

**L.V. Fendeeva, R. F. Nurullin, I.I. Grishin,  
A.A. Alieva, J.E Dobrochotova**  
**EVALUATION OF LONG-TERM RESULTS OF  
UTERINE MYOMA TREATMENT BY UTERINE  
ARTERY EMBOLIZATION**

*Department of Obstetrics and Gynecology  
Russian State Medical University  
Moscow, Russia.*

This article deals with long-term results of UAE treatment of uterine. The observation covered a 3 year interval, 60 patients were examined. The article highlights the impact of UAE on manifestations of uterine myomas at a later time.

**Шалаев О.Н., Радзинский В.Е.,  
Салимова Л.Я., Игнатенко Т.А.**  
**ВЛАГАЛИЩНЫЙ ДОСТУП.**

**КОНСЕРВАТИВНАЯ МИОМЭКТОМИЯ**

*Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии  
Российский университет дружбы народов  
Москва, Россия*

Достоинства влагалищного доступа при выполнении консервативной миомэктомии: оптимальная реабилитация, минимальный послеоперационный болевой синдром, косметический эффект, отсутствие необходимости использования дорогостоящего лапароскопического оборудования, минимальная вероятность развития внутрибрюшных сращений и прочие.

Множественные миоматозные узлы больших размеров с низким, интрамуральным расположением часто ограничивают показания к лапароскопическому вмешательству, особенно у пациенток с репродуктивными планами ввиду небезопасности реализации последних в будущем.

Целью настоящего исследования явилось улучшение репродуктивного здоровья женщин с миомой матки путем выполнения операций влагалищным доступом.

В период с января 2006 по январь 2010 года произведена 51 влагалищная миомэктомия через передний или/и задний кольпотомный доступ с удалением 1-10 миоматозных узлов, с максимальным размером до 12 см, субсерозной, интрамуральной, перешеечной, интралигаментарной локализации.

Средний возраст пациенток составил 31 год (27-45 лет).

52% пациенток имели в анамнезе влагалищные роды, 18% - кесарева сечения. Выраженный спечный процесс в малом тазу, брюшной полости не должен рассматриваться как противопоказание к влагалищной операции, представляя при этом потенциальную опасность при лапаротомии/скопии.

В рамках предоперационного обследования количество, локализация, взаиморасположение, вариант кровоснабжения миоматозных узлов определялись трансвагинальным, трансабдоминальным УЗИ. Однако для уточнения топографии миоматозных узлов при их большом количестве использовалась МРТ.

Предоперационную терапию агонистами ГнРГ получили 60% пациенток, чем был достигнут достоверный эффект гиповаскуляризации и уменьшение объема узлов на 30%.

Явления аденомиоза, наружного генитального эндометриоза интраоперационно зафиксированы в 8% наблюдений. Однако последние, являясь принятым относительным противопоказанием для энуклеации узла лапароскопическим доступом ввиду технических сложностей, не повлекли за собой значимых осложнений.

Большие миоматозные узлы удалены методом кускования. В 20% были удалены миоматозные узлы с центрипитальным ростом, с последующим наложением адекватного «ручного» шва с целью формирования состоятельного рубца.

Вскрытие полости матки зафиксировано в 8% случаев с последующим послойным ушиванием дефекта синтетическим рассасывающимся материалом толщиной нити 2-0/3-0. Среднее время операции составило 65 минут. Кровопотеря 150 мл (при вариации 60-350 мл) оценена гравиметрическим методом.

От местного использования вазоконстрикторов решено было отказаться для объективизации кровотечения и осуществления адекватного гемостаза. Кроме того, ротация матки во время операции позволила провести временную аваскуляризацию матки.

До 75% случаев с целью профилактики спайкообразования использовались антиадгезивные покрытия, апплицируемые на области швов (Линтекс Мезогель®).

Средняя продолжительность послеоперационной госпитализации составила 2 дня. Значимых осложнений при выполнении процедуры не зафиксировано. Благодаря широким возможностям мобилизации матки, доступными для удаления оказались множественные миоматозные узлы разнообразных локализаций, выполнены операции на придатках матки.

Разрыв матки по линии послеоперационного рубца можно рассматривать как потенциальное осложнение любой миомэктомии, но ручной шов, выполненный влагалищным доступом, является более надежной мерой профилактики возможного разрыва [S. Robert Kovac, Carl W. Zimmerman].