

Применение лапароскопической ассистированной гистерэктомии у больных с пролапсом матки

М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, П.Ф. Михальчук, О.В. Тянь
Киевский городской родильный дом №5, г. Киев

Лапароскопическая ассистенция при трансвагинальной гистерэктомии является операцией выбора у группы пациенток, требующих удаления придатков матки, имеющих спаечный процесс органов малого таза, интралигаментарно расположенных миоматозных узлов матки, а отсутствие гнойно-септических осложнений, хороший косметический эффект, минимальная интраоперационная кровопотеря, сокращение сроков пребывания в стационаре, уменьшение потребления антибиотиков, подтверждают это.

Ключевые слова: пролапс матки, спаечный процесс, лапароскопия, экстрагенитальная патология.

По данным литературы, пролапс матки встречается у 30% женщин, имеет широкий возрастной диапазон и всегда сопровождается дисфункцией тазовых органов. В последние годы отмечается заметное омоложение данной патологии.

Несмотря на то что множество факторов провоцируют возникновение пролапса, на сегодняшний день существуют два наиболее значимых фактора развития пролапса тазовых органов: акушерский, в большей степени родовой анамнез (вагинальные роды), и старение.

Тактика ведения больных с пролапсом половых органов, объем и доступ хирургического лечения определяются возрастом больных, наличием сопутствующих генитальных и экстрагенитальных заболеваний.

За период с июня 2011 по март 2014 г. нами проведены комплексное обследование и оперативное лечение 32 женщин в возрасте 45–67 лет с пролапсом половых органов. Сопутствующие гинекологические заболевания, такие, как патология шейки матки (рубцовая деформация шейки матки, эрозированный эктропион, легкая дисплазия шейки матки), наблюдались у 12 пациенток. Хронические заболевания придатков были у пятерых. Ранее перенесли лапаротомные вмешательства на органах малого таза 12 пациенток, 2 перенесли операцию кесарева сечения. Обращали на себя внимание жалобы на расстройство мочевого пузыря, а именно: затрудненное и учащенное мочеиспускание, никтурия, недержание мочи при напряжении.

Оптимізація лапароскопічної асистованої гистеректомії у хворих із пролапсом матки
М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, П.Ф. Михальчук, О.В. Тянь

Лапароскопічна асистенція при трансвагінальній гистеректомії є операцією вибору у групи пацієнток, які вимагають видалення придатків матки, що мають спайковий процес органів малого таза, інтралігаментарно розташованих міоматозних вузлів матки, а відсутність гнійно-септичних ускладнень, хороший косметичний ефект, мінімальна інтраопераційна крововтрата, скорочення терміну перебування в стаціонарі, зменшення споживання антибіотиків, підтверджують це.

Ключові слова: пролапс матки, спайковий процес, лапароскопія, екстрагенітальна патологія.

Отмечались нарушения функции кишечника (преимущественно запоры).

Во всех случаях оперативное лечение состояло из 2 этапов: лапароскопическая ассистенция при трансвагинальной гистерэктомии и кольцо-перинеопластика с укреплением мочеполовой диафрагмы и леваторопластикой. Противопоказаниями к выполнению лапароскопически ассистированной влагалищной гистерэктомии являлись тяжелые соматические заболевания с декомпенсацией, пролапс половых органов 3-й степени и размеры матки более 18 нед.

Лапароскопический этап операции проводили по общепринятой методике. В большинстве случаев маточные сосуды обрабатывали со стороны влагалища. Для профилактики травм мочевыводящих путей при выполнении лапароскопической ассистированной гистерэктомии диссекцию мочевого пузыря проводили на лапароскопическом этапе, под визуальным контролем, без применения постоянного мочевого катетера. Дополнительный гемостаз проводили биполярным коагулятором. Продолжительность операции составила 60–90 мин. Срок пребывания в стационаре после операции – 3 сут. Кровопотеря в среднем составила 300 мл.

Хотелось бы обратить внимание на хороший косметический эффект, отсутствие гнойно-септических осложнений. Наблюдалось снижение таких послеоперационных осложнений, как атония мочевого пузыря, парезы кишечника, тромбоз вен нижних конечностей, послеоперационные грыжи. Практически не было потребности в применении антибиотиков и инфузионной терапии, что обеспечивало хороший экономический эффект.

Таким образом, мы отмечаем целесообразность применения лапароскопической ассистенции при трансвагинальной гистерэктомии у группы пациенток, требующих удаления придатков матки, имеющих спаечный процесс органов малого таза, интралигаментарно расположенные миоматозные узлы матки, а отсутствие гнойно-септических осложнений, хороший косметический эффект, минимальная интраоперационная кровопотеря, сокращение сроков пребывания в стационаре, уменьшение потребления антибиотиков, подтверждают это.

Optimization assisted laparoscopic hysterectomy in patients with prolapse of the uterus
M.V. Makarenko, D.A. Govseev, P.F. Michalcsuk, O.V. Tyan

We note the feasibility of laparoscopic Assisted transvaginal hysterectomy group of patients requiring removal of the uterus with adhesions pelvic intraligamentary located uterine fibroids, and the absence of septic complications, a good cosmetic effect, minimal intraoperative blood loss, shortening hospital stay, reduction of consumption of antibiotics to confirm this.

Key words: prolapse of the uterus, adhesions, laparoscopy, extragenital patiology.

Сведения об авторах

Макаренко Михаил Васильевич – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2
Говсеев Дмитрий Александрович – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2
Михальчук Петр Филлипович – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2
Тян Ольга Владимировна – Киевский городской родильный дом №5, 03027, г. Киев, пр. Краснозвездный, 2; тел: (044) 275-82-77

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азиев О.В. Осложнения лапароскопической гистерэктомии О.В. Азиев // Материалы международного конгресса «Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний». – М.: ПАНТОРИ, 2005. – С. 385–389.
2. Азиев О.В. Повреждение кишечника при лапароскопии (диагностика, лечение и профилактика) гистерэктомии / О.В. Азиев // Журнал Акушерства и женских болезней (С-Петербург), 2005. – IV, – С. 96.
3. Азиев О.В. Безопасное выполнение лапароскопии у пациенток с черевосечением в анамнезе / О.В. Азиев, А.Е. Бугеренко, И.М. Кобаидзе, А.В. Панин // Акушерство и гинекология, 2003. – № 2. – С. 62–64.
4. Беженарь В.Ф. Оптимизация обследования больных с повреждением тазового отдела мочеточников при гинекологических операциях / В.Ф. Беженарь, Б.Л. Цивьян // Тез. докл. VI Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. – М., 2003. – С. 22–23.
5. Бохман Я.В. Миома матки в пре- и постменопаузе как маркер онкологической патологии (Я.В. Бохман, В.Г. Ткелашвилл, А.С. Вишневский и др. // Акушерство и гинекология, 1987. – № 7. – С. 32–16.
6. Дьяченко С.Р. Опыт лапароскопических гистерэктомий // С.Р. Дьяченко, В.И. Авершин, О.Я. Кузан и др. // Материалы международного конгресса Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. – М.: ПАНТОРИ, 2003. – С. 96–98.
7. Карнаух В.И. Лапароскопическая экстирпация матки // В.И. Карнаух, В.В. Дурасои, М.Т. Тугушев // Эндоскопическая хирургия для России. – 1993. – № 1. – С. 15–18.
8. Киселев С.И. Лапароскопическая гистерэктомия у больных миомой матки «больших размеров» / С.И. Киселев, Л.В. Адамян // Материалы международного конгресса Эндоскопия и альтернативные подходы в хирургическом лечении женских болезней. – М.: ПАНТОРИ, 2001. – С. 68–71.
9. Storm H.H. Second primary cancer after treatment for cervical cancer. Late effects after radiotherapy. Cancer, 1988, 15,61 (4), 679–688.
10. Sutton C. Hysterectomy: a historical perspective. Baillieres Clin Obstet Gynaecol., 1997, 1 (1), 1–22.

Статья поступила в редакцию 03.04.2014

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

РОДЫ: НОВАЯ ТАКТИКА ПОЛЕЗНЕЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Метод отсрочки пережатия и перерезания пуповины официально рекомендован ВОЗ как эффективное средство предупреждения железодефицита у ребенка на протяжении первого года жизни.

Когда пуповину пережимают и перерезают не сразу же после рождения ребенка, а 2-3 минут спустя, в его кровеносную систему дополнительно поступает еще около 100 мл крови из плаценты, что увеличивает содержание железа в организме новорожденного.

Однако согласно существующим рекомендациям, которые были разработаны еще 35 лет назад, в течение этих-2-3 минут следует удерживать ребенка на уровне плаценты, то есть в области таза женщины, что создает немалые неудобства для медицинского персонала - и по этой причине пе-

режатие плаценты нередко производится сразу же после появления малыша на свет.

Кроме того, соблюдение этой рекомендации приводит к отсрочке первого контакта ребенка с матерью, что совершенно нежелательно с точки зрения его будущего развития.

Ученые из Аргентины обнаружили, что если поместить новорожденного с непережатой пуповиной на эти 2-3 минуты на грудь матери или на ее живот, то количество поступившей в его организм плацентарной крови будет ничуть не меньше, чем при рекомендованном положении младенца "на уровне плаценты".

Сотрудники Фонда здоровья матери и ребенка в Буэнос-Айресе (Foundation for Maternal and Child Health in Buenos Aires,

Argentina) измеряли вес 391 новорожденного непосредственно после рождения и 2-3 минуты спустя, сразу после того как была пережата пуповина.

Разница между этими 2-я показателями веса соответствовала количеству крови из плаценты, поступившей в организм ребенка.

Во время отсрочки пережатия и перерезания пуповины акушеры держали 197 малышек согласно рекомендациям на уровне плаценты, а 194 малыша с еще непережатой пуповиной были сразу помещены на грудь или живот матери.

Сравнение результатов не выявило значимой разницы в количестве плацентарной крови, поступившей в организм детей как из первой, так и из второй группы.

Источник: www.health-ua.org