

Х междунар. науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2012.

3. Лангун, И.Я. Общий патоморфоз и патоморфоз в психиатрии / И.Я.Лангун //В кн.: «Причинность шизофрении». Липецк. - 2008.

4. Сосюкало, О.Д., Кашникова А.А. О патоморфозе шизофрении у детей и подростков /О.Д. Сосюкало // — Журн. невропатол. и психиатр. – 1977. – № 10. — С. 1539.

5. Хохлов, Л.К. Общие вопросы эпидемиологии и патоморфоза психических заболеваний / Л.К. Хохлов // Статья из сборника: Эпидемиология и патоморфоз психических заболеваний. – 2009.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГИСТЕРЭКТОМИЯ – ПЯТНАДЦАТИЛЕТНИЙ ОПЫТ

Костяхин А.Е.¹, Гутикова Л.В.²

*УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»¹,
Гродненский государственный медицинский университет²*

Актуальность. В настоящее время гистерэктомия после аппендэктомии является наиболее частой операцией выполняемой в мире [6]. Внедрение в медицинскую практику новейших технологий изменило традиционные взгляды на хирургическое лечение многих гинекологических заболеваний [3]. Использование лапароскопии и гистероскопии, как операционных доступов, позволило значительно снизить инвазивность операций и повысить эффективность лечения у гинекологических больных [2]. В конце 80-х годов XX века для выполнения гистерэктомии было предложено использовать лапароскопический доступ. Лапароскопическая гистерэктомия (ЛГ) прочно вошла в мировую практику оперативной гинекологии [4, 5]. В настоящее время в ведущих гинекологических клиниках России лапароскопические операции составляют более 80 % [1]. Несмотря на накопленный опыт выполнения ЛГ в мире, по-прежнему неоднозначными остаются такие вопросы, как поиск оптимальной методики выполнения операции; разноречивы данные по поводу осложнений лапароскопических гистерэктомий.

В УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно» накоплен большой клинический опыт выполнения ЛГ. За период 2002–2017 гг. в данном стационаре произведено 852 ЛГ (588 тотальных и 264 субтотальных гистерэктомий).

Цель. Анализ результатов пятнадцатилетнего опыта применения лапароскопической гистерэктомии.

Методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ историй болезни 807 пациенток, которым было произведено лапароскопическое удаление матки (558 тотальных гистерэктомий и 249 субтотальных гистерэктомий). Для каждой пациентки составлялись протоколы, в которых отражались

анамнестические данные, методы дооперационного обследования (клинические, лабораторные, инструментальные исследования), ход операции (по протоколу операции, анестезиологической карте), течение послеоперационного периода, результаты проведенного лечения, объективный статус после лечения. Лапароскопические вмешательства производились под комбинированным эндотрахеальным наркозом.

Результаты и их обсуждение. Показаниями к лапароскопической гистерэктомии являлись: миома, сопровождающаяся мено-метрорагиями, быстрым ростом, нарушениями функции соседних органов, аденомиоз, сочетание доброкачественных опухолей яичников с патологией матки. Гистерэктомия сопровождалась адгезиолизисом у 181 (22,4%) пациенток, удалением придатков матки с одной или двух сторон – у 172 (21,3%), иссечением очагов эндометриоза – у 121 (14,9%). При изучении результатов гистологического исследования эндометрия у обследованных больных получены следующие данные: гиперплазия эндометрия была диагностирована у 204 пациенток (25,3%). Фрагменты полипа эндометрия были диагностированы у 291 (36,1%) больных. Эндометрий секреторной фазы менструального цикла выявлен у 312 (38,6%) пациенток. Длительность операции у больных при субтотальной гистерэктомии составила 65 – 120 минут, при тотальной ЛГ – 75 – 110 минут. Величина кровопотери колебалась в пределах 50 – 300 мл (в 96,2% случаев составила 125 мл). Удаление препарата при величине матки до 12 недель беременности при тотальной гистерэктомии производили через кольпотомическую рану. У пациенток при субтотальной гистерэктомии и при величине матки более 12 недель беременности при тотальной ЛГ удаление препарата производилось с использованием электроморцеллятора. Длительность морцелляции колебалась от 10 до 40 мин. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила после субтотальной гистерэктомии – 5,2 койко/дня, после тотальной ЛГ – 5,5 койко/дня.

Выводы. Проведенный анализ результатов хирургического лечения обследованных женщин показал, что ЛГ является альтернативной лапаротомической гистерэктомии. Преимуществами лапароскопического доступа является малая инвазивность и травматичность, небольшая кровопотеря, ранняя и быстрая реабилитация.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян, Л.В. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия / Л.В. Адамян, В.И. Кулаков, С.И. Киселев // Журнал акушерства и женских болезней. – 2001. – № 3. – С. 31–33.
2. Аракелян, А.С. Лапароскопическая гистерэктомия при миоме матки больших размеров / А.С. Аракелян, С.И. Киселев, О.В. Конышева // Проблемы репродукции. – 2007. – Том 13, № 6. – С. 78–82.
3. Емельянов, С.И. Лапароскопическая хирургия прошлое и настоящее / С.И. Емельянов, Н.Л. Матвеев, В.Л. Феденко // Эндоскопическая хирургия. – 1995. – № 1. – С.5–8.

4. Пацюк, О.В., Кузнецова Т.А., Башмакова Н.В. Лапароскопическая гистерэктомия. Опыт клинического внедрения / О.В. Пацюк, Т.А. Кузнецова, Н.В. Башмакова // Эндоскопическая хирургия. –2002. – №3 – С.40.

5. Современные подходы к гистерэктомии / И.П. Лазарев, А.П. Горохов, А.Е. Ломакин, М.И. Баширов, В.С. Кочнева // Научный вестник Тюменской медицинской академии – 2000. – № 2. – С. 84–87.

6. Wattiez A., Soriano D., Fiaccavento A. Total Laparoscopichysterectomy for very enlarged uteri // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. – 2003. – Vol. 9, n 2. – P. 125-130.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПРОДОЛЬНЫМ ПЛОСКОСТОПИЕМ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОГО АРТРОРИЗА ПОДТАРАННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЙ ПО ДАННЫМ ПЛАНТОГРАФИИ

Кошман Г.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. При уплощении продольного свода наблюдается нарушение всех функций стопы, биомеханики нижней конечности, таза и позвоночника, что может приводить к развитию различного рода дегенеративно-воспалительных заболеваний опорно-двигательной системы [1]. В этой связи важность ранней диагностики и коррекции продольного плоскостопия является очевидной.

В настоящее время развитие оперативной ортопедии идет по пути снижения хирургической травмы пациента, разработкой малоинвазивных методов хирургического лечения [2].

Разработанный метод латерального артрориза подтаранного сустава полностью соответствует современным тенденциям развития ортопедии и позволяет выполнять хирургическую коррекцию путем имплантации спонгиозного винта в тело таранной кости. Однако весьма интересным является состояние стоп после удаления металлоконструкций в отдаленном послеоперационном периоде.

Метод фотоплантографии позволяет быстро и объективно оценить состояние стопы пациента, является простым не требует дорогостоящего оборудования [3].

Цель. Изучить результаты лечения пациентов с нефиксированной формой продольного плоскостопия у детей методом латерального артрориза подтаранного сустава по данным фотоплантографии.

Методы исследования. Выполнен сравнительный анализ фотоплантограмм пациентов через 1 год после выполнения операции латерального артрориза подтаранного сустава и через 2 года после удаления металлоконструкций