

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ГИСТЕРЭКТОМИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Гурин А. Л.¹, Ганчар Е. П.¹, Костяхин А. Е.², Евсиевич В. И.²

¹ УО «Гродненский государственный медицинский университет»

² УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»

Гродно, Беларусь

Актуальность. 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 пациентов [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 2002-2016 гг. в данном стационаре произведено 804 ЛГ (545 тотальных и 259 субтотальных гистерэктомий).

Цель исследования: изучить клинические аспекты лапароскопических гистерэктомий.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт, историй болезни 432 пациенток, которым произведено лапароскопическое удаление матки (308 тотальных гистерэктомий и 124 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 обсуждение. Возраст обследованных пациенток колебался от 38 до 54 лет и в среднем составил $45 \pm 5,8$ лет.

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 104 (24,1%) пациенток, удалением придатков матки с одной или двух сторон – у 168 (38,9%), иссечением очагов эндометриоза – у 96 (22,2%). Следует отметить, что у 17,6% женщин имело место нарушение жирового обмена.

При изучении результатов гистологического исследования эндометрия у обследованных женщин получены следующие данные: гиперплазия эндометрия была диагностирована у 109 пациенток (25,2 %); фрагменты полипа эндометрия – у 164 (38 %); эндометрий секреторной фазы менструального цикла выявлен у 159 (36,8 %) женщин.

Длительность операции у пациентов 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 25 до 40 минут. Анализ полученных результатов показал, что длительность морцелляции коррелировала с величиной матки, возрастая по мере увеличения ее размеров – 12-14 недель беременности – не более 40 минут, 14-15 недель беременности – более 40 минут. В то же время длительность этого этапа операции определялась структурой миоматозных узлов. Отмечено, что отечные и очень плотные миоматозные узлы измельчались электроморцеллятором с образованием мелких фрагментов, что требовало более длительного времени на их извлечение из брюшной полости.

Лапароскопическая гистерэктомия относится к вмешательствам, представляющим высокий риск развития интра- и послеоперационных осложнений. Осложненное течение операций и послеоперационного периода наблюдалось у 16 пациенток (3,7%), которым выполнялась ЛГ. Среди осложнений во время операции у 1 пациентки (0,2%) наблюдалось ранение брыжейки поперечной ободочной кишки. У 1 пациентки (0,2%) возникла травма мочеточника. Следует отметить, что ранение мочеточника не было диагностировано во время операции, что приводило к формированию гидронефроза. При анализе повреждения мочеточника после ЛГ отмечено, что гистерэктомия выполнялась при размерах удаляемой матки более 12 недель беременности, с наличием низкого интралигаментарного миоматозного узла. В послеоперационном периоде отмечено 13 (3%) случаев кровотечения из раны влагалища. В 8 случаях кровотечение остановлено наложением гемостатических швов со стороны влагалища, в 5 – тампонадой влагалища. У 1 (0,2%) пациентки на 7-е сутки сформировался пузырно-влагалищный свищ.

У всех обследованных нами женщин профилактика тромбоэмболических осложнений проводилась путем назначения низкомолекулярного гепарина. Тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось.

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 альтернативой лапаротомической гистерэктомии. Преимущества лапароскопического доступа – 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. Коньшева // Проблемы репродукции. – 2007. – Т. 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.

РОЛЬ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА «ФИБРИНОСТАТ» В ПРОФИЛАКТИКЕ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ ПЕЧЕНИ

Доронин М. В., Бордаков П. В., Чибирев А. В., Коваленок Л. В.

*Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды Главный военный клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»
Минск, Беларусь*

Введение. Пункционную биопсию считают «золотым стандартом» в диагностике хронического гепатита. Гистологическое исследование полученного материала позволяет судить о степени активности гепатита и стадии фиброза, эффективности противовирусной терапии, исключает альтернативные диагнозы или выявляет дополнительные патологические изменения [2].