

ГИСТЕРЭКТОМИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЛАГАЛИЩНОГО ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА

¹Гурин А.Л., ¹Ганчар Е.П., ²Колесникова Т.А., ²Кеда Л.Н.

*¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»
²УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»*

Актуальность. Наиболее частой гинекологической операцией в большинстве стран мира является гистерэктомия, выполняемая по поводу миомы матки. Так, в Швеции частота гистерэктомии среди полостных гинекологических операций составляет 38%, в США – 36%, в Великобритании – 25%, в России – 32,5 до 38,2% [1, 2]. До сих пор 70% гистерэктомий в США, 88% в Великобритании, 95% в Швеции производятся абдоминальным доступом [3, 4]. Такой высокий процент абдоминальных гистерэктомий связан, возможно, с экономическими причинами или с высокими требованиями к оперативной технике хирурга.

Между тем, влагалищный доступ для гистерэктомии применялся с давних пор. Влагалищная гистерэктомия при больших размерах матки возможна и безопасна [5]. К неоспоримым достоинствам влагалищного доступа можно отнести значительно меньшую травматизацию, косметический эффект вследствие отсутствия рубца на передней брюшной стенке, короткие сроки нахождения в стационаре в послеоперационном периоде (3–5 дней), малые сроки реабилитации, низкую частоту послеоперационных осложнений и отсутствие осложнений позднего послеоперационного периода. Смертность после влагалищной гистерэктомии колеблется от 3,1 на 10000 в США, до 2,7 на 10000 в Германии, что почти в 3 раза ниже, чем после абдоминальной экстирпации матки [1]. Однако влагалищный доступ тоже имеет свои недостатки. К таким недостаткам необходимо отнести отсутствие возможности полноценной ревизии вследствие небольшой площади операционного поля. В то же время риск интраоперационных осложнений (ранение мочеточников, мочевого пузыря, прямой кишки, сосудов) ниже, чем при лапароскопической гистерэктомии. Этот доступ имеет относительные противопоказания: повторность хирургического вмешательства (так как невозможно контролировать возможный спаечный процесс), большие размеры опухоли, способные привести к анатомическим изменениям, отсутствие родов в анамнезе прогнозирует технические трудности при низведении матки и, безусловно, эндометриоз, когда необходима полноценная ревизия органов брюшной полости.

В связи с вышеперечисленными фактами, в Беларуси влагалищная гистерэктомия используется чаще всего лишь для хирургического лечения пролапса половых органов.

Цель исследования – изучить клинические аспекты гистерэктомии по поводу миомы матки с использованием влагалищного оперативного доступа.

Материалы и методы. Нами проведен анализ историй болезни

44 пациентов, которым была произведена влагалищная гистерэктомия с придатками по поводу миомы матки. Для каждого пациента составлялись протоколы, в которых отражались анамнестические данные, методы дооперационного обследования, ход операции, течение послеоперационного периода.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил $49 \pm 1,5$ года. Показаниями к влагалищной гистерэктомии являлись: миома, сопровождающаяся мено-метрорагиями, быстрым ростом, нарушениями функции соседних органов, гиперпластическими процессами эндометрия. Размеры матки в 24 (54,55%) случаях соответствовали 11-12 нед. беременности, в 20 (45,45%) случаях – 9-10 нед. Диаметр узлов варьировал от 4 до 6 см.

Влагалищная гистерэктомия состояла из традиционных этапов: радиального рассечения слизистой влагалища на уровне сводов, смещения мочевого пузыря и прямой кишки краниально, задней кольпотомии, пересечения пузырно-маточных связок, при необходимости – выполнения передней кольпотомии, наложения гемостатических швов на брюшину и заднюю стенку влагалища. С целью лигирования маточных сосудов, связочного аппарата матки и придатков мы использовали биполярную электрохирургическую установку LigaSure. Методика основана на биполярной электрокоагуляции, которая вызывает денатурацию коллагена и эластина в тканях с образованием зоны коагуляционного некроза, разрез которой не сопровождается кровотечением. Эта система обеспечивает точное дозирование подаваемой энергии, времени воздействия с целью полного заваривания просвета сосудов, а также позволяет свести к минимуму обугливание и термическое повреждение близлежащих тканей. Аппарат позволяет коагулировать сосуды диаметром до 7 мм. Матка выводилась в рану. При необходимости размеры миомы уменьшали путем применения техники коринга (иссечение «сердцевины» матки вместе с ее шейкой) и бисекции (секция матки в продольном направлении через ее срединную ось). Далее осуществлялся гемостаз, накладывались 2 обвивных шва на брюшину, культи связок и слизистую влагалища. В заключение влагалище туго тампонировалось на 4–5 ч.

Величина интраоперационной кровопотери колебалась в пределах 50-250 мл (в 96,2 % случаев составила 125 мл). Средняя продолжительность операции составила 55 ± 15 мин. Интраоперационных и послеоперационных осложнений выявлено не было. Средняя продолжительность послеоперационного периода – 6 койко/день.

Выводы. Влагалищный доступ при выполнении гистерэктомии имеет ряд преимуществ: минимальная травматизация, косметический эффект вследствие отсутствия рубца на передней брюшной стенке, отсутствие осложнений послеоперационного периода. Используемая нами техника гистерэктомий с использованием влагалищного оперативного доступа базируется на лигировании маточных сосудов и связочного аппарата биполярной установкой LigaSure и применении техники уменьшения в объеме матки - бисекции и коринга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дифференцированный подход к выбору операционного доступа для гистерэктомии / А. Н. Плеханов, Н.А. Татарова, Г.Б. Рябинин, А. Кхеидири, В.И. Гамолин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – № 4 (40). – 130–133.
2. Кулаков, В.И. Гистерэктомия и здоровье женщины / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, С.И. Аскольская. – М.: Медицина, 1999. – 311 с.
3. Brown, D.S., Hysterectomy revisited / D.S. Brown, M.I. Frazer // Aust. NZJ obstet. gynecol. – 1991. – Vol. 31. – P. 148.
4. Dicker, R.C. Hysterectomy among women of reproductive age: trends in the United States / R.C. Dicker, M.J. Scally, J.R. Greenspan // JAMA. – 1982. – Vol. 248. – P. 323–338.
5. Zekam, N. Total versus subtotal hysterectomy: a survey of gynecologists / N. Zekam, Y. Oyelese, K. Goodwin, C. Colin, I. Sinai, J. T. Queenan // Obstet Gynecol. – 2003. – № 102(2). – P. 301-305.

РОЛЬ ПИТАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕКОНЬЮГИРОВАННОЙ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

¹Гурина Л.Н., ²Ерохина И.А., ²Юсевич Н.С., ²Денисик Н.И.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»

²УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница»

Актуальность. Неконъюгированная гипербилирубинемия – повышенное содержание непрямого (несвязанного, свободного) билирубина в сыворотке крови. Для новорожденных в первую неделю жизни характерна физиологическая желтуха за счет повышения свободного билирубина, но когда концентрация билирубина превышает допустимые величины (более 200 мкмоль/л), желтуха считается патологической. Непрямой билирубин образуется при разрушении гемоглобина. Неконъюгированный билирубин хорошо растворяется в липидах, но нерастворим в воде. Свободный билирубин связывается с альбумином плазмы и с током крови поступает в синусоиды печени, диффундирует внутрь гепатоцита. В гепатоцитах под действием микросомального фермента глюкуронилтрансферазы неконъюгированный билирубин связывается (конъюгируется) с глюкуроновой кислотой образуя конъюгированный (прямой или связанный) билирубин растворимый в воде. Конъюгированный билирубин секретируется в просвет желчных капилляров и в составе желчи, пройдя желчные протоки, поступает в желчный пузырь и кишечник. В толстой кишке прямой билирубин подвергается гидролизу специфическими бактериальными ферментами с последовательным образованием мезобилирубина и мезобилиногена (уробилиногена). В норме большая часть бесцветных мезобилиногенов, образующихся в толстой кишке, окисляется до стеркобилиногена, который в нижних отделах толстого