

Литература

1. Угрожающие преждевременные роды: спорные вопросы диагностики и токолитической терапии (обзор литературы) / А.С. Галкина, А.В. Ван, К.Р. Некрасова и др. // Проблемы репродукции. – 2014. – № 1 (20). – С. 77-81.

2. Vaginal progesterone in women with an asymptomatic sonographic short cervix in the midtrimester decreases preterm delivery and neonatal morbidity: a systematic review and metaanalysis of individual patient data / Romero R., Nicolaides K., Conde-Agudelo A., Tabor A., O'Brien J.M., Cetingoz E., Da Fonseca E., Creasy, G., Klein, K., Rode, L., Soma-Pillay, P., Fusey, S., Cam, C., Alfirevic, Z., Hassan, S.S. // Am. J Obstet. Gynecol. – 2012. – 206(2). 124. – P. 1-19.

3. Vaginal progesterone, cerclage or cervical pessary for preventing preterm birth in asymptomatic singleton pregnant women with history of preterm birth and a sonographic short cervix / Alfirevic Z., Owen J., E. Carreras Moratonas, Sharp A.N., Szychowski J.M., Goya M.// Ultrasound Obstet. Gynecol. – 2013. – № 41. – P. 146-151.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

*Гурин А.Л.¹, Колесникова Т.А.², Сайковская В.Э.²,
Новосад Е.А.², Ганчар Е.П.¹*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненский 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 54 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 – $49 \pm 1,5$ года. Показаниями к влагалищной гистерэктомии являлись: миома, сопровождающаяся мено-метрорагиями, быстрым ростом, нарушениями функции соседних органов, гиперпластическими процессами эндометрия. Размеры матки в 10 (18,5%) случаях соответствовали 11-12 нед. беременности, в 23 (42,6%) случаях – 9-10 нед., в 21 (38,9%) – 7-8 нед. Диаметр узлов варьировал от 3 до 6 см.

Влагалищная гистерэктомия состояла из традиционных этапов: радикального 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 направле-

нии через ее срединную ось). Далее осуществлялся гемостаз, накладывались 2 обвивных шва на брюшину, культы связок и слизистую влагалища. В заключение влагалище туго тампонировалось на 4-5 ч.

Величина интраоперационной кровопотери колебалась в пределах 50-320 мл (в 88,9% случаев составила 100-125 мл). Средняя продолжительность операции составила 55 ± 15 минут. Интраоперационных и послеоперационных осложнений выявлено не было. Средняя продолжительность послеоперационного периода – 6 койко/день.

Выводы:

1. Влагалищный доступ при выполнении гистерэктомии имеет ряд преимуществ: минимальная травматизация, косметический эффект вследствие отсутствия рубца на передней брюшной стенке, отсутствие осложнений послеоперационного периода.

2. 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. Адамьян, 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.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Гурина Л.Н.¹, Бурак Е.А.¹, Денисик Н.И.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская областная детская клиническая больница

Актуальность. В последние годы отмечена тенденция к увеличению количества новорожденных с нарушениями сердечного ритма. Нарушения ритма сердца (НРС) в периоде новорожденности, по данным публикаций разных авторов, встречаются у 1–3% детей. Следует помнить, что нарушения