

OPTIMIZATION OF INTENSIVE CARE THERAPY IN PREGNANT WOMEN WITH GESTOSIS

V.A. BABAEV, N.M. MAZURSKAYA, L.S. LOGUTOVA

Moscow Regional Institute of Obstetrics and Gynecology
Pokrovka st., 22-a, 101000 Moscow, Russia

Parameters of central hemodynamics were studied in 28 pregnant women with moderate and severe gestosis on the background of complex and intensive therapy. For decreasing of the peripheral vessel spasm and more expressive hypotensive effect the complex of intensive therapy was combined by long-term epidural anesthesia with 2% solution of lidocain. Patients with high arterial hypertension, hyperkinetic, and eukinetic types of blood circulation 100 mkg dosage of clophellin was given into epidural space. The significant decrease of SDR and general peripheral resistance was noticed that allowed to prolonged the pregnancy from 6 to 36 days and to prevent the further development of gestosis.

In patients with arterial hypertension in anamnesis who had eu- and hyperkinetic types of blood circulation this method of intensive care was especially effective.

УДК 618.14-007.42-089.881

ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ ФИКСАЦИИ КУПОЛА ВЛАГАЛИЩА К КРЕСТЦОВО-ОСТИСТОЙ СВЯЗКЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПРОЛАПСА ГЕНИТАЛИЙ ВЛАГАЛИЩНЫМ ДОСТУПОМ

О.Н. ШАЛАЕВ, О.С. АШАХМАН, О.Г. ЛИТВАК, Е.И. КОЛЕСНИКОВА

Отделение эндоскопической хирургии и оперативной гинекологии
Люберецкий родильный дом
Ул. Мира, 6, 140014 Московская обл., г. Люберцы, Россия

Выполнено 15 трансвагинальных фиксаций купола влагалища к правой крестцово-остистой связке. Из них 10 — при выполнении влагалищной гистерэктомии, 5 — при хирургическом лечении постгистерэктомического пролапса купола влагалища.

Операции были выполнены под эпидуральной анестезией (ЭА) — у 3 женщин и под спинно-мозговой анестезией (СМА) — у 12.

Отмечены осложнения: у 1 пациентки — ранение мочевого пузыря, еще у 1 — дизурические явления после операции.

За время наблюдения рецидивов опущения стенок влагалища после фиксации его к крестцово-остистой связке не отмечено.

Выпадение свода влагалища после гистерэктомии представляет для гинекологов достаточно сложную проблему. Существует не один десяток хирургических процедур, но не все из них восстанавливают нормальное анатомическое положение влагалища. Это имеет очень важное значение, т. к. для нормального функционирования влагалища требуется его естественное анатомическое положение. Пожилой возраст, уменьшение эластических волокон, рубцовая ткань, повышенное внутрибрюшное давление — все это затрудняет реконструкцию и требует подбора оптимального метода.

Используются различные оперативные доступы при хирургическом лечении постгистерэктомического пролапса влагалища: абдоминальный, влагалищный, лапароскопический, комбинированный брюшно-влагалищный [2—4, 6—8, 10].

Одной из наиболее удачных, на наш взгляд, оперативных методик лечения и предупреждения выпадения свода влагалища является сакроспинальная кольпопексия, выполняемая влагалищным доступом [9, 11].

Не обязательно быть убежденным сторонником влагалищного оперативного доступа, чтобы понимать, насколько лучше пациентки переносят его, по сравнению, например, с абдоминальной операцией. При сравнении с лапароскопичес-

ким доступом при влагалищных операциях не требуется использование дополнительной дорогостоящей аппаратуры. Операции выполняются при горизонтальном положении больной, а не в положении Тренделенбурга, без пневмоперитонеума. При влагалищном хирургическом доступе, по сравнению с абдоминальной или лапароскопической операцией, кишечник остается интактным. В отличие от лапароскопических операций, которые проводятся под эндотрахеальным наркозом, влагалищная операция, практически во всех случаях, может быть проведена под спинно-мозговой (СМА) или эпидуральной (ЭА) анестезией, которые обеспечивают сочетание отличной анестезии и такой же мышечной релаксации. Более того, именно СМА и ЭА наиболее показаны больным с избыточной массой тела, при респираторных заболеваниях, сахарном диабете, заболеваниях печени и почек. Также при ЭА и СМА снижается интраоперационная кровопотеря, что очень важно для больных с исходной анемией. Следует принять во внимание и снижение риска возникновения тромбозов глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии. Кроме того, влагалищная операция не имеет косметических дефектов.

Целый ряд преимуществ влагалищного доступа позволил нам более широко его использовать при хирургическом лечении пациенток с пролапсом гениталий.

Фиксация купола влагалища к крестцово-остистой связке может быть «идеальной» дополнительной процедурой и при выполнении влагалищной экстирпации матки у «относительно молодых» пациенток с пролапсом гениталий различной степени тяжести, ведущих активную половую жизнь, и у которых значительное иссечение слизистой влагалища при передней кольпоррафии и кольпоперинеолеваторопластике привело бы к его резкому сужению и укорочению.

В эндоскопическом отделении, которое существует на базе Люберецкого родильного дома уже в течение 6 лет, накоплен большой опыт реконструктивно-пластических операций, выполняемых влагалищным доступом по поводу опущения или выпадения внутренних половых органов. Последние 2 года при постгистерэктомическом пролапсе влагалища и при влагалищных гистерэктомиях у пациенток с пролапсом гениталий широко выполняем трансвагинальную крестцово-остистую фиксацию купола влагалища.

Для выполнения крестцово-остистой кольпопексии влагалище должно иметь достаточную длину. При ректовагинальном исследовании нужно установить, возможно ли приблизить влагалище к седалищной ости. Прикрепление к крестцово-остистой связке смещает влагалище дальше от грыжевого отверстия в половой щели к леваторам. При нарастании внутрибрюшного давления влагалище придавливается к леваторам, что служит для него дополнительным укреплением. Эта операция не сужает влагалище [9].

При хирургическом устранении энтероцеле продольно рассекали переднюю и заднюю стенку влагалища. Влагалище отсепаровывали от мочевого пузыря и прямой кишки латерально с двух сторон. Вскрывали Дугласово пространство и, после отодвигания петель кишечника, на брюшину накладывали 2 или 3 кисетных медленно рассасывающихся шва (викрилом или полисорбом). Затем выполняли переднюю пластику влагалища по обычной методике. Далее тупым и острым путем прямую кишку отсепаровывали от правой ректовагинальной связки и смещали влево. Осторожно проникали пальцем через рыхлую соединительную ткань параректального пространства и идентифицировали седалищную ость. Для четкой визуализации седалищной ости, крестцово-остистой связки, идущей медиально и кзади копчиковой мышцы, аккуратно тупфером удаляли с них жировую клетчатку. На 2 см медиальнее ости на связку накладывали 2 или 3 нерассасывающихся шва (мерсилен или этибонд № 0). Во избежание повреждения срамной артерии и вены швы должны быть наложены на связку не слишком глубоко (не глубже 5 мм). Затем свободными концами лигатур прошивали стенку влагалища с выколом внутрь. При завязывании швов свод влагалища подтягивался несколько вправо и немного вверх к стенке таза, где прочно фиксировался. Операцию заканчивали кольпоперинеолеваторопластикой по общепринятой методике. При

выполнении этой операции для лучшей визуализации крестцово-остистой связки применяли специальные влагалищные зеркала с подсветкой.

Нами выполнено 15 трансвагинальных фиксаций купола влагалища к правой крестцово-остистой связке. Из них 10 — при выполнении влагалищной гистерэктомии, 5 — при хирургическом лечении постгистерэктомического пролапса купола влагалища.

Показанием для удаления матки были следующие заболевания: множественная миома матки — у 6 больных, множественная миома матки в сочетании с кистой яичника в пре- и постменопаузе — у 2, аденомиоз — у 2 пациенток. У всех этих пациенток имелось выпадение матки II-й степени (по классификации М.С. Малиновского).

Из 5 пациенток с постгистерэктомическим пролапсом влагалища 4 перенесли в прошлом абдоминальную гистерэктомию, 1 — влагалищную.

Возраст больных колебался от 38 до 55 лет, средний возраст пациенток составил 46 лет.

Основными жалобами больных с опущением половых органов были: ощущение инородного тела во влагалище — у 8, неудобство при ходьбе — у 5, тянущие боли внизу живота — у 6, диспареуния — у 4, запоры — у 3, затрудненное мочеиспускание — у 3.

Всем больным амбулаторно или при поступлении выполнялся комплекс диагностических исследований. Общее обследование включало: гинекологический осмотр и пальцевое исследование прямой кишки, молочных желез, регионарных лимфатических узлов; клинические анализы крови и мочи, ЭКГ, биохимическое исследование крови, коагулограмму, ультразвуковое исследование органов малого таза, кольпоскопию.

Предоперационная подготовка больных не отличалась от общепринятой.

Операции были выполнены под эпидуральной анестезией (ЭА) — у трех женщин, и под спинно-мозговой анестезией (СМА) — у 12 пациенток. При ЭА в эпидуральное пространство вводили: *marcaini* (100 мг) и *phentanyli* (50 мкг), а при СМА — *marcaini spinal haevi* (15–20 мг) и *phentanyli* (10–20 мкг).

Длительность операции колебалась от 52 до 118 мин и зависела от объема оперативного вмешательства (с экстирпацией матки или без). Срок пребывания в стационаре составил от 3 до 10 суток, в среднем — 4 дня.

Отмечены следующие осложнения: у 1 пациентки — ранение мочевого пузыря, у 1 — дизурические явления после операции. Ранение стенки мочевого пузыря было восстановлено интраоперационно через влагалищный доступ.

За время наблюдения рецидивов опущения стенок влагалища после фиксации его к крестцово-остистой связке не отмечено.

Таким образом, в результате анализа полученных результатов, можно сделать следующие **выводы**:

1. Трансвагинальная фиксация купола влагалища к крестцово-остистой связке является эффективной операцией при хирургическом лечении пролапса гениталий и имеет целый ряд преимуществ: малая травматичность, хороший косметический эффект, отсутствие необходимости использования дорогостоящей эндоскопической аппаратуры, возможность (почти во всех случаях) выполнить операцию под спинно-мозговой или эпидуральной анестезией.

2. Используя влагалищный хирургический доступ, можно не только восстановить архитектуру малого таза, функциональные нарушения половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, но и произвести экстирпацию матки (с придатками или без) в связи с ее патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Попов А.А., Горский С.Л., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г., Петрова В.Д. // Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гин., 1997, № 4, с. 70–72.

2. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Оперативная гинекология — хирургические энергии: Руководство. — М.: Медицина, Антидор, 2000. — 860 с.
3. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. — М.: Медицина, 1990. — 464 с.
4. Савельева Г.М. Будущее лапароскопической хирургии в гинекологии // Вестник РАМН, 1999, № 9, с. 44—45.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. — М.: Медицина, 1995. — 184 с.
6. Burch J.C. Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele and prolapse // Am. J. Obstet. Gynecol., 1961, № 81, p. 281—290.
7. Cohen S.M. (ed.). Operative laparoscopy and hysteroscopy. — New York: Churchill Livingston, 1996. — 320 p.
8. Armreich J. Atiologie und operation des scheidenstumpfprolapses. — Wienklin Wschr, 1951, p. 63—74.
9. Backer M.N. Success with sacrospinous suspension of the prolapsed vaginal vault // Surg. Gynecol. Obstet, 1992, p. 175—419.
10. Baden W.F., Walker T. Surgical repair of vaginal defects. — Philadelphia: Lippincott, 1992.
11. Richardson D.A., Scott R.J., Ostergard D.R. Surgical management of uterine prolapse in young women // J. Reprod Med., 1989, p. 34—388.

EXPERIENCE OF THE SACROSPINOUS SUSPENSION OF PROLAPSED VAGINAL VAULT

O.N. SHALAEV, O.S. ASHANMAN, O.G. LITVAK, E.I. KOLESNICOVA

Department of endoscopic surgery and operative gynecology
Maternity hospital Lubertcy Moscow region
Mira pr., 6, 140014 Moscow region, Lubertcy, Russia

15 sacrospinous suspension of prolapsed vaginal vault were performed. 10 of them were made at the same time with the vaginal hysterectomy, 5 of them — with the surgical correction of the afterhysterectomy prolaps of vaginal vault.

3 patients were operated under epidural and 12 — under spinal anesthesia.

2 patients have the complications. One of them had here bladder damaged and other had disuria symptoms after the operation.

During the observation we couldn't register vaginal vault prolaps recidives after its sacrospinous suspension.

УДК [618.3-06:616.248]-07:618.5-089.5

ПРИНЦИПЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

В.А. БАБАЕВ, Н.М. МАЗУРСКАЯ, И.О. ШУГИНИН

Московский областной НИИ акушерства и гинекологии МЗ РФ
Ул. Покровка, 22-а, 101000 Москва, Россия

Изучены показатели центральной гемодинамики (ЦГД) и функции внешнего дыхания (ФВД) у 104 пациенток с бронхиальной астмой в процессе родов. У 55 пациенток преимущественно с легким течением бронхиальной астмы и нормальными показателями ФВД и у 25 пациенток преимущественно со среднетяжелым течением бронхиальной астмы и умеренными нарушениями ФВД для обезболивания родов использовалась длительная перидуральная анестезия (ДПА). У 24 пациенток с наиболее тяжелым течением бронхиальной астмы и выраженными нарушениями ФВД использовалась двухуровневая эпидуральная анестезия: за сутки до родоразрешения устанавливался катетер в грудном отделе