

копическом наложении швов для оптимального закрытия миометрия. Надрез делается монополярной иглой с немодулированной формой сигнала мощностью в 50 Вт. Аккуратно биполярно подсушивается артериальное кровотечение. По достижении псевдокапсулы миомы производится тракция миомы, при этом применяются острые и тупые рассечения. Экстенсивная электрохирургия, оказывающая тканевый эффект на нормальный миометрий, может вызвать предрасположение к некрозу, субоптимальному заживлению и привести к разрыву матки при беременности.

Многослойное восстановление: три слоя для интрамуральных узлов, два слоя для поверхностных дефектов и один слой для серозных узлов. 2-0 PDS для глубокого непрерывного слоя и 3/0 или 4/0 PDS для серозномышечного слоя.

Удаление миомы можно производить путем задней кольпотомии. Хирург должен быть готов к быстрой абдоминальной десуфляции. Наиболее быстрый и легкий путь это удаление миомы по

частям. Теперь появились электрические инструменты (морцелляторы), способные удалять опухоли или органы крупными частями.

Заключение. Лапароскопическая миомэктомия это деликатная операция, предназначенная для опытного хирурга, которая при правильном и успешном проведении восстанавливает матку до нормального размера и анатомии с ожиданием нормальной функции. Она требует дооперационного обсуждения, внутриоперационного планирования и мастерства в эндоскопическом наложении швов. При тщательном соблюдении всех этих пунктов она дает преимущества перед обычной миомэктомией, производимой лапаротомическим путем. Хирургические ошибки могут вызывать ятрогенную окклюзию труб, эндометриальную облитерацию или синехии и разрыв матки во время беременности. Прекрасное увеличение позволяет точно производить разрез и восстановление, а лапароскопический подход это оптимальный путь для миомэктомии.

Шапарнев А. В.

Больница Св. Георгия,
Санкт-Петербург, Россия

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Актуальность темы. В настоящее время поиск наиболее эффективных методик оперативного лечения и послеоперационного ведения пациенток гинекологического профиля продолжает оставаться актуальным как с медицинских, так и с экономических позиций.

Цель исследования. Изучение эффективности разработанной тактики ведения послеоперационного периода при гистерэктомиях, выполненных различными доступами.

Материалы и методы. Проведен клинико-лабораторный анализ 108 гистерэктомий, выполненных по различным показаниям лапароскопическим (24), лапаротомическим (62) и влагалищным доступом (22). В послеоперационном периоде оценивали выраженность болевого синдрома по визуальной и цифровой аналоговой шкале, динамику температурной реакции, двигательную активность (в баллах), перистальтику кишечника (в баллах), а также показатели, отражающие степень интоксикации (лейкоцитарный индекс интоксикации, количество лейкоцитов, изменения соотношения форменных элементов лейкограммы крови). Реакцию организма на проведенное вмешательство и его последствия оценивали по интегральным показателям лейког-

раммы — по адаптационным реакциям организма (по Л.Х. Гаркави) и «показателю состояния» (по К.С. Десятиченко). Адаптационные реакции отражают силу раздражителя, «показатель состояния» — степень выраженности стресса. Эффективность схем ведения послеоперационного периода оценивали по их влиянию на прогноз клинического течения.

Результаты. Вне зависимости от доступа клинически благоприятное течение послеоперационного периода (с менее выраженным болевым синдромом, меньшей степенью повышения температуры тела, более ранней и выраженной двигательной активностью и перистальтикой кишечника, более быстрой динамикой лабораторных показателей, отражающих степень интоксикации) отмечено на фоне антистрессовых адаптационных реакций и высоких значений «показателя состояния». Клинически неблагоприятное течение послеоперационного периода (с выраженными болями, значительным повышением температуры тела, поздней и ограниченной двигательной активностью, слабой перистальтикой кишечника, замедленной динамикой показателей интоксикации) наблюдалось на фоне адаптационной реакции стресса и низких значений «показателя

состояния». При этом характер адаптационной реакции и величина «показателя состояния» имели не только констатационное, но и прогностическое значение. Основным компонентом проводимой терапии вне зависимости от доступа являлись нестероидные противовоспалительные препараты (кетопрофен в виде влагалищных свечей), ненаркотические анальгетики (анальгин), антигистаминные препараты (димедрол). Дополнительное обезболивание с использованием наркотических анальгетиков, дезинтоксикационная инфузионная и антибактериальная терапия назначалась только пациенткам с выявленным неблагоприятным прогнозом. Неблагоприятный прогноз на 3-и сутки послеоперационного периода был выявлен у 5 из 24 пациенток при лапароскопическом доступе (20,8 %), у 12 из 62 при лапаротомическом доступе (19,3 %) и у 6 из 22 (27,3 %) при влагалищном доступе. Произведенная коррекция проводимой терапии у этих пациенток привела к тому, что у большинства (18 из 23) неблагоприятный прогноз не реализовался, и к 5-м суткам клиническое течение и прогноз дальнейшего течения стали благоприятными. Проводимая терапия была продолжена и на 7-е сутки пациентки были выписаны

без осложнений. У 5 пациенток с сохраняющимся на 5-е сутки неблагоприятным прогнозом были выявлены осложнения. У 3 пациенток был обнаружен формирующийся прекультиевой инфильтрат, что потребовало изменения антибактериальной терапии, продолжения инфузионной терапии и проведения местного лечения. У 2 пациенток была выявлена нагноившаяся гематома послеоперационного рубца (пациентки с ожирением после нижне-срединной лапаротомии). Пациенткам проведено оперативное лечение и массивная антибактериальная терапия с положительным эффектом.

Заключение. Таким образом, предложенная тактика ведения послеоперационного периода после гистерэктомий, выполненных различными доступами, эффективна в большинстве случаев (до 81,7 %). Проведение курсов антибактериальной терапии и инфузионной терапии потребовалось лишь в 19,3 % — 27,3 % случаев. Определение прогноза течения послеоперационного периода с использованием интегральных показателей лейкограммы крови позволяет избежать ненужных курсов антибактериальной и инфузионной терапии, что приводит к значительному экономическому эффекту.

**Штыров С. В., Бреусенко В. Г.,
Мартыненко Н. В.**

Кафедра акушерства и гинекологии педиатрического факультета Российского Государственного медицинского университета, Москва, Россия

ОБЪЁМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ МАЛОГО ПОСЛЕ ГИСТЕРЭКТОМИЙ. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность проблемы. Проблема возникновения объёмных образований малого таза у пациенток после гистерэктомий является чрезвычайно актуальной и сложной. Сложность проблемы объясняет трудность ранней диагностики объёмных образований малого таза из-за невыраженности клинической картины и поздней диагностики.

Цель: повысить качество диагностики и эффективность лечения объёмных образований малого таза, возникающих у пациенток после гистерэктомий, а также сравнить частоту их возникновения после лапаротомических и лапароскопических операций.

Материал и методы. Обследовано 113 пациенток, ранее перенесших гистерэктомию, как лапаротомические, так и лапароскопические с выявленными в последствии объёмными образованиями малого таза. Для установления диагноза проводилось ультразвуковое исследование органов малого таза с доплерометрией по общепри-

нятой методике с использованием трансвагинального и трансабдоминального мультимодальных датчиков 3,5 и 7,5 МГц на УЗ-аппаратах «Acuson» 128 xp\4 и «Technos MP» Esaote (Япония), ультразвуковое исследование брюшной полости для выявления косвенных признаков спаечного процесса, определение специфичного онкомаркера СА-125 методом иммуноферментного анализа. После верификации диагноза выполнялось оперативное вмешательство. Объём оперативного вмешательства зависел от возраста пациентки, а также характера образования. Возраст пациенток на момент первой операции колебался от 26 до 77 лет: до 40 лет — 12, от 40 до 50 лет — 70, старше 50 лет — 31. На момент поступления в клинику после гистерэктомии прошло от 1 года до 17 лет. Из них лапаротомическая гистерэктомия ранее была произведена — 97 пациенткам (I группа), а лапароскопическая — 16 (II группа). Данные двуручного исследования у 43 пациенток I группы и у 3 пациенток II группы позволили предположить