

УДК 618.3-06:16.61-002

© Коллектив авторов, 2012.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВТОРИЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ВАГИНАЛЬНЫХ ГИСТЕРЭКТОМИЙ

В. К. Чайка, А. А. Железная, К. В. Чайка, С. А. Дорошенко, О. М. Бабенко*Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФИПО (зав. – профессор В. К. Чайка), Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк.*

PREVENTION AND TREATMENT OF SECONDARY BLEEDING AFTER VAGINAL HYSTERECTOMY

V. K. Chayka, H. O. Zhelyezna, K. V. Chayka, S. A. Doroshenko, O. M. Babenko

SUMMARY

The purpose of this work was to evaluate the effectiveness of the methods of hemostasis in vaginal hysterectomy. On the basis of DRCMD performed on the 1995, 3249 vaginal hysterectomy. From 1.8% 3249 vaginal hysterectomy complications. Retrospectively evaluated 294 patients who have vaginal hysterectomy. From 23 patients with intra-and postoperative bleeding apply our methodology: in 12 cases to prevent postoperative bleeding in women with obesity, with technical difficulties, and 11 patients with postoperative vaginal bleeding has stopped. All the bleeding stopped vaginal access without having to go to laparotomy. Thus, vaginal access is maloinvaziv access for surgical treatment of benign uterine diseases; application of the technique allows you to effectively reduce complications in the form of intra-and postoperative bleeding.

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ВТОРИННИХ КРОВОТЕЧ ПІСЛЯ ВАГІНАЛЬНОЇ ГІСТЕРЕКТОМІЇ

В. К. Чайка, Г. О. Железна, К. В. Чайка, С. А. Дорошенко, О. М. Бабенко

РЕЗЮМЕ

Метою цієї роботи було оцінити ефективність методики гемостазу при вагінальній гістеректомії. На базі ДРЦОМД виконано з 1995 року 3249 вагінальних гістеректомій (без пролапсу статевих органів). З 3249 вагінальних гістеректомій – 1,8% ускладнень. Ретроспективно оцінено стан 294 пацієнток, яким зроблено вагінальну гістеректомію. У 23 пацієнток, у яких застосовувалась розроблена методика, була кровотеча: в 12 випадках – як профілактика післяопераційної кровотечі у жінок з ожирінням, технічними труднощами, а у 11 хворих – для зупинки кровотечі після вагінальної гістеректомії. Всі кровотечі зупинені вагінальним доступом без необхідності в лапаротомії. Таким чином, підводячи підсумки літератури, та дані аналізу результатів, можна зробити висновки: вагінальний доступ є малоінвазивним доступом для хірургічного лікування доброякісних захворювань матки; застосування цього методу дозволяє ефективно скоротити ускладнення у вигляді кровотечі.

Ключевые слова: вагинальная гистерэктомия, кровотечение, миома матки.

Несмотря на многочисленные исследования, а также внедрение новых методов оперативного лечения, проблема снижения хирургической травмы и профилактики осложнений является важнейшей в деятельности оперирующих гинекологов [1]. Все чаще в гинекологической практике используется вагинальный доступ для оперативных вмешательств. Хотя, по данным литературы, только 30,0% гистерэктомий производится влагалищным путем. Вагинальная гистерэктомия: «золотой стандарт» гистерэктомии, идеальная операция для рожавших женщин, отсутствует рана на передней брюшной стенке и нарушения функции кишечника минимальны, хорошее послеоперационное восстановление и раннее начало физической активности, минимальная кровопотеря, в большинстве случаев во время этой операции могут быть удалены яичники, низкая частота послеоперационных осложнений и смертности. Кроме того, послеоперационный период при

этом доступе длится короче, а заживление раны – быстрее [2, 3].

По литературным данным, послеоперационные осложнения наблюдаются в 40,0% случаев после абдоминальной гистерэктомии и в 25,0% – после вагинальной, а смертность – после абдоминальной гистерэктомии – 86 на 100 000, после вагинальной гистерэктомии – 27 на 100 000. Какие же чаще всего осложнения после гистерэктомии? Осложнения после гистерэктомии: послеоперационная лихорадка – 30,0%, инфекции мочевых путей – 8,0%, эмболия легких – 0,7%, вторичные кровотечения – 0,6%, тромбозы вен, симптомы менопаузы («приливы» и сухость слизистой влагалища), выпадение влагалища, недержание мочи, синдром раздраженного кишечника, боли в спине [1-4].

Целью данной работы было оценить эффективность разработанной методики гемостаза при вагинальной гистерэктомии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На базе ДРЦОМД выполнено с 1995 г. 3249 вагинальных гистерэктомий (без пролапса гениталий). Из 3249 вагинальных гистерэктомий – 1,8% осложнений (табл. 1). Нами ретроспективно оценены 294 пациентки, которым произведена вагинальная гистерэктомия, которые составили основную группу. Группу сравнения составили 110 женщин, которым произведена гистерэктомия лапаротомным доступом. Всем пациенткам проведено традиционное клинико-лабораторное обследование. Выбор оперативного доступа определялся размерами матки, данными гистологического заключения после выскабливания и данными анамнеза. Противопоказаниями для вагинальной гистерэктомии были размеры матки более 12 недель (исключение составили 82 (28,0%) пациентки, у которых размеры матки колебались от 14 до 16 недель); неопластические процессы, подтвержденные гистологически (исключения составили 18 (6,1%) женщин с атипической гиперплазией эндометрия, 24 (8,2%) – с онкологическим процессом в матке). Произведенная ранее лапаротомия не являлась противопоказанием к вагинальной гистерэктомии. У 114 (38,8%) женщин основной группы в анамнезе отмечено от 1 до 4 лапаротомий. Основная группа разделилась на 2 подгруппы: подгруппа А – 271 (92,2%) – без осложнений в виде кровотечений и подгруппу Б – 23 (7,8%) пациентки с осложнениями в виде кровотечений.

Вагинальная гистерэктомия состояла из следующих этапов: радиального рассечения слизистой влагалища на уровне сводов, смещения мочевого пузыря и прямой кишки краниально, задней кольпотомии, пересечения пузырно-маточных связок, наложения гемостатических швов на брюшину и заднюю стенку влагалища, пересечения и лигирования крестцово-маточных связок, кардинальных связок, маточных сосудов. Матка выводилась в рану, при необходимости фрагментировалась, препарат удалялся после пересечения круглых маточных связок и собственных связок яичников с маточными трубами. Для фрагментации матки использовали следующие техники: бисекция, миомэктомия. Далее производился гемостаз, накладывался обвивной шов на брюшину, культя связок и слизистую влагалища. В заключение влагалище туго тампонировалось на 4-5 часов.

При выполнении вагинальной гистерэктомии для уменьшения кровопотери во время операции и облегчения работы хирурга применялся разведенный адреналин в четыре точки вокруг цервикального канала (0,001 г на 120 мл физиологического раствора или новокаина). При повышенной кровоточивости тканей, технических трудностях или при послеоперационных кровотечениях, по разработанной нами методике, брюшная полость дренировалась интубационной трубкой, балон которой раздувался до 100-120 мл воздуха, и к трубке присоединяли груз (например, 400 мл физиологического раствора).

Таблица 1

Характеристика осложнений после вагинальной гистерэктомии

Осложнения	Из 3249 вагинальных гистерэктомий – 1,8% осложнений	Осложнения (по данным литературы)
1. Кровотечения:		
- послеоперационные влагалищные кровотечения	1,02%	2,00%
- внутрибрюшные	0,15%	0,50%
2. Повреждения:		
- травма мочевого пузыря	0,27%	0,30-1,00%
- травма мочеточника	0,39%	0,10-0,50%
- травма кишечника	0,09%	0,03-0,50%
- пузырно-влагалищные свищи	0,04%	0,20%
- мочеточниково-влагалищные свищи	0,15%	0,10%
- прямокишечно-влагалищные свищи	0,15%	0,06%

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В обследованных группах анамнестические, соматические и данные объективного статуса обследованных были однородны и статистически

достоверно неразличимы ($p > 0,05$). Проанализированы результаты 294 гистерэктомий, выполненных с использованием вагинального доступа и 110 гистерэктомий, произведенных традиционным

лапаротомным доступом. Выбор методики осуществлялся в зависимости от размеров матки, ее подвижности, особенности расположения миоматозных узлов, емкости влагалища, перенесенных ранее операций. При необходимости производилось удаление придатков, устранение спаечного

процесса, проведение симультанных операций. Для обезболивания применялся интубационный комбинированный наркоз или спинальная анестезия [5, 6]. Возраст пациенток колебался от 34 до 55 лет. Характеристики групп исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика групп исследования (гистерэктомии)

Характеристики	Вагинальный доступ		Лапаротомия
	(n=271)	С интра- и послеоперационным кровотечением (n=23)	(n=110)
Возраст пациенток	46,40±9,04	44,30±9,80	47,90±8,42
Размеры миомы (нед.)	9,0±1,4	11,0±1,2	15,1±1,8
Чревосечения в анамнезе	107 (36,4%)	7 (2,4%)	15 (13,6%)
Длительность операции, мин.	28,0±12,9	34,0±15,9	67,0±16,3
Кровопотеря, мл	212,0±4,2	212,0±4,2	415,0±9,6
Масса макропрепарата, г	728,0±6,1	812,0±6,1	712,0±8,2
Послеоперационные осложнения	7 (2,6%)	-	5 (4,5%)
Послеоперационный койко-день	4,2±0,5	5,1±0,5	8,9±1,4

В подгруппе Б у 23 пациенток применялась разработанная нами методика: в 12 случаях, как профилактика послеоперационного кровотечения, у женщин с ожирением, техническими трудностями, а у 11 пациенток – при остановке послеоперационного кровотечения вагинальным доступом. Все кровотечения остановлены вагинальным доступом без перехода на лапаротомию.

Таким образом, внутрибрюшное кровотечение после вагинальной операции встречается редко. Чаще оно связано с техническими трудностями или погрешностями в проведении операции, соскальзыванием лигатур, недостаточно тщательным гемостазом. Иногда во время операции накладывают лигатуры на отечные ткани. После удаления опухоли отек спадает, лигатуры ослабевают и соскальзывают с перевязанных сосудов. Кровоточивость тканей может быть обусловлена также нарушением свертывания крови, возникшим вследствие большой кровопотери или при нераспознанном заболевании крови [5, 7].

После удаления придатков матки чаще всего возникает кровотечение из воронкотазовой связки, в которой располагается венозное сплетение. Если это сплетение не захватывается в лигатуру, то появляется кровотечение, которое служит причиной повторных лапаротомий. У тучных женщин и больных старческого возраста влагалищный путь имеет несомненные преимущества. Послеоперационный период при влагалищных операциях протекает более благоприятно, и работоспособность больных восстанавливается быстрее [7].

ВЫВОДЫ

1. Таким образом, суммируя данные литературы и анализ собственных полученных результатов, можно заключить следующее:

– вагинальный доступ является малоинвазивным доступом для хирургического лечения доброкачественных заболеваний матки, при котором используются традиционные хирургические инструменты и техника обработки тканей;

– вагинальный доступ выгодно отличается тем, что при нем объем операции сопровождается нанесением пациентке травмы значительно меньшей, чем при лапаротомии;

– использование вагинального доступа при хирургическом лечении миомы матки позволяет расширить спектр показаний к использованию малоинвазивных технологий;

– использование вагинального доступа при хирургическом лечении миомы матки позволяет уменьшить количество осложнений в сравнении с другими малоинвазивными доступами;

– выполнение операций вагинальным доступом позволяет широко использовать спинальную анестезию, что, во-первых, делает возможным выполнение данных операций пациенткам, которым противопоказано проведение общей анестезии, а во-вторых, снижает риск операции;

– применение разработанной методики позволяет эффективно снижать осложнения в виде интра- и послеоперационных кровотечений.

2. Полученные результаты констатируют необходимость проведения дальнейших исследований по оптимизации подходов к гистерэктомии и усовершенствованию хирургических техник.

ЛИТЕРАТУРА

1. Состояние мочеvyделительной и эндокринной систем у больных доброкачественными опухолями матки и придатков / Л. В. Адамян, З. Р. Зурабиани, И. Т. Торганова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 1984. – № 4. – С. 19–22.
2. Влияние объема и доступа при гистерэктомии на психоэмоциональное состояние женщин / Л. В. Адамян, В. И. Кулаков, С. И. Аскольская [и др.] // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний : материалы междунар. Конгресса, июнь, 1998 г., Москва, Россия / НЦ АГиП РАМН. – М., 1998. – С. 178–186.
3. Адамян Л. В. Качество жизни женщин после различных типов гистерэктомии, выполненных лапароскопическим, лапаротомическим и влагалищным доступами / Адамян Л. В., Кулаков В. И., Аскольская С. И. // Эндоскопия в гинекологии. – М., 1999. – С. 135–147.
4. Кулаков В. И. Гистерэктомия и здоровье женщины / Кулаков В. И., Адамян Л. В., Аскольская С. И. – М. : Медицина, 1999. – 312 с.
5. Новак Ф. Оперативная гинекология / Ф. Новак ; [пер. с англ.]. – М., 2004. – 368 с.
6. Нейроаксональные методы анестезии при трансвагинальных операциях в гинекологии / В. К. Чайка, Т. В. Джоджуа, Я. В. Рынкова [и др.] // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. – К., 2006. – С. 702–706.
7. Место вагинальной гистерэктомии в современной гинекологии / В. К. Чайка, А. А. Железная, В. В. Прилуцький [и др.] // Зб. наук. праць Асоціації акушерів-гінекологів України. — К.: Інтермед, 2004. — С. 320–326.