

Байгазаков А.Т., Мусуралиев М.С.

ГИСТЕРОРЕЗЕКТОСКОПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ КОМПОЗИЦИИ ТАХОКОМБ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА МАТКИ

Baygazakov A.T., Musuraliev M.S.

HYSTERORESECTOSCOPY USING HAEMOSTATIC COMPOSITION TACHOCOMB IN THE TREATMENT OF CERVICAL UTERINE PATHOLOGY

УДК:616/98.11

Представлены результаты гистерорезектоскопии 5 больных с доброкачественной патологией цервикального канала матки. Автор считает, что у больных с шеечной беременностью и субмукозной миомой матки с цервикальной локализацией, когда имеется высокий риск профузного кровотечения, допустимо гистероскопическое лечение с применением гемостатической композиции Тахокомб, как альтернатива травматичной оргаоноуносящей операции.

Ключевые слова: гистерорезектоскопия, субмукозная миома, шеечная беременность, Тахокомб.

The results of the hysteroresectoscopy of 5 patients with a benign disease of the cervical canal of the uterus are presented. The author believes that in patients with cervical pregnancy and submucosal myoma of uterus with cervical localization, when there is a high risk of profuse bleeding, it is acceptably hysteroscopic treatment with haemostatic composition Tachocomb, as an alternative to traumatic organo-blowing operation.

Key words: hysteroresectoscopy, submucosal myoma, cervical pregnancy, Tachocomb.

Актуальность

Гистерорезектоскопия является одним из наиболее оптимальных органосохраняющих методов хирургического лечения внутриматочной патологии, применение которой позволяет избежать более инвазивных методов операции [1,3,5]. С появлением гистероскопии, представления о диагностике и тактике лечения внутриматочной патологии изменились самым решительным образом. Несмотря на высокую безопасность, как и любая другая оперативная методика, гистерорезектоскопия связана с риском возникновения специфических и неспецифических осложнений: механических повреждений шейки и перфорации матки, осложнений, связанных со средами для расширения полости матки - эмболия и интравазация, кровотечения во время операции и в постоперационном периоде, а также инфекции полости матки [2,4-6]. В данной работе мы хотим обратить внимание на результаты первых успешных гистерорезектоскопий, выполненных при шеечной беременности и субмукозной миоме матки с локализацией ее ножки в цервикальном канале матки. Из всех вариантов эктопической беременности в 0,3-0,4% случаев встречается шеечная или перешеечная беременность. Частота данной патологии среди всех случаев беременности составляет 1:95000 [3,5]. Миома матки, по данным уточненного исследования, выявляется почти у 75 % женщин репродуктивного возраста, а средний возраст

женщин при выявлении миомы составляет 32,8±0,47 лет. Субмукозная локализация узлов опухоли составляет 20-32% случаев миомы матки [3-6]. Как правило, традиционно методом выбора оперативного лечения при данных патологиях является экстирпация матки без придатков. При шеечной беременности это считается необходимым, т.к. прогрессирование такой патологической беременности может сопровождаться профузным кровотечением. Операция, как правило, носит инвалидизирующий характер и сопровождается повышенной кровопотерей, требующей гемотрансфузии. В последние годы все широкое распространение получает гистерорезектоскопия как малоинвазивный, органосохраняющий метод лечения. В то же время при выполнении гистерорезектоскопии остается высоким риск возникновения профузных кровотечений при шеечной беременности, которые весьма трудно остановить. В этом плане оптимизация методологии гистерорезектоскопии с применением гемостатических средств представляется актуальным и перспективным направлением малоинвазивной оперативной гинекологии.

Цель: оценка эффективности гистерорезектоскопии с применением гемостатической композиции Тахокомб в лечении шеечной беременности и субмукозной миоме матки цервикальной локализации.

Материал и методы

В эндовидеохирургическом центре ЮРФА-Clinic проведение органосохраняющих эндоскопических операций при доброкачественных гинекологических патологиях является приоритетным направлением лечения. В данной работе представляются результаты гистерорезектоскопии с применением гемостатической композиции Тахокомб 5 пациенток в возрасте от 22 до 31 года. 4 пациенток были с диагнозом прогрессирующая шеечная беременность в сроках 5-7 нед. Одна пациентка находилась с диагнозом субмукозная миома матки с локализацией ножки в цервикальном канале. Всем больным проводились общеклинические и специфические методы исследования: гемограмма, общий анализ мочи, ПТИ, МНО, фибриноген, группа крови и резус-принадлежности, ХГЧ, УЗИ, ЭКГ.

Результаты и обсуждение

4 пациенткам с прогрессирующей шеечной беременностью предварительно до гистероскопии проводили редукцию метотрексатом путем внутривенного введения 120 мг/сут в течение 3 суток и

трансцервикально 40 мг через иглу в плодный пузырь под контролем УЗИ. Эти процедуры проводили в условиях развернутой операционной. За сутки происходила отслойка плодного пузырька. Кровоточивость составила от 30 мл до 270 мл.

Всем больным под внутривенной анестезией была произведена гистерорезектоскопия. В наблюдениях с шеечной беременностью нам удалось фрагментами удалить редуцированное плодное яйцо. Следует отметить, что, несмотря на редукцию метотрексатом, во время операции отмечалась диффузная кровоточивость тканей плодного яйца. Гистерорезектоскопию производили при положении пациентки в позиции Тренделенбурга на операционном столе. Методом выбора анестезиологического пособия гистерорезектоскопии следует считать внутривенный наркоз. После обработки наружных половых органов, влагалища и влагалищной части шейки матки дезинфицирующими растворами шейку матки, обнаженную в зеркалах, фиксировали пулевыми щипцами и производили расширение цервикального канала расширителями Гегара до 5 мм. После дилатации цервикального канала в полость матки вводят гистероскоп. Операцию начинали с обзора полости матки - последовательно оценивали состояние слизистой, устьев маточных труб, рельеф стенок полости матки, характер поражения.

После дополнительного расширения цервикального канала расширителями Гегара до 10 мм в полость матки вводили гистерорезектоскоп и производили фрагментарное монополярное удаление плодного яйца и субмукозной миомы матки. На данном этапе отмечалась диффузная кровоточивость раневой поверхности слизистой матки, которую технически было сложно полностью остановить монополярной коагуляцией гистерорезектоскопа. С целью адекватного гемостаза во всех случаях нами была применена гемостатическая композиция Тахокомб.



Рис. 1 Общий вид гемостатической губки Тахокомб перед применением

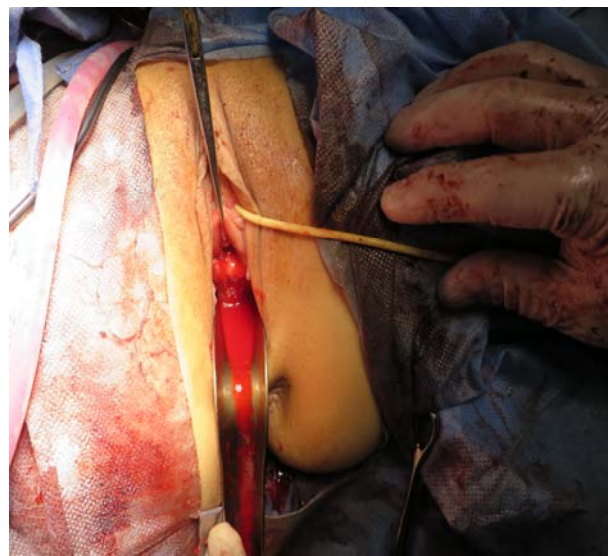


Рис. 2. Общий вид операционной области (кровотечение окончательно не остановлено)

Перед наложением пластины «Тахокомба» раневая поверхность должна быть не кровоточащей и максимально очищена от крови и других излишних тканей. Готовую пластину Тахокомба сворачивали в виде трубки и вводили в цервикальный канал, который предварительно дилатировали до 25 мм. Сторону, покрытую факторами свертывания и помеченную желтым цветом, накладывали на раневую поверхность и фиксировали раздутой манжетой катетера Фолея, который оставляли на 8-10 часов. Размер и количество пластин «Тахокомба» зависели от величины раневой поверхности (2,5x3x0,5 и 4,8x4,8x0,5 см).

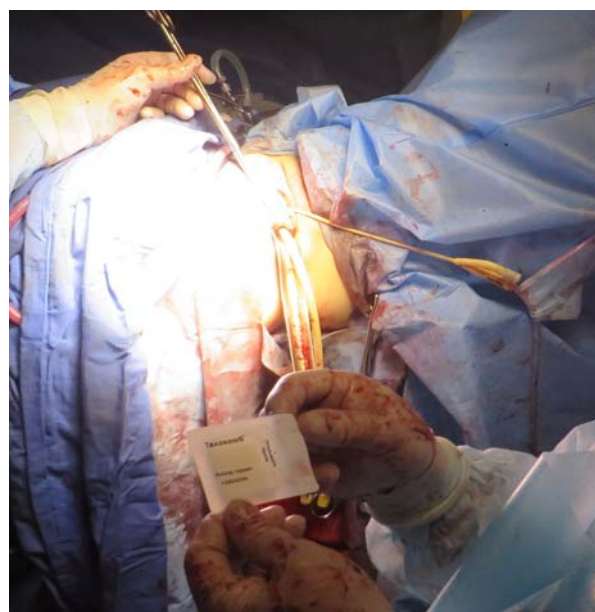


Рис. 3. Применение гемостатической губки Тахокомб

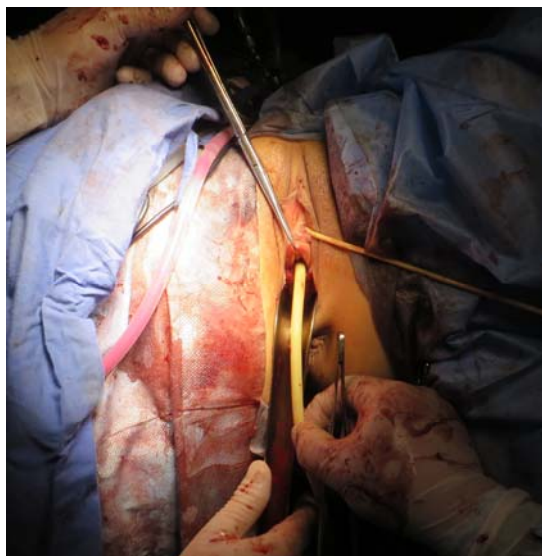


Рис. 4. Этап фиксации Тахокомба в цервикальном канале катетером Фолея

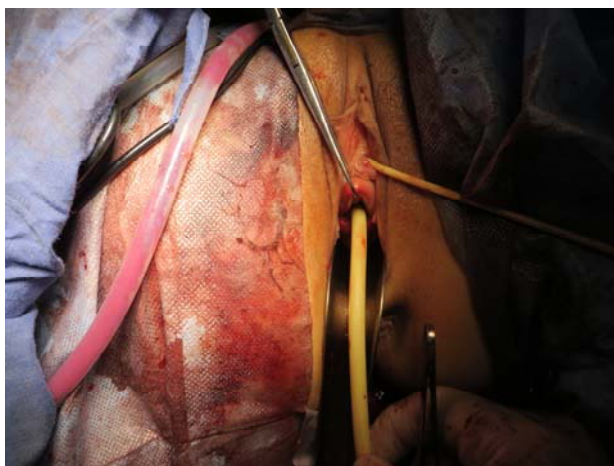


Рис. 5. Законченный вид операции

В раннем послеоперационном периоде у больных с эктопической беременностью проводился контроль уровня ХГЧ и сонографический монито-

ринг, и во всех случаях отмечалась положительная динамика послеоперационного периода. Каких-либо специфических осложнений, связанных с операцией, не было. Больные на 1-2 сутки активировались, болевой синдром был минимальный. Все пациентки на 2-5 сутки после операции были выписаны из клиники с выздоровлением.

Выводы

Основываясь на представленном опыте гистерорезектоскопии с применением гемостатической композиции Тахокомб можно заключить, что благоприятный исход в наших клинических наблюдениях оправдывает выбранную нами тактику лечения этих тяжелых патологий у молодых женщин для сохранения детородной функции. Безусловно, используемый нами вариант лечения может быть рекомендован в гинекологических отделениях, оснащенных операционным блоком и гистероскопическим оборудованием. Мы считаем, что у больных с шеечной беременностью и субмукозной миомой матки с цервикальной локализацией, когда имеется высокий риск профузного кровотечения, допустима гистероскопическое лечение с применением гемостатической композиции Тахокомб.

Литература

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии. М: Медицина. 2000. - 383 с.
2. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. Принципы гистероскопической хирургии (гистерорезектоскопии) // В книге: Эндоскопия в диагностике и лечении, мониторинге женских болезней. М, 2000. - С. 484-501.
3. Внутриматочная патология: клиника, гистероскопическая диагностика и лечение: учебно-метод. пособие / под ред. профессора У.Б. Рудаковой. М: МЕДпресс-информ, 2011. - 80с.: ил.
4. Кондриков Н.И. Патология матки. М: Практическая медицина, 2008. - 334 е.: ил.
5. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 320 е.: ил.
6. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М.: МЕДпресс-информ, 2001. - 344с .

Рецензент: к.м.н., доцент Рыскулова Б.А.