

Тактика ведения больных с миомой матки и анемией после гистерэктомии

Вольнова Г.З.

Городская многопрофильная больница АО «Талап», г. Уральск

У женщин с миомой матки одной из причин, приводящих к необходимости удаления матки, является хроническая кровопотеря и анемия. Более того, в результате гистерэктомии и миомэктомии могут возникать значительные кровопотери, усугубляющие анемию. Известно, что анемия является тем патологическим фоном, на котором возникают послеоперационные осложнения, поэтому ее коррекция - важная профилактическая задача. В связи с появлением новых препаратов появилась новая возможность проведения эффективной антианемической терапии у данного контингента больных. В нашей клинике с целью проведения антианемического лечения применялся препарат «Ферсинол-Z».

Цель исследования — провести клинико-лабораторную оценку эффективности данного препарата в лечении анемии у больных миомой матки после гистерэктомии.

Под наблюдением находились 63 женщины в возрасте от 39 до 56 лет с миомой матки и железодефицитной анемией, готовящихся к удалению матки путем лапароскопии или лапаротомии. Средний возраст пациенток составил $44 \pm 0,7$ лет. Всем пациенткам было проведено динамическое клинико-лабораторное обследование, включавшее определение гематологических (ретикуло-циты, эритроциты, гемоглобин, гематокрит, тромбоциты, сывороточное железо, в сыворотке. Критериями отбора пациенток в группы явились: концентрация гемоглобина 110 г/л и ниже, сывороточного железа 15,0 мкмоль/л и ниже.

В предоперационном и послеоперационном периоде всем пациенткам проводилось лечение железодефицитной анемии препаратом «Ферсинол - Z» производства компании «World Medicine», по 1 капсуле 2 раза в сутки, в течении 10 дней до операции и 7-10 дней в раннем послеоперационном периоде.

В ходе лечения проводился контроль за скоростью повышения Ht, Hb, уровня феррокинетических показателей в сыворотке. Применяя «Ферсинол - Z», было отмечено, что сульфат железа, содержащийся в препарате (II 46,82 мг), восполняет дефицит железа, оказывая гемопоэтическое действие. Двухвалентное железо лучше всасывается из просвета кишки. Субстратно обеспечивает синтез железосодержащих метаболитов. Аскорбиновая кислота, входящая в состав препарата, регулирует свертываемость крови, участвует в метаболизме фолиевой кислоты, а также стимулирует процессы кроветворения, иммунную систему. Фолиевая кислота, входящая в состав препарата необходима для созревания и образования мегалобластов. Витамины группы В улучшают усвоение ионизированного же-

леза, способствуют лучшему усвоению белков. Никотинамид принимает участие в процессах тканевого дыхания, жирового и углеводного обмена. Цинк -25мг способствует усвоению витаминов группы В. Биологическая роль так же определяется необходимостью в обеспечении нормализации процессов кроветворения, репарации ран, синтеза ДНК и белка.

Результаты

Через 7-10 дней (к моменту выписки) отмечалось достоверное повышение гематологических показателей: гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, а также сывороточного железа. В группе больных с анемией, получавших «Ферсинол-Z» в предоперационном и раннем послеоперационном периодах не было гнойно-септических осложнений и не требовалось гемотрансфузий. Восстановление двигательной активности наступало раньше, и послеоперационный койко-день был меньше, в отличие от больных с миомой, не получавших данный препарат.

Выводы

В большинстве случаев для лечения ЖДС у женщин различных возрастных групп оптимальным является препарат «Ферсинол-Z», применение которого позволяет добиться хороших и быстрых результатов. Наличие в препарате фолиевой кислоты, аскорбиновой кислоты, цинка, никотинамида, витаминов группы В является его дополнительным преимуществом, так как при ЖДС часто имеет место дефицит этих витаминов. Наличие аскорбиновой кислоты улучшает всасывание и усвоение железа. Микрокапсулированная форма препарата, исключает местное раздражение желудка и кишечника. Научный и практический опыт неоднократно убеждал нас в целесообразности и высокой эффективности применения препарата «Ферсинол-Z» в акушерской и гинекологической практике.

Литература

1. Аркадьева Г.В. Диагностика и лечение железодефицитных состояний. // Учебно-методическое пособие. Москва 1999. – с.22–25.
2. Дворецкий Л.И. Железодефицитные анемии. – М., 1998. – 37 стр.
3. Кулаков В.И., Голубев В.А. Реконструктивная хирургия в современной гинекологии. // Сб. статей «Реконструктивная хирургия и реабилитация репродуктивной функции у гинекологических больных». – 1992. – С. 11–17.
4. Савицкий Г.А., Савицкий А.Г. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии. – СПб. – 2000.

Современные подходы к хирургической гистероскопии при субмукозной миоме матки

Вольнова Г. З.

Городская многопрофильная больница АО «Талап», г. Уральск

Современный этап развития эндоскопической хирургии ознаменовался открытием нового раздела хирургической гинекологии - внутриматочной хирургии. Гистероскопия на сегодняшний день стала большим, чем просто внутриматочным исследованием, это доступ к органосохраняющим операциям, которые являются альтернативными традиционным гинекологическими операциям на матке.

Гистероскопические операции в нашей клинике выполняют-

ся с 2005г. За последние два года в нашей клинике выполнено 14 операций гистероскопическим доступом по поводу подслизистых миом матки. Возраст больных составил от 36 до 58 лет. Основными показаниями к оперативному лечению, служили: гиперполименорея, приводящая к анемии, бесплодие, невынашивание беременности, выраженный болевой синдром, безэффективность консервативного лечения, неоднократные неэффективные выскабливания полости матки, обусловленное

наличием подслизистой миомы. Диагноз - подслизистая миома устанавливался по результатам УЗИ, диагностической гистероскопии с обязательным диагностическим выскабливанием полости матки и цервикального канала для исключения онкопатологии. Все больные проходили клиническое обследование, санацию половых путей. Метод обезболивания - внутривенная анестезия, эндотрахеальный наркоз.

Операции резектоскопии проводились на аппаратуре фирмы «Olimpus» с применением оптики с углом 30 и 12 градусов. В качестве оптической среды использовался 5% раствор глюкозы (дизэлектрик). Скорость подачи жидкости 400 мл в минуту, общий объём дизэлектрика на одну операцию 10 - 15 литров, мощность электрического тока 20-30 Вт, в режиме «резка».

Размеры подслизистой миомы составляли от двух до пяти сантиметров в диаметре. Время операции составило от 55 до 90 мин. Кровопотеря при резектоскопиях составляла от 20 до 150 мл (в среднем 70 мл.). Проведение антибиотико-профилактики (Цефамед (цефтриаксон) 1,5 г. + меркацин 500 мг., (препараты производства компании «World Medicine»), интраоперационно однократно), позволило отказаться от традиционного назначения антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. Также назначался Флузамед (препарат этой же фармацевтической компании) 150 мг., однократно для профилактики грибковых инфекций. Нами не отмечено сколько-нибудь существенных послеоперационных осложнений. Средний койко-день составил 3,2 (после операции). Всем больным предлагалось провести контрольную гистероскопию через 1-3 месяца после проведенной операции. Следует отметить, что у всех прооперированных нами больных в послеоперационном периоде отмечалась нормализация менструального цикла, а также восстановление репродуктивной функции.

Хирургическое лечение пациенток с субмукозной миомой матки может осуществляться любым доступом: лапароскопическим, лапаротомным, гистероскопическим, выбор которого зависит от размеров опухоли, локализации узлов. Сопутствующей гинекологической и экстрагинетальной патологии.

Выводы

В результате проведенной работы определены преимущества

Пиелонефрит и беременность

Муменбаева С.А.

Женская консультация ГKB №5

Пиелонефрит - самое частое заболевание почек у беременных. Это инфекционное поражение встречается в 6-10% случаев. Возникновению пиелонефрита (ПН) способствуют гормональные изменения, свойственные беременности, сдавление мочеточников растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме (ангина, кариозные зубы, фурункулез и др.). Под влиянием прогестерона, продуцируемого плацентой, наблюдается расслабление гладкой мускулатуры кишечника, мочевого пузыря и мочеточников. Наблюдается склонность к запорам и значительное замедление пассажа мочи. Отмечаются расширение, удлинение, искривление мочеточников с перегибами и петлеобразованием, увеличение полости лоханок. Нарушается уродинамика верхних мочевыводящих путей и кровообращение в почках. В то же время дизурия, нарушение функции мочевого пузыря, увеличение его объема в результате снижения тонуса, ухудшает эвакуацию мочи из верхних мочевых путей, что способствует ее задержке и развитию воспаления в почках. Патологический процесс развивается в интерстициальной ткани почки и завершается ее склерозированием, сдавливанием почечных канальцев, при этом рано нарушается концентрационная способность почек. На этом фоне может развиваться почечная гипертензия, которая наблюдается у 20% беременных с ПН.

Различают острый и хронический ПН. Появление или обо-

гистероскопической методики:

- Минимальная инвазия
- Минимальная интраоперационная кровопотеря.
- Минимальная травматизация тканей матки
- Незначительная длительность операции.
- Более легкое течение послеоперационного периода
- Сокращение сроков пребывания в стационаре.
- Сокращение времени восстановления трудоспособности.
- Возможность проведения родов ч/з естественные родовые пути.

Заключение

Таким образом, резектоскопия является перспективным методом в оперативной гинекологии, позволяющим избежать радикальных операций, а, следовательно, сохранить репродуктивный орган — матку, что на сегодняшний день является важной психологической и медицинской проблемой. Все перечисленные преимущества позволяют рекомендовать гистерорезектоскопию как операцию выбора у пациенток с субмукозной миомой матки.

Литература

1. Адамян Л.В., Белоглазова С.Е. *Роль гистероскопии и гистерорезектоскопии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. М: Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. Матер. Междунар. конгр. с курсом эндоскопии 1999; 1: 63—65.*
2. Адамян Л.В., Демидов В.Н., Хачатрян А.К. *Гистероскопическая и эхографическая диагностика аденомиоза. Матер. Междунар. конгресса «Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки» 1999; 1: 54.*
3. Кулаков В.И., Овсянникова Т.В., Шилова М.Н., Волков Н.И. *Восстановление репродуктивной функции после комбинированного лечения с использованием золадекса у больных бесплодием и миомой матки. Пробл репр 1997; 3: 34—37.*
4. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. *Оперативная гинекология. Н. Новгород: НГМА 1998; 390.*
5. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каплушева Л.М. *Гистероскопия. М: ГЭОТАР Медицина 1999; 176.*

стрение ПН чаще происходит в 22-28 недель беременности, когда резко возрастают уровни половых и кортикостероидных гормонов. Этот период является критическим для беременных, больных ПН.

Острый ПН начинается с повышения температуры до 38-40° С, озноба, головной боли, боли в конечностях. Выраженные признаки интоксикации сопровождаются болями в пояснице, усиливающимися при дыхании, иррадиацией по ходу мочеточников, в паховую область, бедро, половые губы. Симптом Пастернацкого положительный. Выделяют интерстициальную, серозную и гнойную формы ПН. При тяжелом течении ПН появляются признаки почечно-печеночной недостаточности с азотемией, выраженной желтухой.

Хронический ПН начинается, как правило, в детстве. Обострения бывают связаны с гормональными сдвигами (пубертатный период, замужество, беременность, роды). Вне обострения больные чувствуют себя хорошо, иногда появляются неотчетливые жалобы на недомогание, головную боль, тупую боль в пояснице. У 5-10% беременных встречается бессимптомная бактериурия без каких-либо признаков воспаления мочевыводящих путей ни в настоящем, ни до беременности. У 40% женщин она переходит в клинически выраженный ПН.

Ведение беременности и родов