

В результате исследования выявлена неблагоприятная тенденция ряда показателей здоровья работников производства стекловолокна, о чем свидетельствует распространенность хронических неинфекционных заболеваний (болезни системы кровообращения, костно-мышечной системы и соединительной ткани, нервной системы). Также установлены разнонаправленные изменения гематологических, биохимических, иммунологических показателей в зависимости от нозологической формы профессиональных новообразований кожи. Высокий уровень риска развития профессиональных новообразований кожи, хронических неинфекционных заболеваний у работников производства стекловолокна обусловлен воздействием комплекса факторов производственной среды, включающего вредные вещества, которые входят в состав замасливателей и обладают канцерогенным действием, мелкодисперсную пыль стекловолокна, нагревающий микроклимат, а также микротравматизацию кожи рук. Не вызывает сомнений необходимость разработки комплекса организационно-гигиенических и медико-профилактических мероприятий, направленных на сохранение здоровья работников производства стекловолокна.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакиров А. Б., Гимранова Г. Г., Валеева Э. Т., Тихонова Т. П. Особенности формирования онкологических поражений кожи на предприятиях по выпуску стекловолокна // Уральский медицинский журнал. – 2009. – № 11. – С. 57–58.
2. Закирзянов М. Х., Рыжкова О. В., Таипова Р. А., Ягафарова Л. Ф. О заболеваемости работников нефтяной промышленности Казанский медицинский журнал // – 2010. – Т. 91. – № 3. – С. 319–321.
3. Кондрова Н. С. Профессиональная заболеваемость у работников предприятий химической промышленности в Республике Башкортостан и у работников ОАО «Стеклолит» // Медицина труда и промышленная экология. – 2009. – № 8. – С. 30–34.
4. Леонтьева Е. Ю., Быковская Т. Ю. Распространенность стоматологических заболеваний и их профессиональная обусловленность у медицинских работников // Кубанский научный медицинский вестник. – 2016. – № 4. – С. 68 – 71.
5. Мухаммадиева Г. Ф., Каримова Л. К., Бейгул Н. А., Бакиров А. Б., Валеева Э. Т., Маврина Л. Н., Салимгареева Т. М., Гимаева З. Ф. Особенности загрязнения воздуха при производстве непрерывного стекловолокна // Гигиена и санитария. – 2016. – Т. 95. – № 6. – С. 97–100.
6. Российский статистический ежегодник. – М.: Росстат, 2015. – 727 с.

Поступила 16.02.2017

Г. А. ПЕНЖОЯН¹, В. В. ПОНОМАРЕВ¹, Н. Н. БЕЛОНОЖКИНА², Л. Ю. БАГДАСАРЯН¹

ПРЕИМУЩЕСТВА ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ С ИССЕЧЕНИЕМ СЛИЗИСТО-МЫШЕЧНОГО ЛОСКУТА ШЕЙКИ МАТКИ ПОСРЕДСТВОМ ТРАНСВАГИНАЛЬНОГО МОРЦЕЛЛЯТОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ТЕЛА И ШЕЙКИ МАТКИ

¹Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК
и ППС Кубанского Государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4.

²Гинекологическое отделение стационара ГБУЗ ККБ2, Россия, 350012,
г. Краснодар, ул. Красных Партизан, 6/2; тел. +7 (918) 482-72-35. E-mail: nb.707@yandex.ru

На основании комплексного изучения клинко-лабораторных показателей проведена сравнительная оценка эффективности операций субтотальной гистерэктомии с иссечением слизисто-мышечного лоскута посредством трансвагинального морцеллятора и тотальной гистерэктомии по поводу сочетанной доброкачественной патологии тела и шейки матки. В зависимости от объема оперативного лечения были сформированы 2 группы женщин, у которых проводилась тотальная гистерэктомия и субтотальная гистерэктомия с иссечением слизисто-мышечного лоскута шейки матки посредством трансвагинального морцеллятора. В результате дообследования выявлены преимущества субтотальной гистерэктомии с иссечением слизисто-мышечного лоскута шейки матки, а именно: длительность операции, кровопотеря, уровень гемоглобина после операции. Сохранение анатомических взаимоотношений органов малого таза, связочного аппарата и иннервации шейки матки, целостности влагалища снижает риск развития осложнений в виде опущения и выпадения стенок влагалища в отдаленный послеоперационный период, что, несомненно, улучшает качество жизни женщин.

Ключевые слова: субтотальная гистерэктомия, иссечение слизисто-мышечного лоскута, трансвагинальный морцеллятор.

ADVANTAGES OF CONSERVING SURGERY WITH EXCISION OF MUco-MUSCULAR CERVICAL FLAP BY USING TRANSVAGINAL MORTSELLYATOR IN THE TREATMENT OF BENIGN COMBINED PATHOLOGY OF THE CERVIX AND UTERINE BODY

¹*Department of obstetrics, gynaecology and perinatology for postgraduate education, Kuban State Medical University, Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str, 4.*

²*Department of gynaecology, the 2nd Regional Clinical Hospital, Russia, 350012, Krasnodar, Krasnykh Partisan str., 6/2; tel. +7 (918) 482-72-35. E-mail: nb.707@yandex.ru*

On the basis of a comprehensive study of the clinical and laboratory parameters of a comparative assessment of the effectiveness of operations subtotal hysterectomy with excision of muco-muscular cervical flap by using transvaginal mortsellator and total hysterectomy about benign combined pathology of the cervix and uterine body. Depending on the extent of surgical treatment 2 groups of women were formed, who have had total hysterectomy and subtotal hysterectomy with excision of muco-muscular cervical flap by using transvaginal mortsellator.

As a result of further examination revealed the benefits of subtotal hysterectomy with excision of muco-muscular cervical flap: the duration of the operation, blood loss, and drop in hemoglobin levels after surgery. Preserving the anatomical relationship of the pelvic organ, saving ligament apparatus and cervical innervations save vaginal integrity, reduce the risk of complications in the form of descent and prolapse of the vaginal walls in the late postoperative period, which will undoubtedly improve the quality of life of women.

Keywords: subtotal hysterectomy. Excision of muco-muscular cervical flap, transvaginal mortsellator

Выбор объема хирургического вмешательства при сочетанной доброкачественной патологии тела и шейки матки, требующей оперативного лечения, длительное время является объектом споров и разногласий ведущих хирургов мира [6, 12]. Вопрос о консервации шейки матки при гистерэктомии имел как сторонников, так и явных противников [6, 8]. В физиологическом аспекте тазовое дно, шейка матки и влагалище являются весьма сложной, многогранной, взаимосвязанной системой, объединенной общностью кровоснабжения, иннервации и особенностями топографии [1]. Удаление шейки матки связано с уничтожением поддерживающих структур верхней части влагалища, в частности, маточно-крестцового связочного комплекса, что в отдаленный период ухудшает качество жизни пациентки за счет выпадения стенок влагалища, стрессовое недержание мочи, диспареунии [12, 13].

До недавнего времени, при сочетанной патологии тела и шейки матки, предпочтение отдавалось тотальной гистерэктомии [1, 6].

Предложенное Земмом иссечение слизисто-мышечного лоскута, посредством использования трансвагинального морцеллятора, подразумевает использование лапароскопического доступа и в силу этого доступно к исполнению лишь в специализированных медицинских центрах, оснащенных соответствующим оборудованием. В нашей клинике данный способ не исключает применения традиционного лапаротомического доступа [16].

Цель исследования: определить оптимальный метод оперативного лечения женщин, страдающих сочетанной доброкачественной патологией тела и шейки матки, для сохранения качества их жизни.

Для решения поставленных задач в период с 2014 по 2016 год были обследованы и находились под наблюдением 68 пациенток, перенесших тотальную гистерэктомию и субтотальную гистерэктомию с иссечением слизисто-мышечного лоскута шейки матки по поводу сочетанной доброкачественной патологии тела и шейки матки, пролеченных в гинекологическом отделении ККБ № 2

Материалы и методы исследования

В зависимости от вида оперативного удаления матки, пациентки были разделены на следующие группы:

I группа – 30 пациенток, у которых проводилась тотальная гистерэктомия без придатков;

II группа – 38 пациенток, у которых проводилась субтотальная гистерэктомия с иссечением слизисто-мышечного лоскута шейки матки.

Показания к гистерэктомии определялись диагнозом, поставленным на основании комплексного клиничко-лабораторного обследования и специальных методов исследования [3,15].

Тотальную гистерэктомию проводили по классической методике с сохранением придатков матки.

Субтотальная гистерэктомия с иссечением слизисто-мышечного лоскута матки выполняется в технике классической абдоминальной надвлагалищной ампутации матки, отличительным моментом является то, что после пересечения ветвей артерии и вены Uterine производится иссечение слизисто-мышечного лоскута шейки матки посредством трансвагинального морцеллятора [16], состоящего из:

перфоративного зонда диаметром 5 мм и длиной 50 см;
 централизованного цилиндра;
 режущей трубки с зубчатыми краями диаметром 15,20,24 мм.

Этапы иссечения слизисто-мышечного лоскута шейки матки:

1. Шейку матки обнажают в зеркалах, парацервикально на 3 часах и 9 часах накладывают пулевые щипцы.

2. Цервикальный канал расширяется расширителями Гегара до № 5.

3. Направляющий зонд (диаметр 5 мм, длина 50 см) вводится через влагалище в цервикальный канал под постоянным наблюдением сверху.

4. Вводят централизованный цилиндр и режущую трубку поверх направляющего зонда для подготовки снятия оболочки шейки. Далее легким нажатием трубку вращают и медленно продвигают вперед.

Когда зубчатые края режущей трубки появляются на интраабдоминальной стороне, снятие оболочки завершено.

С целью гемостаза раневая поверхность шейки матки подвергается биполярной коагуляции.

В настоящей работе применялись следующие методы исследования:

Клинические (опрос, осмотр, гинекологический статус).

Инструментальные (ультразвуковое исследование, кольпоскопия, гистероскопия, лечебно-диагностическое выскабливание матки) [1, 2]

Лабораторные (клинические, биохимические, гистологические, гормональные).

Специальные методы исследования:

А) исследования качества жизни (опросник по качеству жизни Санибрукского Научного Центра Здоровья Университета Торонто) [2, 9, 11];

Б) психологическое тестирование (тест Люшера, тест «Индивидуальная минута») [9, 14].

В послеоперационном периоде оценивалось общее время нахождения в стационаре, наличие осложнений, связанных с оперативным вмешательством, учитывалось проведение гемостатической терапии, тип и общая доза обезболивающих препаратов. На 2-й день после операции производилось определение уровня гемоглобина в крови [4].

Спустя 6 месяцев после проведения операции оценивалось наличие жалоб по поводу основного заболевания, физическое, психоэмоциональное состояние, время восстановления половой жизни и ее качество.

Результаты и обсуждение

Время проведения гистерэктомии в I группе колебалось от 60 до 160 минут со средним значением $95,2 \pm 6,85$ минуты. Во второй группе длительность операции составила от 50 до 100 минут со средним значением $70,7 \pm 4,48$, что достоверно

ниже ($p < 0,05$) по сравнению с первой. Величина кровопотери во время операции в I группе находилась в диапазоне от 120 до 500 мл, при среднем значении $199,5 \pm 19,83$ мл. Во второй группе объем кровопотери составил от 70 до 180 мл. среднее значение кровопотери — $112,6 \pm 6,98$ мл. также достоверно было ниже ($p < 0,05$), чем при экстирпации матки. Ни одной из оперированных пациенток не потребовалось проведение гемотрансфузии.

Таким образом, средняя величина кровопотери у пациенток во второй группе была ниже, чем при проведении тотальной гистерэктомии, что, по-видимому, связано с меньшей операционной травмой и возможностью проведения более эффективного гемостаза во время операции.

В нашем исследовании у всех больных был произведен анализ содержания гемоглобина непосредственно в день перед проведением операции и на 2-й день после нее. В I группе этот показатель находился в диапазоне 94–148 г/л со средним значением $119,3 \pm 4,25$ до операции. После операции эти значения находились в пределах 88–130 г/л, среднее $108,7 \pm 4,34$, что достоверно ниже, чем до операции в этой группе ($p < 0,05$). Во второй группе показатели гемоглобина до операции находились в пределах 88–140 г/л, среднее значение $119,9 \pm 5,0$ достоверно не отличалось от аналогичного показателя первой группы до операции. На второй день после операции произошло некоторое снижение уровня гемоглобина, диапазон которого был в пределах 92–135 г/л, со средним значением $115,1 \pm 4,45$ которое нами было расценено как тенденция к снижению ($p > 0,05$). Среднее падение уровня гемоглобина составило 10,6 г/л в первой группе и 4,8 г/л во второй.

Обезболивание ненаркотическими препаратами в ранний послеоперационный период потребовалось 62 (100 %) больным I группы и 44 (88 %) II группы, что свидетельствует о менее интенсивном болевом синдроме в этой группе, и более быстром снижении его интенсивности в течение реабилитационного периода.

В течение раннего послеоперационного периода нами также учитывалось наличие дизурических расстройств — послеоперационной задержки мочи, потребовавшей катетеризации мочевого пузыря. В I группе дизурические расстройства отмечены в 9 случаях (17,7 %), во II группе эти нарушения отмечались в 2 раза реже — только 4 больных (8 %).

В более поздний послеоперационный период всем пациенткам была проведена вагиноскопия с целью уточнения состояния послеоперационных швов влагалища. У 4 пациенток I группы (12,1 %) были выявлены грануляционные полипы в куполе влагалища, по поводу которых проводились удаление шовного материала и коагуляция разрастаний. Во второй группе, естественно, подобных осложнений не наблюдались.

Также учитывалась длительность кровянистых

выделений после операции, имевшая, большое психологическое значение на состоянии прооперированных пациенток. В первой группе этот показатель находился в пределах от 2 до 6 дней, в среднем ($4,1 \pm 0,29$) дня. Во второй группе этот период составил от 2 до 5 дней в среднем ($3,2 \pm 0,46$), что оказалось достоверно меньше ($p < 0,05$), чем в I группе.

При оценке с помощью опросника вегетативного, психосоциального статуса, физического состояния и сексуальных отношений, до операции среди основных групп статистически достоверных отличий не наблюдалось по всем параметрам. При сравнении показателей основных групп с данными, имелось достоверное отличие ($p < 0,05$) по психосоциальному статусу и физическому состоянию I и II группы.

Наиболее оптимальным органосохраняющим методом хирургического лечения больных с сочетанной доброкачественной патологией тела и шейки матки является субтотальная гистерэктомия с иссечением слизисто-мышечного лоскута шейки матки, которая позволяет повысить качество жизни оперированных женщин. Так как характеризуется меньшей инвазивностью и травматичностью по сравнению с экстирпацией матки, проявляющейся в меньшей кровопотере, снижении риска ранения и травмы мочеточников, мочевого пузыря и прямой кишки, меньшим числом ранних послеоперационных осложнений, а также тем, что сохраняется анатомическое взаимоотношение органов малого таза, здоровая часть шейки матки, ее кровоснабжение и иннервация, сохраняется связочный аппарат тазового дна, что снижает риск развития различных осложнений в отдаленный период после операции, связанных с нарушением анатомической целостности и иннервации структур дна малого таза в виде опущений и выпадений стенок влагалища.

По результатам тестирования, в меньшей мере нарушается сексуальная функция, и психоэмоциональное состояние женщин, оперированных методом субтотальной гистерэктомии с иссечением слизисто-мышечного лоскута, лучше, благодаря сохранению целостности влагалища и частичному сохранению шейки матки.

Таким образом, на основании полученных нами результатов можно сделать заключение, что субтотальная гистерэктомия с иссечением слизисто-мышечного лоскута имеет несомненные преимущества по сравнению с тотальной гистерэктомией в виде лучших основных клинических показателей операции – ее длительности, кровопотери, величине падения уровня гемоглобина после операции. Изучение течения раннего послеоперационного периода также выявило ряд преимуществ обсуждаемого способа гистерэктомии по сравнению с традиционным: длительность болевого синдрома несколько короче, число осложнений в среднем в 2 раза меньше, а длительность общей

нетрудоспособности – короче, чем при тотальной гистерэктомии.

Общее качество жизни по данным вербальных и невербальных психологических тестов, у пациенток с иссечением слизисто-мышечного лоскута шейки матки в отдаленный послеоперационный период практически приближается к таковому у здоровых женщин аналогичного возраста, что в сочетании с преимуществами операции в виде сохранения анатомических взаимоотношений органов малого таза, связочного аппарата и иннервации шейки матки, сохранения целостности влагалища, снижающими риск развития различных осложнений в отдаленный послеоперационный период, является веским аргументом для широкого внедрения представленной методики оперативного лечения в клиническую практику при сочетанных доброкачественных заболеваниях тела и шейки матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамян Л. В. Миома матки: диагностика, лечение и реабилитация / под ред. Л. В. Адамян // Клинические рекомендации по ведению больных. – М., 2015.
2. Бугаевский К. А., Уколов А. Я. Особенности практического применения физической реабилитации после гистерэктомии // Инновационные технологии в физическом воспитании, спорте и физической реабилитации. Материалы II Международной научно-практической конференции. – 2016. – С. 234–243.
3. Иноземцев А. В., Попов А. С. Функциональное состояние пациенток перед гистерэктомией // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2004. – № 12. – С. 41–45.
4. Кахиани Е. И., Цыган В. Н., Святков Д. И. Гистерэктомия как фактор расстройств системного кровообращения в послеоперационном периоде. Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2009. – № 2 (26). – С. 135–139.
5. Киселев С. И. Гистерэктомия (исторический экскурс) Онкогинекология. – 2012. – № 1. – С. 5–17
6. Кулаков В. И., Адамян Л. В., Джабраилова С. Ш. Хирургические аспекты заболеваний культи шейки матки после операции надвлагалищной ампутации матки // Эндоскопия в диагностике и лечении патологии матки. – М. 1997. – С. 390–392
7. Кулаков В. И., Сметник В. П., Краснов В. Н., Мартынов А. И. – Хирургическая менопауза / Пособие для врачей. – М. – 2003. – 40 с.
8. Кустаров В. Н., Линде В. А. Патология шейки матки. – СПб.: Гиппократ.–2002. – 144с.
9. Никитина Е. В., Литвинова М. Л. Психологическое состояние женщин, перенесших тотальную гистерэктомию. Медицинский журнал. – 2009. – № 4 (30). – С. 73–74.
10. Новик А. А., Ионова Т. Н. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – СПб: Нева. – 2000. – 248с.
11. Пашков В. М., Бахтияров К. Р. Оценка качества жизни после гистерорезектоскопических операций // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – Т. 1, № 1. – С. 31–34
12. Плоцкий А. Р., Кеда Л. Н., Рутковская М. Ф. Тотальная и субтотальная гистерэктомия: за и против Ре-

продуктивное здоровье в Беларуси. – 2010. – № 3 – С. 39–47.

13. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Казарян Л. С., Колесник Т. Г. Ближайшие и отдаленные результаты гистерорезектоскопии: анализ осложнений и качества жизни больных в послеоперационном периоде // *Анналы хирургии*. – 2001. – № 4. – С. 57–61.

14. Цивилько М. А., Полякова Е. О. Роль психогенных факторов в генезе психических нарушений у больных, перенесших гистерэктомию // *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. – 2002. – № 4. – С. 42–49.

15. Mettler L., Schollmeyer T., Tinelli A., Malvasi A., Alkatout I. Complications of uterine fibroids and their management, surgical

management of fibroids, laparoscopy and hysteroscopy versus hysterectomy, haemorrhage, adhesions, and complications. *Obstet. Gynecol. Int.* 2012; 2012: 791248. doi: 10.1155/2012/791248.

16. Semm K (1996). Endoscopic subtotal hysterectomy without colpotomy: classic intrafascial SEMM hysterectomy. A new method of hysterectomy by pelviscopy, laparotomy, per vaginam or functionally by total uterine mucosal ablation. *Int.Surg.* 81 (4):362–70.

17. Wallach E. E., Vlahos N.F. Uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management. *Obstet. Gynecol.* 2004; 104(2): 393–406. doi: 10.1097/01.AOG.0000136079.62513.39.

Поступила 28.02.2017

Г. М. ПЕРЦЕВА, А. А. БОРЩЕВА

КЕФАЛОГЕМАТОМА. ПОИСК ФАКТОРОВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ ЕЕ ПОЯВЛЕНИЕ

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО Рост ГМУ МЗ России, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; тел. +7-918-554-01-83. E-mail: Aborsheva@ctsnet.ru

Кефалогематома – одна из форм родового травматизма, которая встречается, по данным разных авторов, в 1–4 % случаев. Существует мнение, что кефалогематома возникает не только при затрудненных родах, но и при физиологических родах. Был проведен анализ возникновения кефалогематом у 60 новорожденных. Для снижения данной патологии необходимо более тщательно подходить к назначению препаратов, влияющих на свертывающую систему крови, своевременно корректировать осложнения беременности и родов.

Ключевые слова: беременность, роды, плод, кефалогематома.

G. M. PERTCEVA, A. A. BORSCHEVA

CERPHALOHEMATOMA. THE SEARCH FOR FACTORS, THAT TRIGGER ITS OCCURRENCE

*State Educational Establishment of Higher Professional Training of Rost GMU of Health Service Ministry, Rostov-on-Don, Russia
The department of Obstetrics and Gynecology № 1, 29 Nakhichevanskiy lane, Rostov-on-Don, 344022, Russia; tel. +7-918-554-01-83. E-mail: Aborsheva@ctsnet.ru*

Cephalohematoma – one of the forms of birth trauma, which occurs in 1 % to 4 % according to different authors. It's believed that cephalohematoma arises not only in obstructed labor, but in physiological childbirth too. Analysis of occurrence of cephalohematoma was held among 60 newborns. To decrease this pathology appointment of drugs, that affect blood clotting, must be more careful, and correction of complications of pregnancy and childbirth, must be in timely manner.

Keywords: pregnancy, labor, fetus, cephalohematoma.

К числу актуальных медицинских проблем относятся осложнения перинатального поражения плода. Несмотря на то что беременность и роды считаются физиологическим процессом, тем не менее довольно часто возникают осложнения, как для матери, так и для плода. Одним из осложнений для плода является родовой травматизм. Родовые травмы новорожденных могут оказывать серьезное влияние на дальнейшее физиологическое здоровье и интеллектуальное развитие ребенка [1, 2]. Среди родового травматизма чаще

всего встречается кефалогематома. По данным отечественных авторов [2, 3] количество кефалогематом колеблется от 1 % до 3,2 %, в зарубежной литературе [1, 3] этот показатель – до 4 %. Кефалогематома характеризуется кровоизлиянием под надкостницу теменных и затылочной костей черепа. Механизм образования кефалогематом до настоящего времени недостаточно изучен. Существуют различные точки зрения на патогенез данной патологии. Так, традиционно считают, что основной причиной образования кефалогемато-