



увеличивается. У не рожавших женщин выявлена меньшая активность ADAMTS13, чем у рожавших, а у впервые беременных женщин уровень активности ADAMTS13 ниже, чем у повторно беременных. Результаты нашего исследования и данные литературы показывают, что изменение уровня протеазной активности во время беременности и послеродового периода, вызванное неопознанными механизмами, может сделать послеродовой период более уязвимым для развития венозных тромбоэмболических осложнений.

Заключение

Беременность является фактором риска ВТЭО, однако в пределах 4-6 недель после родов опасность развития тромбоза глубоких вен выше, чем во время беременности. При ведении беременной женщины, на фоне других факторов, предрасполагающих к развитию ВТЭО, необходимо учитывать ее групповую принадлежность крови по системе АВ0. У беременных со II (А), III (В) и IV (АВ) группами крови и отсутствием анамнеза, связанным с ВТЭО, рекомендуется клиническое наблюдение (с использованием объективных методов диагностики) с началом профилактики антикоагулянтами после родов.

РЕКОНСТРУКТИВНО-ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ НА МАТКЕ ПОСЛЕ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Савицкая В.М., Коршикова Р.Л., Дражина О.Г., Недень Л.Ч., Рубинштейн Ю.Д.,
Рубинштейн И.А.

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Белорусская
медицинская академия последипломного образования
г. Минск*

Цель

представление клинического случая проведения реконструктивно-хирургической операции на матке после проведения эмболизации маточных артерий.

Материалы и методы

В данной статье представлен случай проведения реконструктивно-хирургической операции на матке после предыдущего проведения эмболизации маточных артерий, произошедший в Городском клиническом родильном доме № 2 Минска.



Результаты

Пациентка поступила в гинекологическое отделение с диагнозом: Миома матки больших размеров. Образование правого яичника. ОАГА.

В 2011 году у пациентки проведена лапаротомия, консервативная миомэктомия с метропластикой. Двухсторонняя цистэктомия по поводу опухолей обоих яичников. Женщина наблюдалась далее в женской консультации по месту жительства.

В 2017 году повторно обратилась по поводу роста миоматозных узлов и настояла на проведении эмболизации маточных артерий. После эмболизации миоматозные узлы не уменьшились в размерах, наблюдался их рост, пациентка направлена в стационар для проведения оперативного лечения.

Лапаротомия проводилась по старому рубцу (с его иссечением) с техническими сложностями, обусловленными спаечным процессом органов брюшной полости и малого таза. Тело матки увеличено до 18 недель, фиксировано, ограничено в подвижности, спаяно с петлями кишечника (спайки разъединены острым и тупым путем), представлено множеством миоматозных узлов различного диаметра от 1 до 8 см. (самые большие узлы располагались по передней, право-боковой стенке интралигаментарно, в области перешейка). Узлы выделены, удалены из миометрия острым и тупым путем. Всего был удален 21 миоматозный узел (на разрезе узлы волокнистого строения, содержали инородные тела). Проведена метропластика. Придатки с обеих сторон соответствовали возрастной норме.

Кровопотеря интраоперационно составила 600мл. Гемоглобин до оперативного вмешательства 115г/л, после проведенного оперативного вмешательства 99г/л.

Послеоперационный период протекал без особенностей, без осложнений.

На контрольном УЗИ ОМТ: Матка размерами 100*100*100, полость матки не расширена на всем протяжении, миометрий неоднородный (лигатуры), область рубца на передней брюшной стенке без особенностей. Заключение: Послеоперационный период (1 сутки). Состояние после консервативной миомэктомии.

Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии с рекомендациями.

Патогистологическое исследование № 122173-199: Лейомиома матки, местами с небольшим полиморфизмом, возможно, связанным с эмболизацией – инородные массы в некоторых сосудах (эмболизация в 2017г). ИГХ: Ki 67 до 5%.

Заключение

Таким образом, пациентке было проведено 3 реконструктивно-хирургические операции:

1. 2011г – консервативная миомэктомия с метропластикой.
2. 2017г. – эмболизация маточных артерий.
3. настоящая реконструктивно-хирургическая операция с проведением метропластики.



Учитывая репродуктивный возраст пациентки, заинтересованность в беременности, были проведены органосохраняющие операции.

КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ТОШНОТЫ И РВОТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В ГИНЕКОЛОГИИ

Сагамонова К.Ю., Арабаджан С.М., Казанцева Т.А., Золотых О.С., Левченко М.В.

ООО «Центр репродукции человека и ЭКО»
г. Ростов-на-Дону

Цель

Оценка безопасности и эффективности коррекции послеоперационной тошноты и рвоты у пациенток после проведения лапароскопических операций в гинекологии.

Материалы и методы

Проведен анализ 484 историй болезни пациенток, которым проводилась лапароскопия с использованием общей анестезии (комбинированная ингаляционная анестезия в условиях ИВЛ)

Результаты

В 1 группе (157 женщин) проводилась общая анестезия с использованием закиси азота, а во 2 группе (327 пациенток), проводилась общая анестезия с использованием севофлурана. В 1 группе пациенток в премедикации (за 30 минут до операции) вводился дроперидол (10 мг), а во 2 группе – метоклопрамид (2 мл) и дексаметазон (8 мг). Возраст больных 24-57 лет, риск анестезии соответствовал 2 – 3 степени по ASA в обеих группах, длительность операции в обеих группах составила 95-147 мин. У всех обследованных отмечались стабильные показатели гемодинамики во время и после оперативного вмешательства, гладкое течение анестезиологического пособия. При проведении сравнительного анализа между группами больных было установлено, что у пациенток 1 группы в 57 случаях отмечалось развитие тошноты и/или рвоты, в связи с чем они отмечали дискомфорт в раннем послеоперационном периоде. У больных 2 группы появление тошноты и/или рвоты наблюдалось лишь у 2 женщин.

Заключение

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что включение в состав премедикации метоклопрамида и дексаметазона перед проведением лапароскопиче-

23–25 ноября 2022 года

XV ВСЕРОССИЙСКИЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ
КОНГРЕСС



АНЕСТЕЗИЯ И РЕАНИМАЦИЯ В АКУШЕРСТВЕ И НЕОНАТОЛОГИИ

МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА

