

Лапароскопические методы диагностики и лечения острой гинекологической патологии

М.В. Макаренко, Д.А. Говсеев, С.В. Гридчин, О.В. Тянь
Родильный дом № 5, г. Киев

Проведен анализ оперативных вмешательств при острой гинекологической патологии в гинекологическом отделении родильного дома № 5 г. Киева за период 01.07.2011–01.12.2011 г. с использованием лапароскопической хирургии.

Ключевые слова: лапароскопия, острая гинекологическая патология, внематочная беременность, апоплексия яичника, пельвиоперитонит, аппендицит.

Опыт работы в последние 15–20 лет свидетельствует об эффективности и безопасности лапароскопической хирургии в общей практике гинекологов. Лапароскопическое лечение при острых гинекологических чрезвычайных ситуациях более предпочтительно по сравнению с открытой лапаротомией [5, 8].

Традиционно, использование лапароскопии в гинекологии было ограничено диагнозами хронической тазовой боли, бесплодия и процедурами стерилизации. В дальнейшем лапароскопию стали применять в диагностике и лечении внематочной беременности, при разрыве и перекруте различных кист яичников [3, 6, 7]. Все чаще лапароскопию используют в ситуациях, когда диагноз не очевиден [1, 5]. Для женщин молодого возраста, желающих сохранить детородную функцию, лапароскопия, безусловно, является операцией выбора.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 1 июля 2011 г. по 1 декабря 2001 г. в гинекологическом отделении родильного дома № 5 г. Киева женщинам с неотложной патологией было выполнено 67 urgentных операций. Из них лапароскопически были прооперированы 23 женщины с внематочной беременностью, 19 – с апоплексией яичников, 7 – с перекрутом, 3 – с тубоовариальными образованиями, 3 – с аппендицитом, у 10 были выполнены открытые лапаротомии. Лапароскопическим методом прооперированы 55 пациенток, что составляет 82% от количества всех операций, выполненных по неотложным показаниям. Все пациентки были прооперированы либо сразу при поступлении, либо после динамического наблюдения в течение 2–4 ч. Большинство из них были направлены в гинекологическое отделение с подозрением на острую гинекологическую патологию. Средний возраст пациенток составил 30 лет (от 18 до 42 лет). У каждой второй в анамнезе были перенесенные воспалительные заболевания. Всем проводили УЗИ органов малого таза с использованием трансвагинального датчика (4,0–9,0 МГц) аппарата PHILLIPS (Германия). Пациенткам с подозрением на внематочную беременность проводили исследование ХГЧ, если были сомнения после проведения УЗД. Кульдоцентез с диагностической целью выполнен 17 пациенткам.

В тех случаях, когда выполняли лапароскопическое вмешательство после осмотра органов брюшной полости, оценивали наличие, локализацию и характер выпота, затем переходили к детальному осмотру аппендикса, после исключения острой хирургической патологии осматривали внутренние половые органы. Для их адекватной ревизии пациентку переводили в положение Тренделенбурга. Затем вводили

Таблица 1

Количественный анализ больных, прооперированных по поводу острой гинекологической патологии с 1.07.2011 по 1.12.2011 г.

Нозологическая форма	Лапароскопия	Лапаротомия
Тубоовариальное образование с пельвиоперитонитом	3	-
Разрыв кисты яичника	10	-
Апоплексия яичника	9	2
Некроз жировой подвески	1	-
Трубная беременность	22	7
Перекрут кисты яичника или придатков	7	-
Аппендицит	3	1

два троакара для манипуляторов, коагулятора, аспиратора и осушали брюшную полость, после чего переходили к основному этапу вмешательства. Дренирование малого таза проводили по показаниям.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ проведенных оперативных вмешательств показал, что лапароскопические операции удалось провести без конверсии. Использование малоинвазивной методики позволяет выполнить более детальный обзор в начале операции, провести более тщательную санацию органов брюшной полости с наименьшей травматичностью по сравнению с лапаротомной операцией. Благодаря этому сокращается срок пребывания больных в стационаре с 6–8 сут до 1–3. Уменьшается операционная травма и количество послеоперационных осложнений, таких, как после пельвиоперитонита, в виде нагноения послеоперационных ран. Все это объясняется неизбежным контактом гнойного выпота с подкожной жировой клетчаткой, чего не наблюдается при лапароскопическом методе. Период реконвалесценции при пельвиоперитонитах и другой острой воспалительной гинекологической патологии сократился до 3–7 дней, раневая инфекция и прочие осложнения составили 0%. Косметические результаты после лапароскопических операций очевидны.

ВЫВОДЫ

Лапароскопия позволяет установить точный диагноз и выбрать оптимальную тактику лечения острой гинекологической патологии в большинстве случаев.

Использование лапароскопии в лечении больных с urgentной гинекологической патологией является достойной альтернативой традиционным методам при лечении гинекологических осложнений обеспечивает краткосрочное пребывание больных в условиях стационара.

Современные методы диагностики, такие, как УЗД, кульдоцентез в определенных случаях и, конечно же, лапароскопия, дают возможность правильно диагностировать и провести дифференциальную диагностику с острой хирургической патологией.

Лапароскопічні методи діагностики та лікування гострої гінекологічної патології
М.В. Макаренко, Д.А. Говсеєв, С.В. Гридчин, О.В. Тян

Проведено аналіз оперативних втручань у разі гострої гінекологічної патології у гінекологічному відділенні пологового будинку № 5 м. Києва за період 01.07.2011–01.12.2011 р. з використанням лапароскопічної хірургії.

Ключові слова: лапароскопія, гостра гінекологічна патологія, позаматкова вагітність, апоплексія яєчника, пельвіоперитоніт, апендицит.

Laparoscopic diagnosis and treatment of acute gynecologic pathology
M.V. Makarenko, D.O. Govseiev, S.V. Gridchin, O.V. Tian

The article analyzes performed surgery in the acute gynecology gynecology department at the hospital № 5 of Kiev in the period

since 01.07.2011 to 01.12.2011, with the use of laparoscopic surgery.

Key words: laparoscopy, acute gynecological pathology, ectopic pregnancy, rupture of the ovarian cyst, pelviperitonitis, appendicitis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1997. – 66 с.
2. Гаспаров А.С., Ререкин И.А. // Материалы 8-го Всерос. науч. форума «Мать и дитя». – М., 2006. – С. 531.
3. Гинекология по Эмилю Новаку: пер. с англ. / Под ред. Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард. – М.: Практика, 2002. – 896 с.
4. Гуриев Т.Д. Лапароскопия в лечении гинекологических больных / Т.Д. Гуриев, И.С. Сидорова, М.И. Поддубный // Проблемы хирургии в акушерстве и гинекологии: Сб. науч. тр. – М., 1995. – С. 159–160.
5. Ким И.А. Применение лапароскопии для дифференциальной диагностики острых заболеваний гениталий в неотложной хирургии / И.А. Ким // Казанский медицинский журнал, 1989. – Т. 70, № 6. – С. 433–434.
6. Луценко С.М. Аппендикулярно-генитальный синдром в неотложной хирургии / С.М. Луценко, Н.С. Луценко // Клиническая хирургия, 1979. – № 4. – С. 16–19.
7. Торчинов А.М. Неотложные состояния в гинекологии / А.М. Торчинов, А.З. Хашукова // Лечащий врач, 2003. – № 7. – С. 61–62.
8. Штыров С.В. Органосохраняющие операции в ургентной гинекологии / С.В. Штыров, В.Г. Бреусенко, Р.С. Карапетян // Эндоскопическая хирургия, 2006. – № 3. – С. 86.

Н О В О С Т И М Е Д И Ц И Н Ы

ТОШНОТА У БЕРЕМЕННЫХ ПОЛЕЗНА ДЛЯ РЕБЕНКА

Тошнота во время беременности положительно влияет на умственное развитие ребенка, пришли к выводу канадские ученые. Они предполагают, что гормон, связанный с утренней тошнотой, благоприятно влияет на развитие мозга плода.

В ходе исследования эксперты из Детского госпиталя в Торонто оценивали IQ детей, а

их матери рассказывали о течении беременности. Оказалось, что самые высокие результаты умственного и психического развития показали дети, мамы которых во время беременности страдали ранним гестозом и принимали соответствующие препараты.

Тошнота и рвота у беременных возникают в связи с гормо-

нальными изменениями, связанными с развитием плаценты. Вероятно, что это свидетельствует о здоровом течении беременности и развитии плода. Однако чрезмерные проявления этих симптомов приводят к большой потере жидкости, веса и нарушению питания у беременной.

<http://www.unn.com.ua>