

Профилактика осложнений после лапароскопических гинекологических операций

Оебаджи Самюэль

Винницкий национальный медицинский университет

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными критериями благополучного исхода оперативного лечения в плане сохранения и восстановления генеративной функции является выявление и обязательное устранение сочетанной патологии, максимальное уменьшение травматичности операции за счет выбора оптимального хирургического доступа, использование оптимальной методики оперативного вмешательства, современных шовных материалов, применение усовершенствованного нами алгоритма, а также проведение полноценной реабилитации в послеоперационный период. Применение усовершенствованного нами алгоритма в комплексе хирургического лечения пациенток репродуктивного возраста позволяет улучшить результаты лечения в плане купирования болевого синдрома и восстановления фертильности, минимизировать спаечный процесс после операции, устранить локальные проявления спаечной болезни.

Ключевые слова: лапароскопия, гинекологические операции, осложнения, профилактика.

За последние десятилетия лапароскопическая хирургия завоевывает все более широкие позиции в современной гинекологии [1–4]. Основное преимущество миниинвазивных операций – их низкая травматичность, что позволяет уменьшить число осложнений, улучшить течение послеоперационного периода, снизить сроки пребывания в стационаре и временной утраты трудоспособности. Развитие лапароскопической хирургии в гинекологии в последние десятилетия позволило значительно расширить спектр выполняемых вмешательств и улучшить их результаты [2, 3].

На этапе разработки метода одним из противопоказаний к миниинвазивному оперативному доступу считались ранее перенесенные лапаротомии, так как спаечный процесс брюшной полости может привести к осложнениям при наложении пневмоперитонеума и введении троакаров, затрудняет визуализацию операционного поля и выполнение вмешательства в целом [1, 4].

По мере накопления опыта, с развитием новых технологий и совершенствованием технического обеспечения и инструментария многие противопоказания стали расцениваться как относительные. В том числе выяснилось, что у большинства пациенток со спаечным процессом брюшной полости возможно безопасное выполнение лапароскопических вмешательств, при условии адекватной оценки распространенности спаечного процесса, правильного выбора хирургического доступа и при использовании специальных технических приемов.

При этом, кроме основных преимуществ миниинвазивного доступа, рациональное использование лапароскопических технологий у больных со спаечным процессом брюшной полости является эффективным методом профилактики дальнейшего образования спаек [2, 3].

Итак, ряд нерешенных вопросов по выбору оперативного доступа при распространенном спаечном процессе обу-

словливает актуальность разработки новых методологических и технических решений данной проблемы. Результат исследования находится в плоскости комплексного подхода к оценке всех достоверных клинических, рентгенологических, ультразвуковых признаков локализации спаечного процесса. Кроме того, в работах, посвященных профилактике осложнений, нет обобщенных рекомендаций по выбору оперативного доступа при лапароскопических гинекологических операциях в зависимости от распространенности спаечного процесса, а также эффективных профилактических методик.

Цель исследования: снижение частоты послеоперационных осложнений и восстановление репродуктивной функции после лапароскопического лечения генитальной патологии на фоне спаечного процесса на основании усовершенствования алгоритма прогностических, лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением находились 110 больных, госпитализированных в отделение гинекологии Винницкой центральной районной клинической больницы, где оперировали женщин. Их разделили на группы.

Основная (1-я) группа – 30 пациенток, которым проведены органосберегающие лапароскопические вмешательства с применением усовершенствованного нами алгоритма (операции на придатках, консервативная миомэктомия, органосберегающие вмешательства при эндометриозе, бесплодии и пр.);

Контрольная (2-я) группа – 30 пациенток с аналогичными лапароскопическими вмешательствами, выполненными по традиционной технологии без усовершенствованного нами алгоритма;

3-я группа – данные ретроспективного исследования – 50 пациенток, у которых в анамнезе было оперативное лечение (лапаротомия и/или лапароскопия), для выявления и оценки основных факторов риска формирования послеоперационных сращений.

Усовершенствованный нами алгоритм (рисунок) включал два аспекта. Предоперационный диагностический этап позволяет оценить степень риска осложнений при наложении карбоксиперитонеума и введения оптического троакара в типичных местах у женщин со спаечной болезнью и перенесших оперативное лечение на органах брюшной полости и полости малого таза. Интраоперационный этап позволяет выбрать места для введения иглы Вереша и троакара.

Основными компонентами алгоритма являются сбор анамнеза относительно перенесенных операций, особенностей как течения заболеваний, приведших к вмешательствам, так и особенностей операций, послеоперационного периода и реабилитации. Следующим компонентом является осмотр рубцов, визуальный и под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) анализ прилежащих зон, органов или их частей. Результатом диагностического этапа являет-

Таблица 1

Возраст обследованных пациенток

Возраст (лет)	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
22-24	1	3,3	-	-	3	6,0
25-29	7	23,3	7	23,3	10	20,0
30-34	13	43,3	12	40,0	15	30,0
35-39	6	20,0	8	26,7	18	36,0
40-44	3	10,0	3	10,0	4	8,0
Всего	30	100,0	30	100,0	50	100,0

Таблица 2

Наличие и характер вмешательства по поводу хирургической патологии

Хирургические вмешательства в анамнезе	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Общехирургические операции в анамнезе	9	30,0	5	16,7	20	40,0
Аппендэктомия	7	23,3	4	13,3	20	40,0
Холецистэктомия	1	3,3	1	3,3	3	6,0
Релапаротомия по поводу перитонита после аппендэктомии	-	-	-	-	1	2,0
Релапаротомия по поводу абсцесса после аппендэктомии	1	3,3	-	-	1	2,0
Герниопластика (паховой грыжи)	2	6,6	1	3,3	3	6,0

ся включение пациента в группу высокого, умеренного или низкого риска интраоперационных осложнений на начальном этапе лапароскопии по стандартным методикам. Интраоперационный этап алгоритма позволяет снизить риск осложнений путем введения иглы Вереша или троакара в нетипичных точках с помощью специальных задекларированных проб, приемов и методики предложенного способа «блуждающего троакара».

Предложенные интраоперационные «мобильные пробы» с УЗИ, проба с «водяной каплей» в условиях миорелаксации позволяют определить спаечный процесс в подлежащей брюшной стенке зоне и снизить риск энтеротомии или любого повреждения тканей и органов на начальном этапе лапароскопии. Метод «блуждающего троакара» позволяет разместить телескоп в эргономичной зоне в условиях обширного спаечного процесса после последовательного изменения точки его введения из безопасной зоны к зоне обзора, оптимального в каждом конкретном клиническом случае.

Как видно из данных табл. 1, пациентки всех групп были сопоставимы по возрасту: средний возраст пациенток (медиана, квартили) 1-й, 2-й и 3-й групп составил соответственно 32 (29–37), 32 (30–36) и 33 (29–38) года. Минимальный

возраст составил 22 года, максимальный – 44 года, т.е. все обследованные и оперированные пациентки находились в репродуктивном возрасте.

Характер и частота вмешательств по поводу хирургической патологии представлены в табл. 2.

В табл. 3 отражены частота и характер перенесенных гинекологических заболеваний.

Как видно из представленных данных, практически все пациентки (86,7%, 83,3% и 84,0% 1-й, 2-й и 3-й групп соответственно) имели различные заболевания наружных и внутренних половых органов – преимущественно воспалительные: сальпингоофорит, эрозии шейки матки, цервицит, кольпит, бартолинит, пельвиоперитонит, а также ретенционные или воспалительные образования яичников.

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), в анамнезе выявляли у 4 (13,3%) пациенток 1-й группы, у 9 (30,0%) пациенток 2-й группы и у 11 (22,0%) пациенток 3-й группы.

Частота и характер перенесенных ранее гинекологических операций представлены в табл. 4.

Как видно из полученных данных, у 33,3% пациенток 1-й группы, 16,7% пациенток 2-й группы и 72,0% – 3-й группы ранее были выполнены различные акушерские (кесарево се-

Таблица 3

Частота и характер перенесенных гинекологических заболеваний у обследованных больных

Показатели	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Гинекологические заболевания в анамнезе	26	86,7	25	83,3	42	84,0
<i>Инфекционно-воспалительные заболевания</i>						
Эрозия шейки матки	19	63,3	22	73,7	31	62,0
Сальпингоофорит	13	43,3	9	30,0	13	26,0
Цервицит	2	6,7	15	50,0	22	44,0
Вагинит	1	3,3	2	6,7	2	4,0
Эндометрит	2	6,7	2	6,7	1	2,0
Пельвиоперитонит	1	3,3	1	3,3	6	12,0
Бартолинит	1	3,3	1	3,3		
Гиперплазия и полипоз эндометрия	1	3,3	2	6,7	2	4,0
Кисты яичников	12	40,0	9	30,0	15	30,0
Апоплексия яичника	-	-	1	3,3	2	4,0

Частота и характер перенесенных ранее гинекологических операций

Гинекологические операции в анамнезе	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Гинекологические операции в анамнезе	10	33,3	5	16,7	36	72,0
Кесарево сечение	-	-	1	3,3	6	12,0
Сальпингооариолизис	1	3,3	-	-	2	4,0
Коагуляция очагов эндометриоза	-	-	1	3,3	3	6,0
Резекция эндометриоидного инфильтрата	-	-	-	-	1	2,0
Миомэктомия	2	6,7	-	-	2	4,0
Аднексэктомия (односторонняя)	1	3,3	-	-	3	6,0
Овариоэктомия и резекция яичника	-	-	-	-	2	4,0
Резекция яичников	4	13,3	2	6,7	9	18,0
– односторонняя	2	6,7	1	3,3	4	8,0
– двух яичников	2	6,7	1	3,3	5	10,0
Удаление кист яичников					2	4,0
– одного яичника					1	2,0
– двух яичников	1	3,3			1	2,0
Удаление паровариальной кисты	-	-	-	-	1	2,0
Зашивание яичника после апоплексии	-	-	1	3,3	2	4,0
Тубэктомия	2	6,7	2	6,7	8	16,0
– удаление одной трубы	1	3,3	1	3,3	6	12,0
– удаление двух труб (гнойный сальпингит)	1	3,3	1	3,3	2	4,0
Пластика труб	-	-	-	-	2	4,0
Фимбриопластика	-	-	-	-	2	4,0
Надвлагалищная ампутация матки (лапароскопия по поводу фибромиомы)	1	3,3				
Диагностическая лапароскопия	3	10,0	1	3,3	7	14,0

чение) и гинекологические операции (по поводу миомы матки, эндометриоза, гнойных воспалительных заболеваний) лапаротомным или лапароскопическим доступом.

Объем обследования включал стандартные клинические, лабораторные, морфологические и статистические методы исследования.

УЗИ больных с различными формами гнойного воспаления проведено нами на аппарате с использованием секторального датчика 4 МГц и графовагинального датчика 7 МГц в режиме двухмерной визуализации и цветном доплеровском картировании.

Лапароскопию производили серийным набором инструментов и оборудования для диагностической и лечебной гистероскопии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты проведенных исследований свидетельствуют, что основными клиническими жалобами у гинекологических больных со спаечным процессом являются нарушения репродуктивной функции (51,8%); боль различной локализации и интенсивности (50,0%) и дисменорея в виде гипер- и полименореи (40,0%).

Степень тяжести спаечного процесса при генитальной патологии не зависит от возраста женщины и длительности заболевания. Основными причинами являются гнойный сальпингоофорит (38,2%), инфекции, передающиеся половым путем (33,3%), пельвиоперитонит (33,3%), эндометриоидные кисты яичников (33,3%) и перенесенные общехирургические оперативные вмешательства (28,9%).

В структуре спаечного процесса у гинекологических больных несколько чаще встречается III–IV стадии – 52,6% по сравнению с I–II стадией – 47,4%.

Спаечный процесс III–IV стадии чаще всего развивается после лапаротомических гинекологических операций, в том числе после резекции одного или обоих яичников (55,0%), а также одно- или двусторонней тубэктомии (30,0%). По сравнению с этим, спаечный процесс I–II стадии в основном (72,2%) возникает после перенесенного кесарева сечения. Отсутствие спаечного процесса характерно для пациенток, перенесших чаще лапароскопические операции, чем лапаротомические (52,6%).

Использование усовершенствованного нами алгоритма позволяет суммарно снизить частоту послеоперационных осложнений в 3 раза а также уменьшить УЗИ-признаки на 26,7%; болевой синдром – на 26,7%; нарушения менструальной функции – на 13,3%. Восстановление репродуктивной функции происходит в 63,6% наблюдений.

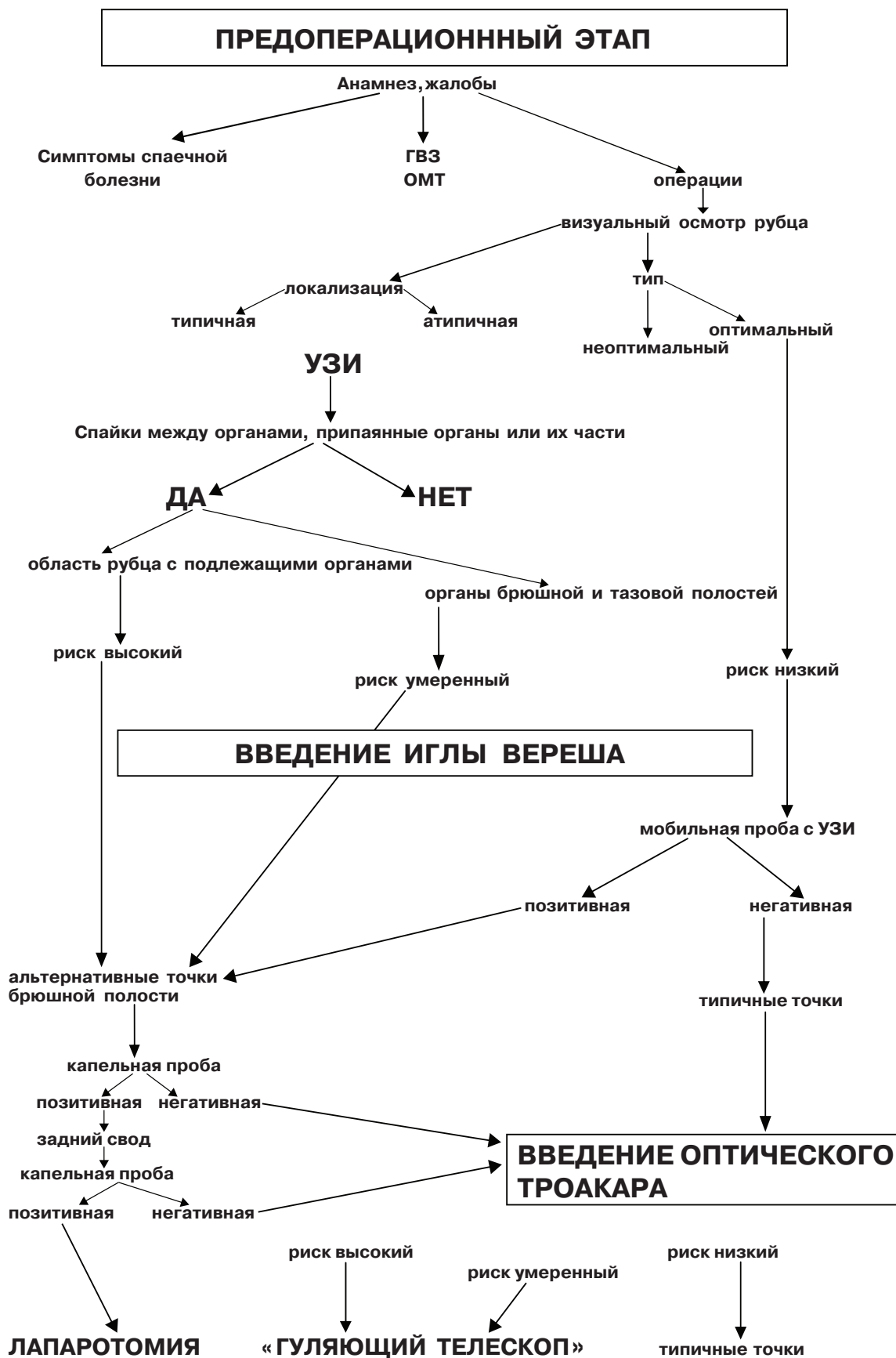
ВЫВОДЫ

На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что основными критериями благополучного исхода оперативного лечения в плане сохранения и восстановления генеративной функции являются:

- определение и обязательное устранение сочетанной патологии, максимальное уменьшение травматичности операции за счет выбора оптимального хирургического доступа;
- использование оптимальной методики оперативного вмешательства, современных шовных материалов;
- применение усовершенствованного нами алгоритма, а также проведение полноценной реабилитации в послеоперационный период.

Применение усовершенствованного нами алгоритма в комплексе хирургического лечения пациенток репродуктивного возраста позволяет улучшить результаты лечения в плане купирования болевого синдрома и восстановления фертильности, минимизировать спаечный процесс после операции, устранить локальные проявления спаечной болезни.

Алгоритм оценки риска наложения карбоксиперитонеума и оптического троакара в типичных местах у женщин с операциями в анамнезе



Профілактика ускладнень після лапароскопічних гінекологічних операцій
Оебаджи Самюель

Результати проведених досліджень свідчать, що основними критеріями благополучного результату оперативного лікування в плані збереження і відновлення генеративної функції є виявлення і обов'язкове усунення поєднаної патології, максимальне зменшення травматичності операції за рахунок вибору оптимального хірургічного доступу, використання оптимальної методики оперативного втручання сучасних шовних матеріалів, використання вдосконаленого нами алгоритму, а також проведення повноцінної реабілітації в післяопераційний період. Застосування вдосконаленого нами алгоритму в комплексі хірургічного лікування пацієнток репродуктивного віку дозволяє поліпшити результати лікування в плані купірування больового синдрому і відновлення фертильності, мінімізувати спайковий процес після операції, усунути локальні прояви спайкової хвороби.

Ключові слова: лапароскопія, гінекологічні операції, ускладнення, профілактика.

Preventive maintenance of complications after laparoscopic gynecologic operations
Oebadzi Samjuel

Results of the spent researches testify that the basic criteria of happy end of operative treatment, in respect of preservation and restoration generative functions revealing and obligatory elimination complex, the maximum reduction traumatical operations at the expense of a choice of optimum surgical access, use of an optimum technique of operative intervention is. Modern materials, application of the algorithm improved by us, and also carrying out of high-grade rehabilitation in the postoperative period. Application of the algorithm improved by us in a complex of surgical treatment of patients of reproductive age allows to improve results of treatment in respect of knocking over of a painful syndrome and restoration fertility, to minimise adhesive process after operation, to eliminate local displays of adhesive illness.

Key words: a laparoscopy, gynecologic operations, complications, preventive maintenance.

Сведения об авторе

Оебаджи Самюель – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, 21018, г. Винница, ул. Пирогова, 56; тел.: (063) 494-87-97. E-mail: Vaginalsurgery.conference@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян Л.В. Лапароскопия и гистерорезектоскопия в хирургическом лечении миомы матки у женщин детородного возраста / Л.В. Адамян, З.Р. Зарубиани, С.И. Киселев // Акушерство и гинекология. – 2011. – № 3. – С. 40–44.
2. Грубник В.В. Симультаные лапароскопические операции: сб. науч. трудов Всероссийской науч. конф. / В.В. Грубник, В.В. Бойко В.В. Ильяшенко // Актуальные проблемы хирургии. – Ростов н/Д., 2008. – С. 28.
3. Дикий О.Г. Сучасні аспекти лікування спайкової хвороби очеревини / О.Г. Дикий // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4/5. – С. 14.
4. Дронов А.В. Симультаные лапароскопические операции в гинекологии и хирургии / А.В. Дронов, А.В. Поддубный, К.А. Дедов // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 18.

Статья поступила в редакцию 23.02.2015