

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**Малоинвазивные технологии в хирургическом лечении гинекологических
больных**

Дипломная работа студентки

Очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Григорьевой Александры Викторовны

Научный руководитель
преподаватель Овсянникова Г.А.

Рецензент
Ординатор отделения гинекологии
ОГБУЗ «Городская клиническая больница г.
Белгорода»
Головченко Олег Васильевич

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ .	7
1.1.История использования эндоскопических методов в гинекологии	7
1.2.Гистероскопия: показания, противопоказания, подготовка, методика проведения, виды операций	8
1.3.Лапароскопия: показания, противопоказания, подготовка, алгоритм проведения, виды операций	16
1.4.Осложнения эндоскопических операций в гинекологии и их профилактика.....	24
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ...	30
2.1. Организационная характеристика гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»	30
2.2. Материалы исследования	31
2.3. Статистический анализ малоинвазивных технологий в хирургическом лечении гинекологических больных	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	46
Список использованной литературы	49
Приложения	52

Введение

Актуальность темы. За минувшие двадцать лет накопленный мировой опыт использования лапароскопического доступа для осуществления оперативных вмешательств на органах малого таза у женщин продемонстрировал техническую возможность проведения операций любой сложности и определил место лапароскопии как основной методики лечения широкого спектра гинекологических заболеваний [3, с. 69].

Как известно, в силу сложившихся обстоятельств в России, повсеместное распространение лапароскопический доступ в гинекологии получил относительно недавно.

По данным Л.В. Адамян, ежегодно происходит дальнейший рост эндоскопической активности, как в плане географического распространения, так и изменения качества и количества операций [19, с. 33].

Малоинвазивные технологии пользуются большим преимуществом перед другими методами в диагностике заболеваний органов малого таза, постоянно происходит совершенствование эндоскопического оборудования, его внедрение во многие лечебные учреждения, появление эндоскопических видеокамер и оборудования для документации.

Первоначально лапароскопия применялась лишь с диагностической целью. Постепенно, с появлением в арсенале эндоскопистов, более современного оборудования и инструментов, таких как волоконная оптика, ксеноновые источники света, эндовидеокамеры, лапароскопический доступ стал все более широко применяться для хирургического лечения гинекологических заболеваний. Если к концу 70-х, началу 80-х годов оперативная лапароскопия за рубежом использовалась лишь в единичных клиниках, то к настоящему времени она во многих странах становится рутинным хирургическим методом.

Популярность гистероскопии связана с тем, что это единственный метод, позволяющий визуально осмотреть полость матки, который дают

возможность сразу установить характер внутриматочной патологии, позволяет немедленно приступить к внутриматочным оперативным вмешательствам. Гистероскопия позволяет заменить лапаротомический доступ к матке гистероскопическим, дает возможность выполнять оперативные вмешательства под контролем зрения, малотравматична, легко переносится больными, сокращает пребывание пациенток в стационаре, уменьшает стоимость лечения больных. В настоящее время гистероскопия признана золотым стандартом изучения патологии полости матки и используется как для уточнения характера, так и для лечения ее патологии. Этот метод значительно расширяет диагностические возможности при выявлении внутриматочной патологии (гиперплазия эндометрия, субмукозный узел и т.д.), позволяет быстро корректировать тактику ведения больных, выбрать метод лечения (консервативный, хирургический), проводить контроль эффективности лечения [3, с. 93]. Вышеизложенное обусловило тему исследования.

Цель исследования - изучить роль малоинвазивных технологий в хирургическом лечении гинекологических больных, оценить эффективность эндоскопических методов.

Задачи исследования:

1. Проанализировать эпидемиологические аспекты использования малоинвазивных технологий у пациенток гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа».
2. Представить медико-социальную характеристику респонденток, в лечении и диагностике которых использовались малоинвазивные технологии.
3. Изучить особенности проведения гистероскопии и лапароскопии, а также показания и противопоказания к ним.
4. Изучить возможные осложнения эндохирургических вмешательств.
5. Проанализировать течение послеоперационного периода у женщин в группе исследования.

Объект исследования - данные историй болезни женщин, в лечении и диагностике которых использовались малоинвазивные технологии, получивших медицинскую помощь в гинекологическом отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в 2018 году. Объем выборки составил 60 пациенток.

Методы исследования, использованные для решения задач:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по теме дипломного проекта.
2. Эмпирические методы (анализ документов).
3. Статистический анализ полученных данных.

Предмет исследования – современные тенденции в использовании малоинвазивных технологий в хирургическом лечении и диагностике гинекологических больных.

Научная новизна:

1. Составлен медико-социальный портрет пациентки отделения оперативной гинекологии, получившей эндохирургическое лечение.
2. Выявлены особенности гинекологического и соматического статуса у женщин исследуемой группы.
3. Получены данные о эндохирургических операциях, применяемых в современной оперативной гинекологии.

Практическая значимость работы - полученные данные могут использоваться в работе гинекологических отделений и фельдшерско-акушерских пунктов.

База исследования - ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Время исследования – 2018-2019гг.

Структура ВКР - работа представлена на 61 странице, состоит из введения, 2 глав, включающих 2 таблицы и 21 рисунок, заключения, списка литературных источников из 20 наименований и 11 приложений.

В первой главе проведен теоретический анализ литературных источников по вопросам малоинвазивных технологий в хирургическом лечении

гинекологических больных. Вторая глава содержит собственное исследование эндоскопических операций в хирургическом лечении гинекологических пациенток.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ ПО ВОПРОСАМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

1.1. История использования эндоскопических методов в гинекологии

Десять лет назад никто из гинекологов не мог бы даже предположить, что совсем скоро ему придется работать в иной, чем раньше, гинекологии. Врачи не думали о том, что лапароскопия и гистероскопия из диагностического метода станут хирургическим доступом, а необходимость овладения этими методами – отдельной насущной проблемой [8, с. 19].

Почти все авторы, как отечественные, так и зарубежные, указывают, что первым применил осмотр брюшной полости с помощью осветительных приборов Дмитрий Оскарович Отт в 1901 г. Можно считать, что следующее значимое событие в эндохирургии – работы Н. Kalk и соавторов. Это первые работы, в которых внятно описываются показания и противопоказания к лапароскопии, осложнения и их профилактика. Н. Kalk (1929) выполнил 2000 лапароскопий, разработал методику пункционной биопсии печени во время лапароскопии. В конце 40-50х годов были опубликованы труды R. Palmer, давшие начало современному состоянию эндохирургии в гинекологии. R.Palmer (1947) впервые произвел биопсию яичника, используя при этом положение Тренделенбурга. Дальнейший прогресс лапароскопии в гинекологии определяется прогрессом технологий. Внедрение фиброволоконной оптики, системы стержневых линз, источников “холодного света”, а в последующем электронного контроля за скоростью подачи газа в брюшную полость и мониторинг предварительно заданного давления в ней можно оценить, как первый этап развития современной нам эндоскопии [8, с. 26].

В нашей стране в 1983 году опубликована монография под редакцией Г.М. Савельевой “Эндоскопия в гинекологии”, определившая развитие

лапароскопии и гистероскопии на ближайшее десятилетие. С 1989 года в Западной Европе и США начинают выполнять лапароскопическую гистерэктомию, лапароскопически ассистированную влагалищную гистерэктомию, а чуть позже и варианты радикальных операций при раке женских гениталий. Именно этими операциями начат следующий этап в эндоскопической гинекологии. К 1998 году сообщается о 28695 операциях лапароскопическим доступом, произведенных в России (В.И. Кулаков и соавторы, 1998). Лапароскопия как хирургический доступ широко применяется при бесплодии, опухолях и кистах яичников, миоме матки, эндометриозе, несостоятельности мышц тазового дна, стрессовом недержании мочи.

Нынешний этап развития эндохирургии, характеризуется применением лапароскопического доступа при всём спектре гинекологической патологии. Учитывая, что скорость развития эндохирургии возрастает год от года, можно прогнозировать молниеносное внедрение в практику многих крупных клиник большинства операций лапароскопическим доступом, за исключением, может быть, сверхрадикальных [1, с. 97].

1.2. Гистероскопия: показания, противопоказания, подготовка, методика проведения, виды операций

Гистероскопия – метод эндоскопии в гинекологии, позволяющий осмотреть полость матки. Выделяют диагностическую и операционную гистероскопию. Современную гистероскопию среди всех инструментальных методов исследований считают наиболее информативной для диагностики и эффективной для лечения практически всех видов внутриматочной патологии. Визуальный осмотр полости матки позволяет обнаружить внутриматочную патологию, провести топическую диагностику и при необходимости прицельную биопсию или хирургическое вмешательство в пределах полости матки. Как любой инвазивный метод, гистероскопия требует большого

хирургического мастерства, навыков и соблюдения всех необходимых правил её проведения. При нарушении этих условий могут возникать серьёзные осложнения, представляющие собой опасность для здоровья, а иногда и для жизни женщины [11, с. 509].

Показания к выполнению диагностической гистероскопии: нарушения менструального цикла в различные периоды жизни женщины (ювенильный, репродуктивный, перименопаузальный); кровяные выделения в постменопаузе; подозрение на: подслизистую миому матки, аденомиоз, рак эндометрия, аномалии развития матки, внутриматочные синехии, наличие в полости матки остатков плодного яйца или инородного тела, перфорацию стенки матки; уточнение места расположения ВМК или его фрагментов, бесплодие, невынашивание беременности, контрольное исследование полости матки после ранее перенесённых операций на матке, пузырного заноса, хорионэпителиомы; оценка эффективности и контроль при проведении гормонотерапии, осложнённое течение послеродового периода [11, с. 510].

Противопоказания к диагностической гистероскопии: общие инфекционные заболевания (грипп, ангина, пневмония, острый тромбофлебит, пиелонефрит и т.д.); острые воспалительные заболевания половых органов; III–IV степень чистоты влагалищных мазков; тяжёлое состояние больной при наличии заболеваний сердечно-сосудистой системы и паренхиматозных органов (печени, почек); беременность (желанная); профузное маточное кровотечение.

Гистероскопию следует рассматривать как оперативное вмешательство, которое в зависимости от показаний проводят как в экстренном, так и в плановом порядке.

Плановую гистероскопию проводят после клинического обследования больных, включающего исследование крови, мочи, мазков из влагалища на степень чистоты, рентгенографию грудной клетки, электрокардиографию. Больным пожилого возраста, особенно с ожирением, целесообразно проводить

определение уровня глюкозы в крови. Данные двуручного исследования, анализы крови и результаты мазков содержимого влагалища не должны указывать на наличие воспалительного процесса.

Клиническое обследование позволяет составить определённое представление о патологических изменениях в матке, выявить сопутствующие заболевания, выбрать метод обезболивания. При наличии у больной экстрагенитальной патологии (заболевания сердца, лёгких, гипертоническая болезнь и т.д.) необходима консультация соответствующего специалиста и проведение патогенетической терапии до полной компенсации выявленных нарушений. III–IV степень чистоты мазков из влагалища считают показанием к его санации [11, с. 511].

Плановая гистероскопия должна включать следующие мероприятия: подготовку кишечника (накануне манипуляции делают очистительную клизму); опорожнение мочевого пузыря перед исследованием. Операцию проводят натощак. В амбулаторных условиях гистероскопию можно выполнять при наличии стационара одного дня и возможности экстренного перевода больной в стационар в случае необходимости. Амбулаторная гистероскопия неприемлема для нервных пациенток, нерожавших женщин и пациенток в постменопаузе.

Плановую гистероскопию лучше проводить в ранней пролиферативной фазе менструального цикла (оптимально на 5–7-й день менструального цикла), когда эндометрий тонкий и слабо кровоточит. Однако бывают исключения, когда необходимо оценить состояние эндометрия в секреторную фазу менструального цикла. В этих случаях гистероскопию проводят за 3–5 дней до менструации. Состояние стенок матки можно оценить при контрольной гистероскопии, после удаления слизистой оболочки [17, с. 112].

У пациенток перименопаузального и постменопаузального периода, а также в экстренных ситуациях, при кровотечении, время проведения гистероскопии не имеет принципиального значения.

Методика гистероскопии. В норме полость матки представляет собой сомкнутую щель небольших размеров. Для полноценной визуализации полости матки необходимо расширить её с помощью какой-либо среды. В зависимости от используемой среды для расширения полости матки различают газовую и жидкостную гистероскопию.

Применение газовой среды целесообразно при проведении диагностической гистероскопии и при отсутствии кровяных выделений. В качестве расширяющей среды используют углекислый газ. Большинство хирургов предпочитают жидкостную гистероскопию. При достаточно чёткой видимости жидкостная гистероскопия позволяет легко контролировать процесс гистероскопических операций.

Независимо от вида проводимой гистероскопии и используемой среды для расширения полости матки, пациентку размещают на гинекологическом кресле. Наружные половые органы и влагалище обрабатывают 5% раствором йода или спиртом. Гистероскопии предшествует бимануальное исследование для определения расположения матки, её величины. Шейку матки фиксируют пулевыми щипцами за переднюю губу, что позволяет подтянуть её и выровнять направление цервикального канала, определить длину полости матки. Это также необходимо для расширения цервикального канала расширителями.

Этап расширения шейки матки очень ответственный, поскольку именно на этом этапе чаще всего и возникает перфорация матки. Измерение длины полости матки зондом желательно не проводить до самой гистероскопии во избежание травмирования эндометрия. При проведении газовой гистероскопии предпочтительнее не расширять цервикальный канал. Однако при необходимости шейку матки расширяют расширителями Гегара до № 6–7.

После извлечения расширителя в полость матки вводят корпус гистероскопа без оптической трубки. Через канал корпуса в полость матки вводят 40–50 мл изотонического раствора хлорида натрия (для промывания полости матки от крови), который затем с помощью отсоса удаляют. К

оптической трубке гистероскопа подключают световод, оптическую систему фиксируют к корпусу гистероскопа.

Телескоп помещают в корпус гистероскопа и фиксируют запирающим замком. К нему подсоединяют гибкий световод от источника освещения, проводник со средой для расширения полости матки и видеокамеру. Перед введением гистероскопа в полость матки проверяют подачу среды для расширения полости матки, включают источник света и фокусируют камеру [19, с. 204].

Гистероскоп вводят в цервикальный канал и под контролем зрения постепенно продвигают в полость матки. Вначале необходимо выждать пока полость матки достаточно не расширится, чтобы произвести её осмотр. Ориентирами в полости матки считают устья маточных труб. Если видимость плохая из-за пузырьков газа или крови, необходимо немного подождать, пока они не выйдут из полости матки наружу [8, с. 526]. Поочерёдно тщательно осматривают все стенки матки, область устьев маточных труб и, на выходе, цервикальный канал.

При осмотре необходимо обращать внимание на цвет и толщину эндометрия, его соответствие дню менструального цикла, форму и величину полости матки, наличие тех или иных патологических образований и включений, рельеф стенок, состояние устьев маточных труб. При обнаружении очаговой патологии эндометрия берут прицельную биопсию эндометрия с помощью биопсийных щипцов, проведённых через операционный канал гистероскопа.

При отсутствии очаговой патологии телескоп удаляют из полости матки и производят отдельное диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки. Кюретаж может быть и вакуумным.

После определения путём визуального осмотра характера внутриматочной патологии диагностическая гистероскопия может перейти в оперативную. Всё зависит от вида выявленной патологии и характера

предполагаемой операции. Уровень современного эндоскопического оборудования и возможности гистероскопии на сегодняшний день позволяют говорить об особом разделе оперативной гинекологии – внутриматочной хирургии. Некоторые виды гистероскопических операций заменяют лапаротомию, а иногда и гистерэктомию, что имеет большое значение для женщин репродуктивного возраста или пациенток пожилого возраста с тяжёлой соматической патологией, для которых большой объём оперативных вмешательств представляет риск для жизни.

К гистерорезектоскопическим операциям относятся:

- 1) удаление полипов эндометрия;
- 2) рассечение плотных внутриматочных синехий;
- 3) рассечение внутриматочной перегородки;
- 4) миомэктомия (Приложение 7);
- 5) абляция эндометрия.

Все гистероскопические операции лучше проводить в раннюю фазу пролиферации, если нет необходимости в предварительной подготовке гормональными препаратами. Если проводили гормональную терапию с целью подготовки к операции, то операцию следует проводить через 4-6 нед после последней инъекции при применении агонистов ГнРГ и сразу же после окончания лечения антигонадотропными препаратами.

Удаление полипа эндометрия гистероскопически осуществляют различными путями. Основа полноценной полипэктомии – иссечение основания полипа до мышечной стенки. Одиночные полипы на ножке небольшого размера удаляют щипцами или ножницами, или биполярными электродами, введенными через операционный канал гистероскопа. Под контролем зрения инструмент подводят к ножке полипа и срезают ее. Также для удаления полипов можно использовать петлю резектоскопа. Фиброзные полипы больших размеров удаляют с помощью гистерорезектоскопа с

петлевыми электродами. Техника операции в данном случае аналогична миомрезектоскопии.

Резекция миомы матки. Трансгистероскопический доступ в настоящее время считают оптимальным для удаления субмукозных миоматозных узлов, что важно для женщин репродуктивного периода. Показания к гистероскопической миомэктомии: необходимость сохранения фертильности; нарушения репродуктивной функции, вызванные развитием субмукозного миоматозного узла; маточные кровотечения. Существуют два метода гистероскопической миомэктомии. Механическая миомэктомия приемлема при субмукозных миоматозных узлах 0 типа размерами не более 5-6 см. Необходимо обеспечить достаточное расширение цервикального канала в зависимости от размеров миоматозного узла.

Используют две методики: 1. Узел прицельно фиксируют аботцангом и удаляют методом откручивания с контрольной гистероскопией. 2. Под контролем гистероскопа рассекают капсулу узла или его ножку, затем узел извлекают из полости матки, в том числе методом кускования под постоянным визуальным контролем гистероскопа.

Внутриматочные синехии (сращения), или так называемый синдром Ашермана, заключающийся в частичном или полном заращении полости матки, считают одной из причин нарушений менструальной и репродуктивной функции.

В настоящее время единственный метод лечения внутриматочных синехий – их рассечение под прямым визуальным контролем гистероскопа, без травмирования оставшегося эндометрия.

Каждую спайку постепенно рассекают на незначительную глубину и тщательно осматривают освободившуюся полость, постепенно, шаг за шагом проводят всю операцию. Начинать рассекать синехии нужно с нижних отделов и продвигаться в сторону дна матки и устьев маточных труб. Операции по рассечению внутриматочных синехий относят к высшей категории сложности.

Абляция эндометрия. Все операции по деструкции эндометрия называют в литературе термином «абляция эндометрия», который объединяет различные хирургические методики воздействия на эндометрий.

Непосредственное разрушение (деструкцию) всей толщи эндометрия осуществляют с помощью различных методов воздействия: моно- и биполярной электрохирургии, лазерной энергии, микроволновой и криохирургии и т.д. Недостатком метода является невозможность осуществления биопсии эндометрия для гистологического исследования.

Резекция эндометрия – иссечение всей толщи эндометрия, может быть произведена только электрохирургически, когда режущей петлёй иссекают всю слизистую оболочку в виде стружки. При таком виде операции есть возможность проведения гистологического исследования иссечённой ткани.

Показания к абляции эндометрия: меноррагии при неэффективности гормонотерапии у пациенток старше 35 лет, не планирующих беременность; проведение в качестве сопутствующей операции при полипэктомии и миомэктомии в пре- и постменопаузе; невозможность проведения гормонотерапии при наличии гиперпластических процессов в эндометрии в пре- и постменопаузе; рецидивирующие гиперпластические процессы эндометрия в пре- и постменопаузе.

При подборе пациенток для абляции (резекции) эндометрия также необходимо учитывать следующие факторы: нежелание женщины в дальнейшем беременеть, отказ от гистерэктомии, желание сохранить матку, риск чревосечения.

Противопоказания к гистерорезектоскопии при подслизистой миоме матки: средний диаметр подслизистого опухолевого узла свыше 60 мм (по данным трансвагинальной эхографии); опухоль типа I (классификация ESGE), исходящая из дна матки или её перешейка.

Противопоказания к абляции эндометрия: злокачественные новообразования половых органов; атипичская ГПЭ; наличие болевого синдрома; величина матки более 9–10 недель беременности; пролапс матки.

Условия для проведения операции. Независимо от сложности и продолжительности операции, даже для самых коротких манипуляций необходимо иметь полностью оборудованную операционную, чтобы вовремя распознать и начать лечить как хирургические, так и анестезиологические осложнения.

Обязательный этап перед проведением абляции эндометрия: исключение злокачественных и предраковых процессов в гинекологических органах. Для этого проводят тщательное цитологическое исследование мазков, морфологическое исследование эндометрия, также желательна предварительная гистероскопия, УЗИ органов малого таза трансвагинальным датчиком.

1.3. Лапароскопия: показания, противопоказания, подготовка, алгоритм проведения, виды операций

Лапароскопия — осмотр органов брюшной полости с помощью эндоскопа, введённого через переднюю брюшную стенку. В настоящее время апробированы и внедрены в практику следующие показания для выполнения лапароскопии. Плановые показания: трубно – перитонеальное бесплодие (ТПБ); опухоли и опухолевидные образования яичников; миома матки; генитальный эндометриоз; пороки развития внутренних половых органов; боли внизу живота неясной этиологии; создание искусственной непроходимости маточных труб [8, с. 536].

Показания к экстренной лапароскопии: внематочная беременность; апоплексия яичника; воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ); подозрение на перекрут ножки или разрыв опухолевидного

образования или опухоли яичника, а также перекрут субсерозной миомы; дифференциальная диагностика между острой хирургической и гинекологической патологией.

Противопоказания к лапароскопии и лапароскопическим операциям зависят от многих факторов и в первую очередь от уровня подготовки и опыта хирурга, оснащённости операционной эндоскопическим, общехирургическим оборудованием и инструментарием. Выделяют абсолютные и относительные противопоказания.

Абсолютные противопоказания: геморрагический шок; заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы в стадии декомпенсации; некорригируемая коагулопатия; заболевания, при которых недопустимо располагать пациентку в положении Тренделенбурга (последствия травмы головного мозга, поражения сосудов головного мозга и т.д.); острая и хроническая печёчно-почечная недостаточность; рак яичника и маточных труб (исключение составляет лапароскопический мониторинг в процессе химиотерапии или лучевой терапии).

Относительные противопоказания: поливалентная аллергия; разлитой перитонит; выраженный спаечный процесс после перенесённых ранее операций на органах брюшной полости и малого таза; поздние сроки беременности (больше 16–18 недель); подозрение на злокачественный характер образования придатков матки [8, с. 538].

Общее обследование перед проведением лапароскопии такое же, как перед любой другой гинекологической операцией. При сборе анамнеза необходимо обращать внимание на заболевания, которые могут быть противопоказанием к выполнению лапароскопии. Большое значение перед лапароскопическим вмешательством необходимо уделять беседе с пациенткой о предстоящем вмешательстве, его особенностях, возможных осложнениях. Пациентка должна быть информирована о возможном переходе к

чревосечению, о возможном расширении объёма операции. Должно быть получено письменное информированное согласие женщины на операцию.

При плановой лапароскопии накануне операции пациентка ограничивает свой рацион приёмом жидкой пищи. Очистительную клизму назначают вечером перед операцией. Медикаментозная подготовка зависит от характера основного заболевания и планируемой операции, а также от сопутствующей экстрагенитальной патологии [4, с. 179].

Лапароскопические вмешательства проводят в ограниченном замкнутом пространстве — брюшной полости. Для создания пневмоперитонеума в брюшную полость вводят газ (углекислый газ, закись азота, гелий, аргон), который приподнимает брюшную стенку. Газ вводят путём прямой пункции передней брюшной стенки иглой Вереща, прямой пункции троакаром или открытой лапароскопии. Главное требование, предъявляемое к газу, инсuffлируемому в брюшную полость, — это безопасность для пациентки. Основными условиями, обеспечивающими указанное требование, считают: абсолютную не токсичность газа; активную поглощаемость газа тканями; отсутствие раздражающего воздействия на ткани; неспособность к эмболизации [6, с. 57].

Всем вышеперечисленным условиям соответствуют углекислый газ и закись азота. Эти химические соединения легко и быстро резорбируются, в отличие от кислорода и воздуха не вызывают у пациенток ощущение боли или дискомфорта (напротив, закись азота обладает анальгезирующим эффектом) и не образуют эмболы (так, углекислый газ, проникнув в кровеносное русло, активно соединяется с гемоглобином). Кроме этого, углекислый газ, действуя определённым образом на дыхательный центр, увеличивает жизненную ёмкость лёгких и, следовательно, уменьшает риск возникновения вторичных осложнений со стороны системы дыхания.

Игла Вереща состоит из тупоконечного, заряженного пружиной стилета и острой наружной иглы. Прилагаемое к игле давление ведёт по мере

прохождения слоёв брюшной стенки к погружению стилета внутрь иглы, позволяя последней прокалывать ткань. После прохождения иглой брюшины наконечник выскакивает и предохраняет внутренние органы от ранения. Газ поступает в брюшную полость через отверстие по латеральной поверхности наконечника [7, с. 201].

Выбор места прокола брюшной стенки зависит от роста и комплекции пациентки, а также от характера перенесённых ранее операций. Чаще всего местом для введения иглы Вереша и первого троакара выбирают пупок — точку кратчайшего доступа к брюшной полости. Другой наиболее часто используемой точкой для введения иглы Вереша в гинекологии считают область на 3–4 см ниже края левой рёберной дуги по среднеключичной линии. При наличии перенесённых ранее операций на органах брюшной полости для первичной пункции выбирают точку, максимально удалённую от рубца.

Можно ввести иглу Вереша через задний свод влагалища, если отсутствуют патологические образования в позадидаточном пространстве. В момент пункции передней брюшной стенки иглой Вереша или первым троакаром пациентка должна находиться на операционном столе в горизонтальном положении. После рассечения кожи брюшную стенку приподнимают рукой, цапкой или лигатурой (для увеличения расстояния между брюшной стенкой и органами брюшной полости) и вводят иглу Вереша или троакар в брюшную полость под углом 45–60°. Правильность введения иглы Вереша в брюшную полость проверяют различными способами (капельный тест, шприцевая проба, аппаратная проба) [19, с. 234].

Методика открытой лапароскопии показана при опасности повреждения внутренних органов при спаечных процессах в брюшной полости вследствие перенесённых ранее операций и неудачных попытках введения иглы Вереша или троакара. Суть открытой лапароскопии заключается во введении первого троакара для оптики через минилапаротомное отверстие

После пункции передней брюшной стенки иглой Вереша или троакаром, начинают инсуффляцию газа, сначала медленно со скоростью не более 1,5 л/мин. При правильном положении иглы после введения 500 мл газа пелёночная тупость исчезает, брюшная стенка равномерно приподнимается. Обычно вводят 2,5–3 л газа [19, с. 255]. Пациенткам с ожирением или крупного телосложения может потребоваться большее количество газа (до 8–10 л).

Операции невысокой степени сложности: стерилизация. Создание искусственной непроходимости маточных труб (ИНМТ) (С.В. Штыров) с целью стерилизации лапароскопическим доступом ведет свою историю в России с 1990 года, когда появился приказ МЗ РФ №484, разрешающий стерилизацию и определяющий показания к ней. Первоначально, а лапароскопическим доступом вообще тогда оперировали мало, казалось, что поток пациенток для ИНМТ будет нескончаемым [19, с. 162].

Однако, параллельно с развитием оперативной лапароскопии, интерес к стерилизации угасал, а возможность обеспечить контрацепцию без хирургической агрессии резко снизила количество женщин, обращающихся с просьбой выполнить эту процедуру. В некоторых мусульманских странах стерилизация запрещена. Условно все методы ИНМТ можно разделить на электрохирургические (моно- и биполярная коагуляция) и механические (кольца Yoon, клипсы Fielshie, Hulka).

Операции по поводу апоплексии яичника. Строго говоря, лапароскопия при апоплексии яичника простая операция, имеющая при прочих равных условиях лишь одно противопоказание: геморрагический шок. Т.е. независимо от объема кровопотери можно произвести операцию лапароскопическим доступом, если нет кризиса циркуляции. Это тем более очевидно, что современная аппаратура позволяет получать совершенные среды для реинфузии крови и ее препаратов, быстро и эффективно. Апоплексией считается только кровотечение из стигмы овуляции и, соответственно, коагулируем лишь кровоточащий участок. Длительность операции не

превышает в целом 8-10 мин., а выписку пациентки можно осуществить на 1-2-е сутки после операции.

Операции по поводу параовариальных кист и кист яичника. Операции по поводу параовариальных кист являются наиболее эстетичными. Обычно пациентки, перенесшие подобные операции, активизируются уже через 8-10 часов и могут быть выписаны домой на 1-2 сутки послеоперационного периода.

Коагуляция очагов наружного эндометриоза. Эта простейшая процедура может быть выполнена любым разрушающим инструментом: эндотермом, моно- и биполярным коагулятором. Необходимо, однако, помнить, что по современным представлениям рецидив эндометриоза отсутствует тогда, когда полностью иссечены все его очаги [19, 173].

Операции умеренной степени сложности: аднексэктомия. Показаниями к односторонней аднексэктомии являются доброкачественные опухоли яичников в репродуктивном возрасте, перекрут придатков матки при наличии некротических изменений, эндометриоидные кисты больших размеров. Г.М. Савельева и соавторы (1999) показали, что аднексэктомия показана при абсцессах яичника в репродуктивном возрасте, если были инвазивные вмешательства в матке.

Консервативная миомэктомия при небольших размерах одиночных узлов, не требующих ушивания дефекта матки. В простейших ситуациях, если имеется субсерозный миоматозный узел на тонком основании, достаточно установить гемостаз, прокоагулировав «ножку» узла и отсечь его. Желательно тщательно осмотреть матку и решить вопрос о возможности и необходимости удаления всех узлов, доступных вмешательству. Все находки должны быть тщательно задокументированы.

Операции по поводу бесплодия. В настоящее время не вызывает сомнения, что лапароскопия является этапом обследования любой пациентки с бесплодием. Как правило, при операции по поводу бесплодия производится фимбриолизис, сальпингоовариолизис, неосальпингостомия. Если ранее

постоянно говорилось о невозможности производить реконструктивные операции пациенткам старше 35 лет, при наличии ановуляторных циклов, бесплодия партнера и т.д., то теперь легитимных оснований отказать женщине с перечисленными факторами в операции нет. Рано проведенная операция дает хорошие результаты. Длительное лечение с применением курса гидротубаций резко ухудшает прогноз в плане наступления беременности. Необходимо четко объяснить пациентке, что наступление беременности наиболее вероятно в первые 6 месяцев после реконструктивной операции. В последующем шансы значительно снижаются.

Операции при поликистозных яичниках. Оперативное пособие при поликистозных яичниках лапароскопическим доступом начиналось с электро- или термокоагуляции. Любым электродом наносились глубокие полосы или отверстия по всей поверхности яичника с проникновением в сторону на 1,5 см, однако, в последующем была обоснована более высокая эффективность клиновидной резекции яичников. В настоящее время техника операции хорошо отработана.

Операции при эндометриозе, не требующие вскрытия просвета соседних и органов. Операции по поводу наружного эндометриоза могут быть одними из самых сложных. Однако, если отсутствует поражение кишечника, мочевого пузыря, инфильтрация мочеточника, такие операции могут быть вполне доступными. Как правило, за исключением коагуляции очагов при малых формах эндометриоза, речь идет об эндометриоидных кистах яичников. Необходимо помнить о двух принципиальных положениях. С одной стороны, согласно современным представлениям, излечения можно добиться, лишь полностью иссекая все эндометриоидные очаги. С другой стороны, эндометриоз яичников – как правило, двусторонний процесс, и выбор объема операции возлагается на хирурга ответственность по сохранению детородной функции, т.к. очень часто эти пациентки обращаются за помощью по поводу бесплодия [19, с. 198].

Операции высокой степени сложности: гистерэктомия лапароскопическим доступом, операции по поводу пороков развития гениталий, операции по поводу несостоятельности мышц тазового дна.

Операции высочайшей степени сложности: операции по поводу опухолей яичников у пациенток, перенесших лапаротомные гистерэктомии. Наличие рубца после чревосечения уже не вызывает суеверный ужас перед выполнением лапароскопии. Все же необходимо крайне ответственно относиться к таким операциям, оценивая возможность тяжелых осложнений, как при наложении пневмоперитонеума, так и связанных с операцией *per se*. Особое значение при выполнении этих операций имеет первый этап – ревизия органов брюшной полости и малого таза. В связи с имеющимся спаечным процессом целью этого этапа у данной группы пациенток является в т.ч. идентификация анатомических образований и структур, подлежащих удалению.

Операции по поводу эндометриоза, требующие вскрытия просвета полых органов. Большинство авторов считает дооперационную гормональную терапию не показанной, а методом выбора лечения на первом этапе – хирургическое лечение. Вопрос о послеоперационной гормонотерапии дискутируется, хотя всё больше ученых расценивают наружный эндометриоз как доброкачественную опухоль, радикальное иссечение которой избавляет больную от рецидивов.

Операции по поводу злокачественных новообразований. С начала 90-х постепенно изменились взгляды на оперативную лапароскопию при раке со скептических до восторженных. Получены хорошие результаты при выполнении самых сложных операций в онкогинекологии [19, с. 227].

1.4. Осложнения эндоскопических операций в гинекологии и их профилактика

Во время диагностической и оперативной гистероскопии возможны осложнения. Описанные осложнения можно разделить на следующие группы: анестезиологические; осложнения, вызванные средой для расширения полости матки; хирургические.

Анестезиологические осложнения гистероскопии. Чаще всего возникают аллергические реакции на вводимые анестетики, вплоть до развития анафилактического шока. В связи с этим перед операцией необходимо полное обследование пациенток. Необходим тщательный сбор анамнеза, особенно в отношении непереносимости ЛС. Во время операции возможны и любые другие анестезиологические осложнения, поэтому операционная, где проводят гистероскопию, должна быть полностью оснащена для оказания необходимой помощи. Желательно проводить операцию при постоянном мониторинговании пульса и давления. Анестезиолог в ходе операции вправе решить вопрос о досрочном прекращении процедуры [1, с. 74].

Осложнения гистероскопии, вызванные средами для расширения полости матки. Для расширения полости матки используют углекислый газ и жидкости. При использовании углекислого газа возможны следующие осложнения: сердечные аритмии вследствие метаболического ацидоза; газовая эмболия, которая может привести к смертельному исходу.

Признаки газовой эмболии: резкое падение АД, цианоз, при аускультации выслушивают типичное «журчащее», дробное дыхание. Названные осложнения лечат анестезиологи. Успех лечения зависит от времени диагностирования осложнения и раннего начала коррекции. Профилактическими мерами для предотвращения этих грозных осложнений считают: соблюдение рекомендуемых параметров скорости подачи газа (50–60 мл/мин) и давления в полости матки (40– 50 мм рт.ст.); для подачи газа в полость матки допустимо

использовать только приборы, приспособленные для гистероскопии (гистерофлятор) [17, с. 63].

При использовании жидкостей наиболее грозным осложнением считают жидкостную перегрузку сосудистого русла, которая проявляется гиперволемией, гипонатриемией, отёком лёгких. Риск гипонатриемии связан с применением растворов диэлектриков, используемых для электрохирургических вмешательств. При жидкостной перегрузке сосудистого русла вводят диуретики, проводят ингаляции кислородом, вводят сердечные препараты. Гипонатриемию лечат внутривенным введением диуретиков и гипертонического раствора. При этом обязательно необходимо контролировать уровень электролитов в крови [19, с. 344].

Хирургические осложнения при гистероскопии возможны как во время операции, так и в послеоперационном периоде. К интраоперационным осложнениям относят: перфорацию матки; кровотечение.

Самое частое осложнение как при диагностической, так и при операционной гистероскопии — перфорация матки. Перфорация может произойти при расширении цервикального канала или при проведении каких-либо хирургических манипуляций в полости матки. Факторы, предрасполагающие к перфорации матки: резкая ретроверзия матки, введение гистероскопа при плохом обзоре, наличие распространённой карциномы эндометрия, пожилой возраст пациенток и связанные с этим возрастные изменения тканей (атрофия шейки матки, потеря эластичности тканей).

Эндоскопист должен сразу же выявить это осложнение. На перфорацию указывают следующие признаки: расширитель проходит глубже ожидаемой длины полости матки, нет оттока вводимой жидкости или не удаётся поддерживать давление в полости матки. Перфорация также может быть распознана при обнаружении в зоне видимости петель кишечника или брюшины малого таза. Перфорация матки. При подозрении на перфорацию матки операция должна быть остановлена.

Тактика ведения пациенток при перфорации матки зависит от величины перфорационного отверстия, а также от того, чем была произведена перфорация, локализации перфорационного отверстия, наличия повреждения органов брюшной полости. Консервативное лечение показано при небольших размерах перфорационного отверстия и при твёрдой уверенности, что отсутствуют повреждения органов брюшной полости и признаки внутрибрюшного кровотечения в параметрии. Назначают холод на низ живота, препараты, увеличивающие сократимость миометрия, антибиотики. Проводят динамическое наблюдение.

Перфорацию матки можно предотвратить, соблюдая следующие правила: расширять шейку матки следует бережно, можно использовать ламинарию; гистероскоп нужно вводить в полость матки под визуальным контролем; техническое исполнение операции должно быть правильным; необходимо помнить о возможной толщине стенки матки в разных её участках при проведении хирургических манипуляций; при операциях повышенной сложности с риском перфорации стенки матки необходим лапароскопический контроль [4, с. 130].

Кровотечения при диагностической и операционной гистероскопии могут быть вызваны травмой шейки матки пулевыми щипцами, расширителем, при перфорации матки и при проведении хирургической операции. Если кровотечение возникает сразу же после окончания операции, необходимо осмотреть шейку матки. Такое кровотечение обычно не бывает обильным, его можно остановить придавливанием места наложения пулевых щипцов или наложением шва на шейку матки.

Кровотечение, вызванное перфорацией матки, лечат в зависимости от характера кровотечения и характера перфорации. Возможно консервативное лечение, но иногда требуется выполнение лапаротомии. Кровотечения, не связанные с перфорацией матки, обычно бывают следствием глубокого повреждения миометрия и травмирования крупных сосудов. Сначала

необходимо попробовать скоагулировать кровоточащие сосуды шаровым электродом или провести лазерную коагуляцию. Если эти методы не помогают, можно ввести в полость матки катетер Фолея №8 с последующим его расширением до 30 мл. Допустимо оставить катетер в полости матки на срок до 12 ч.

В послеоперационном периоде наиболее часто наблюдают следующие осложнения: кровотечение послеоперационного периода; инфекционные осложнения; образование внутриматочных синехий; гематометра; ожоговые повреждения соседних органов [3, с. 82].

Лапароскопия, как и любой вид хирургического вмешательства, может сопровождаться непредвиденными осложнениями, представляющими угрозу не только здоровью, но и жизни пациентки. Специфическими осложнениями, характерными для лапароскопического доступа считают: экстраперитонеальную инсuffляцию газа; повреждения сосудов передней брюшной стенки; повреждения органов ЖКТ; газовую эмболию; повреждения магистральных забрюшинных сосудов.

Экстраперитонеальная инсuffляция связана с попаданием газа в различные ткани помимо брюшной полости. Это может быть подкожно жировой слой (подкожная эмфизема), предбрюшинное нагнетание воздуха, попадание воздуха в ткань большого сальника или брыжейки (пневмооментум), а также эмфизема средостения (пневмомедиастинум) и пневмоторакс. Подобные осложнения возможны при неправильном введении иглы Вереша, частом извлечении троакаров из брюшной полости, дефектах или повреждениях диафрагмы. Угрозу для жизни пациентки представляют пневмомедиастинум и пневмоторакс.

Клиническая картина ранения магистральных забрюшинных сосудов связана с возникновением массивного внутрибрюшного кровотечения и нарастанием гематомы корня брыжейки кишечника. В такой ситуации

необходима экстренная срединная лапаротомия и привлечение к операции сосудистых хирургов.

Повреждения сосудов передней брюшной стенки возникают чаще всего при введении дополнительных троакаров. Причиной возникновения таких повреждений считают неправильный выбор точки и направления введения троакара, аномалии расположения сосудов брюшной стенки и (или) их варикозное расширение. При возникновении подобных осложнений лечебные мероприятия включают прижатие сосуда или прошивание его различными способами [8, с. 243].

Повреждения органов ЖКТ возможны при введении иглы Вереща, троакаров, рассечении спаек или неосторожных манипуляциях инструментами в брюшной полости. Из органов брюшной полости чаще всего повреждают кишечник, повреждения желудка и печени наблюдают редко. При выявлении повреждения органов ЖКТ показано ушивание повреждённого участка лапаротомическим доступом, либо при лапароскопии квалифицированным хирургом-эндоскопистом.

Газовая эмболия — редкое, но крайне тяжёлое осложнение лапароскопии, которое наблюдают с частотой 1–2 случая на 10 000 операций. Возникает при прямой пункции иглой Вереща того или иного сосуда с последующим введением газа непосредственно в сосудистое русло или при ранении вены на фоне напряжённого пневмоперитонеума, когда газ попадает в сосудистое русло через зияющий дефект. В настоящее время случаи газовой эмболии чаще связаны с использованием лазера, наконечник которого охлаждают потоком газа, способного проникать в просвет пересекаемых сосудов. Возникновение газовой эмболии проявляется внезапной гипотензией, цианозом, сердечной аритмией, гипоксией, напоминает клиническую картину инфаркта миокарда и тромбоэмболии лёгочной артерии. Нередко такое состояние приводит к летальному исходу [4, с. 168].

Для профилактики осложнений необходим тщательный отбор больных для лапароскопической операции с учётом абсолютных и относительных противопоказаний; опыт хирурга-эндоскописта должен соответствовать сложности хирургического вмешательства; оперирующий гинеколог должен критически оценивать возможности лапароскопического доступа, понимая пределы разрешающей способности и ограничения метода; необходима полноценная визуализация оперируемых объектов и достаточное пространство в брюшной полости; следует использовать только исправные эндохирургические инструменты и оборудование; необходимо адекватное анестезиологическое пособие; нужен дифференцированный подход к методам гемостаза; скорость работы хирурга должна соответствовать характеру этапа операции: быстрое выполнение рутинных приёмов, но тщательное и медленное выполнение ответственных манипуляций; при технических сложностях, серьёзных интраоперационных осложнениях и неясной анатомии следует перейти к немедленной лапаротомии [17, с. 163].

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

2.1. Организационная характеристика гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа»

Гинекологическое отделение рассчитано на 60 коек. В штате отделения работают 7 врачей, которые владеют всем спектром оперативных вмешательств, проводимых в отделении. Четверо из них имеют высшую квалификационную категорию, трое являются кандидатами медицинских наук. Ежегодно специалисты проходят обучение на курсах повышения квалификации на центральных базах г. Москвы и г. Санкт-Петербурга. В штате отделения работают 25 квалифицированных медицинских сестер, 8 из которых аттестованы на высшую квалификационную категорию. Наличие в отделении современного оборудования, инструментария и медикаментов позволяет оказывать плановую и экстренную медицинскую помощи в полном объеме.

Приоритетным направлением в работе отделения является развитие эндоскопии, как диагностической, так и хирургической, совершенствование органосохраняющих операций при доброкачественных опухолях матки и придатков, влагалищные операции. При использовании в лечении хирургических методов предпочтение отдается высокотехнологичным, малотравматичным и органосохраняющим операциям.

В отделении оказываются все виды гинекологической помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями: все виды оперативного лечения лапаротомическим доступом; проведение лапароскопических операций на матке и придатках; лапароскопическое лечение бесплодия (сальпингоовариолизис, фимбриопластика, демодуляция яичников, хромогидроскопия, консервативная миомэктомия); диагностическая гистероскопия; лечебная гистероскопия (гистерорезектоскопия, абляция

эндометрия); выполнение операций влагалищным доступом — экстирпация матки с придатками и без, пластические операции при несостоятельности мышц тазового дна, при опущении стенок влагалища, матки, элонгации шейки матки, в том числе наиболее эффективные методики пластики с использованием синтетических материалов (проленовых сеток); современные методы лечения стрессового недержания мочи у женщин, уретропексия по методике TVT; комбинированные операции влагалищным доступом с лапароскопическим этапом; прерывание беременности по медицинским показаниям на разных сроках беременности;

2.2. Материалы исследования

Проведено ретроспективное изучение и статистический анализ 60 историй болезни женщин, подвергшихся эндохирургическому лечению в гинекологическом отделении ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» в 2018 году. Все пациентки, описанные в проведенном исследовании, были госпитализированы в стационар для проведения хирургического лечения в экстренном и плановом порядке. В предоперационном периоде всем пациенткам проводилось общеклиническое и гинекологическое обследование с тщательным изучением жалоб и анамнеза. Изучалась: менструальная, половая, детородная и сексуальная функция, а также перенесенные гинекологические заболевания и операции; наличие сопутствующей патологии и перенесенные хирургические вмешательства.

Предоперационное обследование и подготовка проводились по стандартной методике. По показаниям проводилась гастроскопия и колоноскопия.

При наличии сопутствующей соматической патологии проводилась консультация соответствующих специалистов.

Гинекологический статус пациенток был определен на основании общего гинекологического осмотра. У всех пациенток исследовалось состояние шейки матки.

Материал исследования по изучению малоинвазивных хирургических методов лечения гинекологических больных был распределен для последующей статистической обработки по следующим признакам: социально-биологические факторы пациенток (возраст, семейное положение, место жительства, социальный статус); анамнестические данные (количество беременностей и родов, гинекологические заболевания, соматическая патология); течение гинекологической патологии, явившейся показанием для оперативного лечения (особенности клиники в зависимости от типа и локализации патологического процесса); данные о проведенном оперативном лечении (выбор операционного доступа и объёма операции); течение послеоперационного периода (осложнения, проведение антибиотикопрофилактики, сроки выписки из стационара).

2.3. Статистический анализ малоинвазивных технологий в хирургическом лечении гинекологических больных

По статистике гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» за 2015-2018 гг. было проведено 2067 эндоскопических операций, в том числе гистерорезектоскопий – 91, «малых» гинекологических операций, в т.ч. гистероскопий – 6291, диагностических лапароскопий – 104 (Таблица 1).

Таблица 1

Оперативная деятельность гинекологического отделения ОГБУЗ «БОКБ Святителя Иоасафа» за 2015-2018гг.

Наименование операции	2018 год	2017 год	2016 год	2015 год

Эндоскопические операции	482	557	466	562
в т.ч. гистерорезектоскопии	30	-	-	61
«Малые» гинекологические операции			2064	1993
в т.ч. гистероскопии	1500	1601	1601	1589
Диагностическая лапароскопия	20	33	22	29
Всего	2002	2191	2089	2180

СОЦИАЛЬНО – БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

Возраст женщин, которым было проведено оперативное лечение с помощью малоинвазивных методов, варьировал от 20 до 69 лет, а именно: от 20 до 30 лет количество больных составило 22%, от 31 до 40 лет – 26%, от 41 до 50 – 32%, от 51 до 60 – 15%, от 61 до 70 – 5%. Средний возраст в группе - 45 лет (Рис. 1).

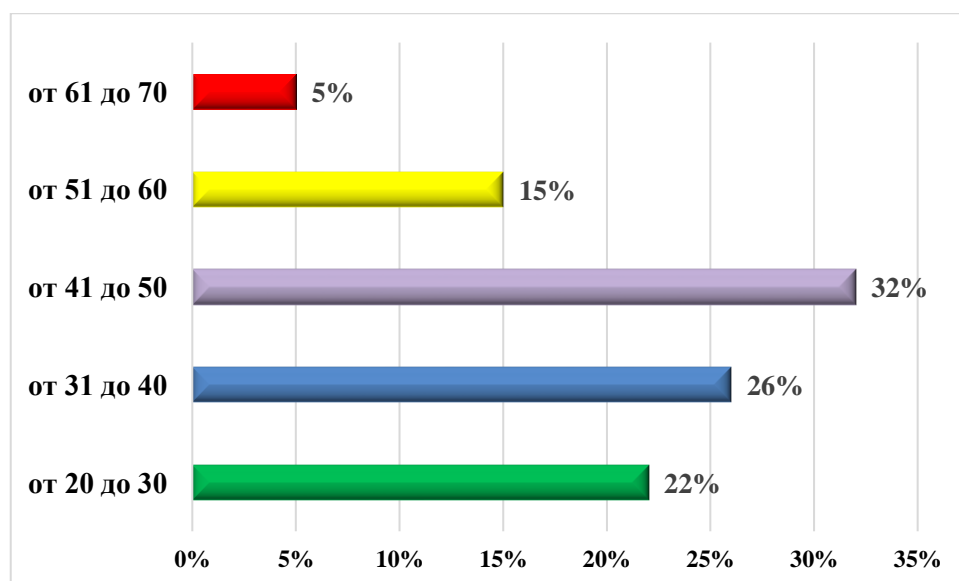


Рис. 1. Распределение женщин по возрасту

В сельской местности зарегистрированы 40%, а в городе - 60% респонденток (Рис. 2).

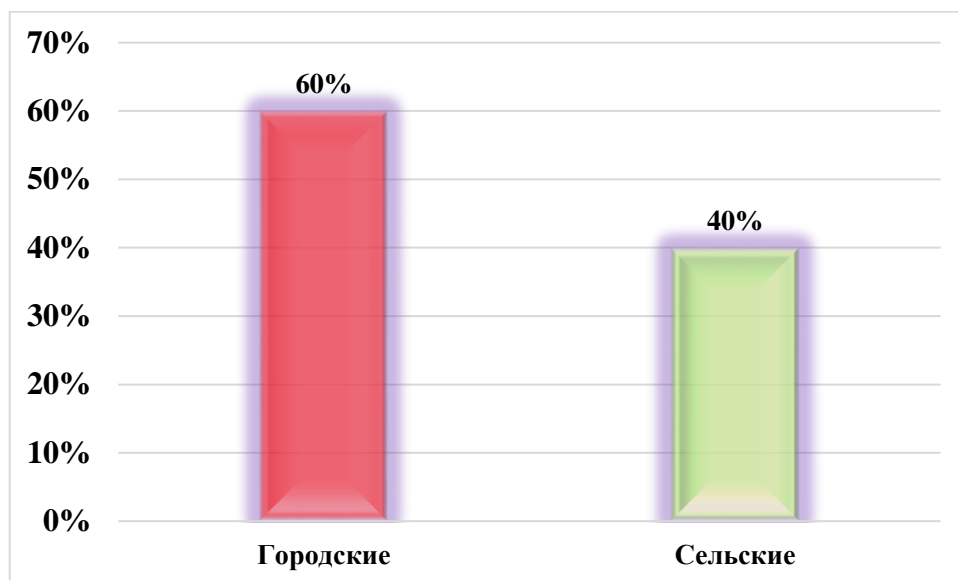


Рис. 2. Распределение респонденток по месту жительства

В официально зарегистрированном браке состояли 65% женщин, одиночками являлись 35% (Рис. 3).

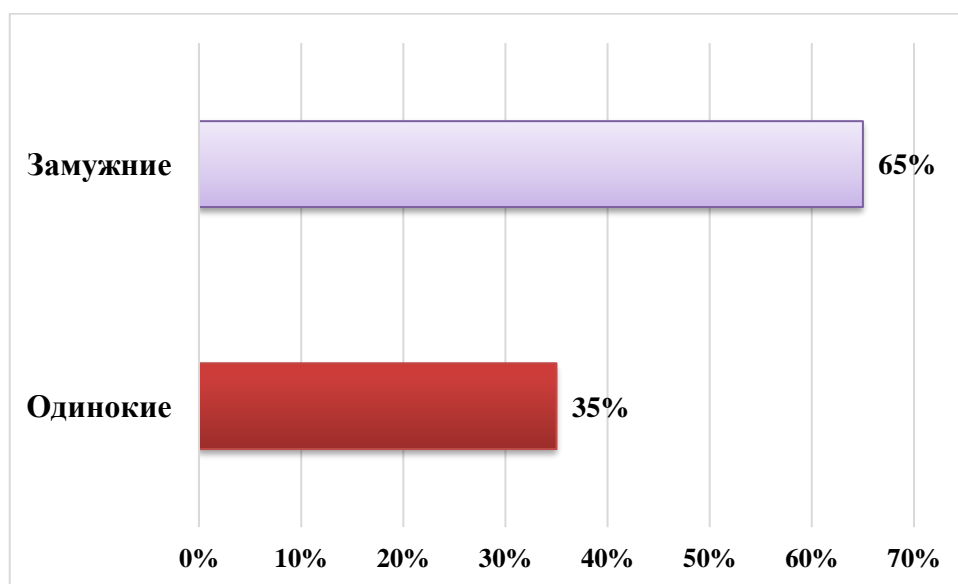


Рис. 3. Семейное положение в группе исследования

Летом родились 28% респонденток, зимой – 27%, весной – 23% и осенью – 22% (Рис. 4).

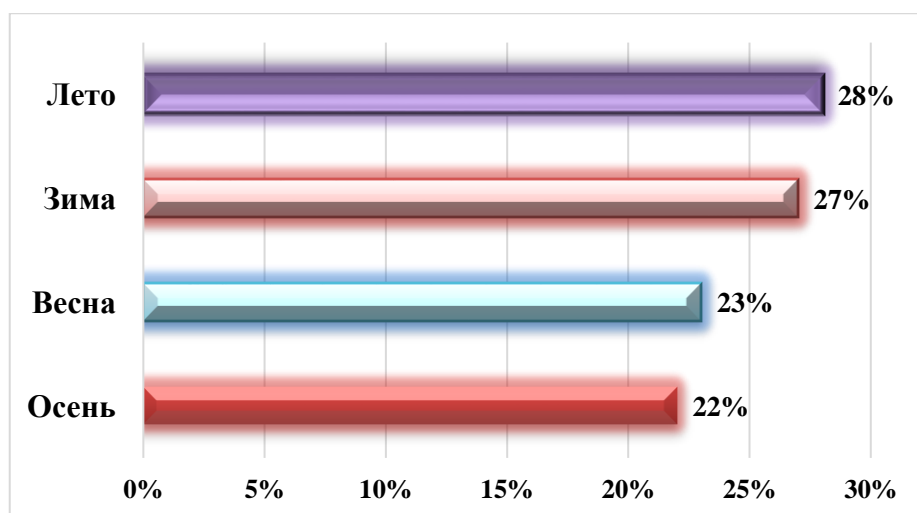


Рис. 4. Распределение пациенток по дате рождения

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

Среди экстрагенитальной патологии у исследуемых больных преобладали: острые респираторные заболевания и острые респираторные вирусные инфекции (ОРЗ, ОРВИ, грипп) 62% случаев, нейроциркуляторная дистония (НЦД) – 14%, хронический гастрит (ХГ) и гипертоническая болезнь (ГБ) – по 13%, варикозная болезнь – 12%, эутиреоидный зоб – 8% и железодефицитная анемия (ЖДА) – 5% (Рис. 5).

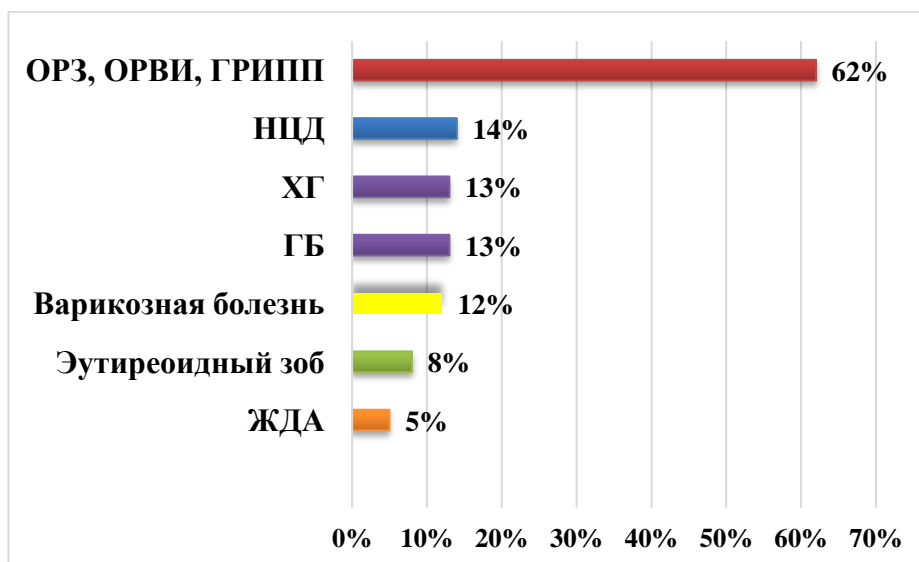


Рис. 5. Структура соматической патологии у исследуемых женщин

Гинекологические заболевания в анамнезе респонденток: миома матки – 33% случаев, хронический сальпингоофорит (аднексит) - 30%, эктопия шейки

матки, эндометриоз – по 20%, первичное бесплодие (бесплодие I) – 12%, гиперплазия эндометрия (ГПЭ) – 8%, синдром поликистозных яичников (СПКЯ) и ретенционные кисты яичника (ООЯ) – по 7% (Рис. 6).

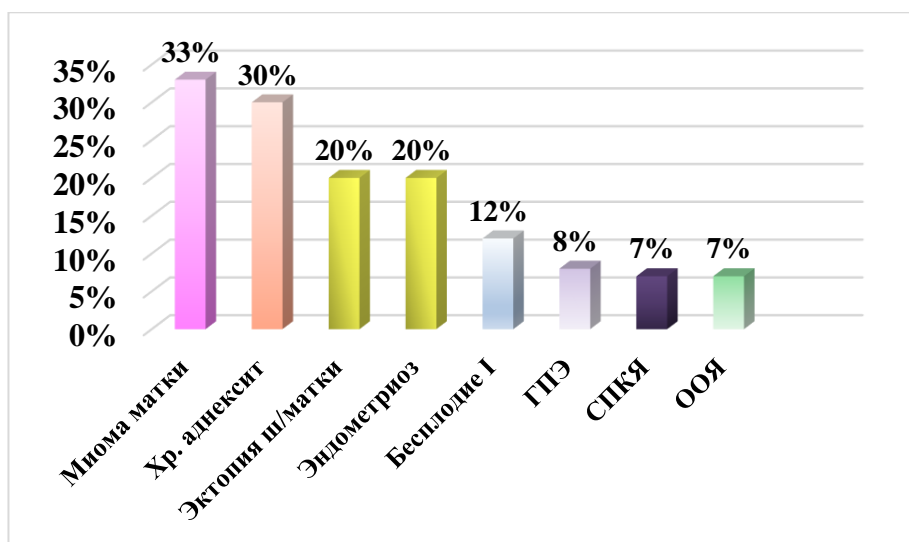


Рис. 6. Структура гинекологической патологии в группе

В репродуктивном анамнезе: роды – у 70% женщин (паритет от 1 до 3), искусственные аборты – у 40%, самопроизвольные выкидыши – у 20 (Рис. 7).

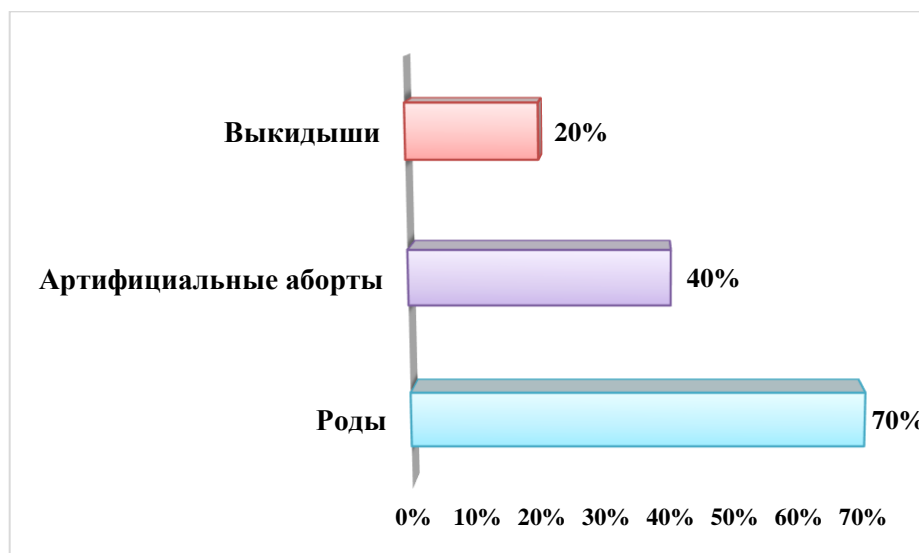


Рис. 7. Репродуктивный анамнез респондентов

Нормальным менструальный цикл (МЦ) был в 48% случаев, нарушения МЦ (менометроррагия, дисменорея) имели место в 43%, 9% исследуемых женщин находились в постменопаузальном периоде (Рис. 8).

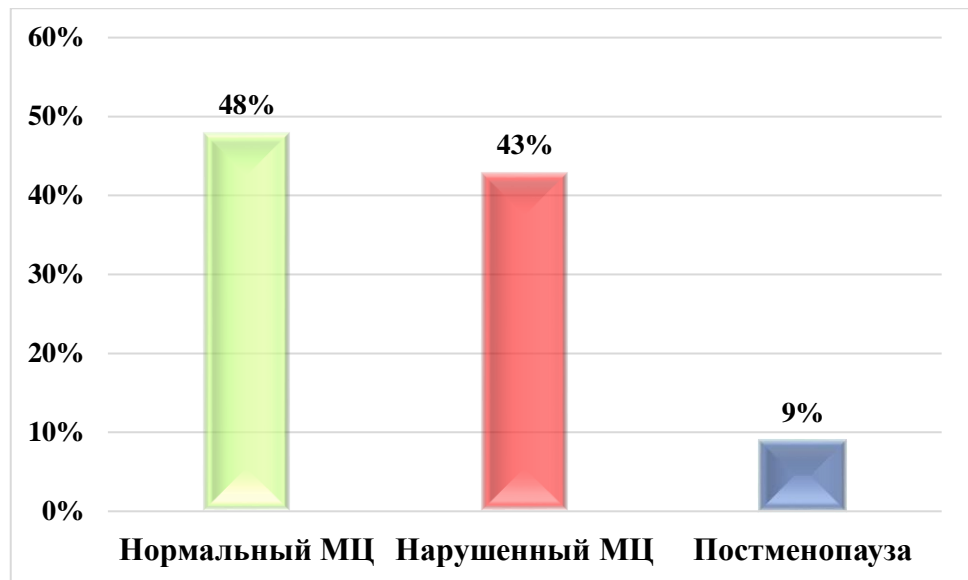


Рис. 8. Характеристика МЦ в исследуемой группе

Инфекции, передающиеся половым путем (хламидиоз), были диагностированы у 7% респонденток, у 93% отсутствовали (Рис. 9).

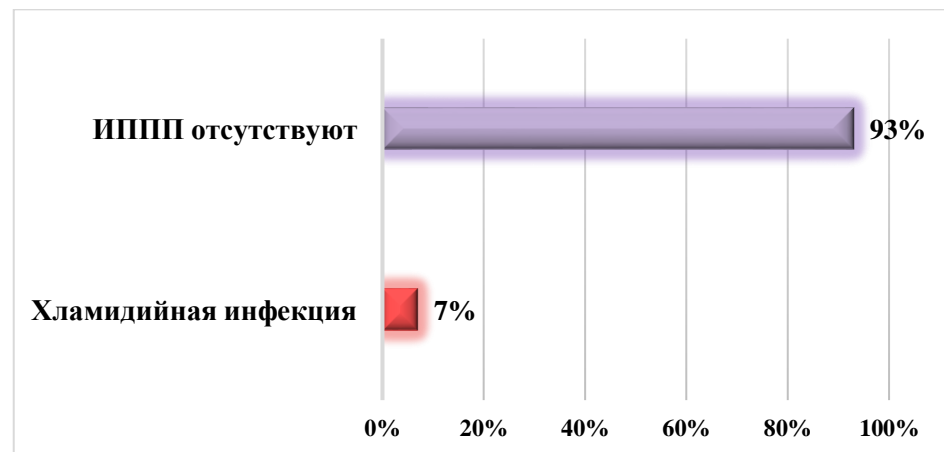


Рис. 9. Распределение ИППП у больных в группе

При поступлении в стационар 63% пациенток жаловались на боли внизу живота различной интенсивности, на кровяные выделения из половых путей – 17%, на обильные и болезненные менструации (гиперменорея, дисменорея), а также на ациклические кровотечения (метроррагия) – по 8%, 20% женщин обратились по поводу бесплодия (Рис. 10).

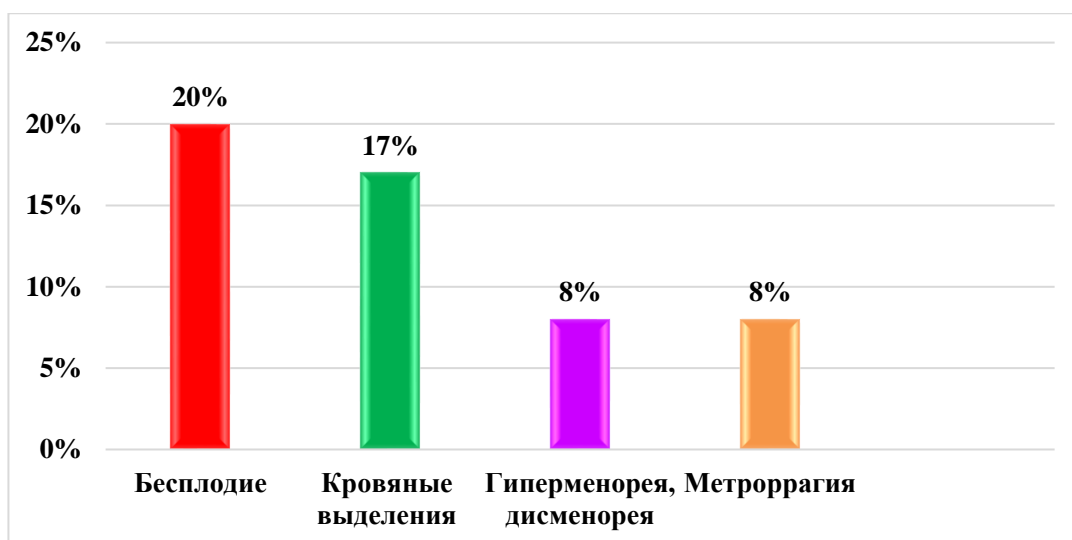


Рис. 10. Распределение жалоб у пациенток при поступлении в стационар

В анамнезе респонденток были указания на различные оперативные вмешательства, в том числе и на органах малого таза: гистероскопия выполнялась у 16% больных, диагностическая лапароскопия – у 14%, адгезиолизис – у 8%, тубэктомия – у 7%, консервативная миомэктомия – у 5%, цистэктомия – у 4%, кесарево сечение – у 7%, тонзиллэктомия и мастэктомия составили по 4% случаев, аппендэктомия была у 14%. У 17% респонденток операций в анамнезе не было (Рис. 11).

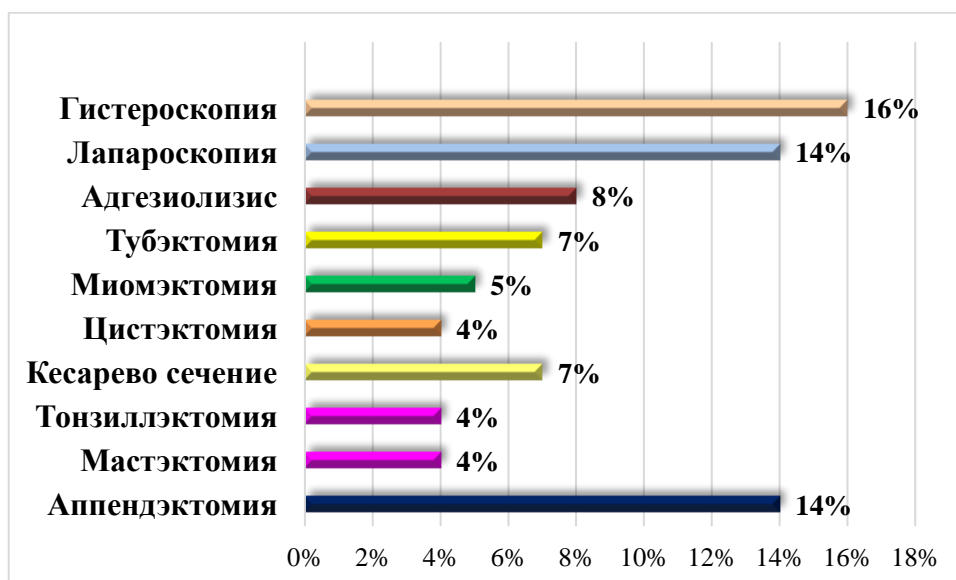


Рис. 11. Структура оперативных вмешательств в анамнезе респонденток

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Гистероскопия была проведена в 72% (43 пациентки) случаев, а лапароскопия – в 28% (17 пациенток) (Рис. 12).



Рис. 12. Распределение видов эндоскопических операций в группе

Показаниями для гистероскопических операций у пациенток были нарушения менструального цикла (МЦ) в репродуктивном и перименопаузальном периодах (51%), кровяные выделения в постменопаузе (9%), внутриматочные синехии (синдром Ашермана - 23%), полипы эндометрия (40%) (Рис. 13).

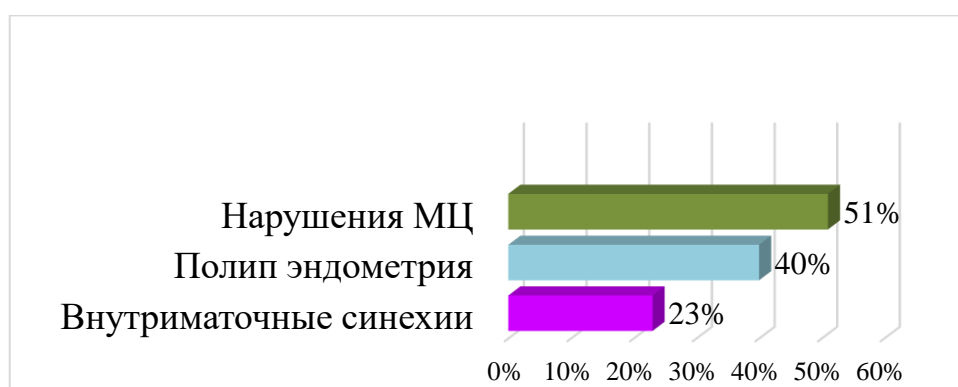


Рис. 13. Показания для гистероскопических операций у респонденток

Гистероскопические операции, выполненные больным: раздельное диагностическое выскабливание полости матки (РДВ) – в 100% случаев, разделение внутриматочных синехий (ВМС) с одновременной полипэктомией –

в 23% случаев, полипэктомия - 17%. Все гистероскопические операции были проведены в плановом порядке (Рис. 14).

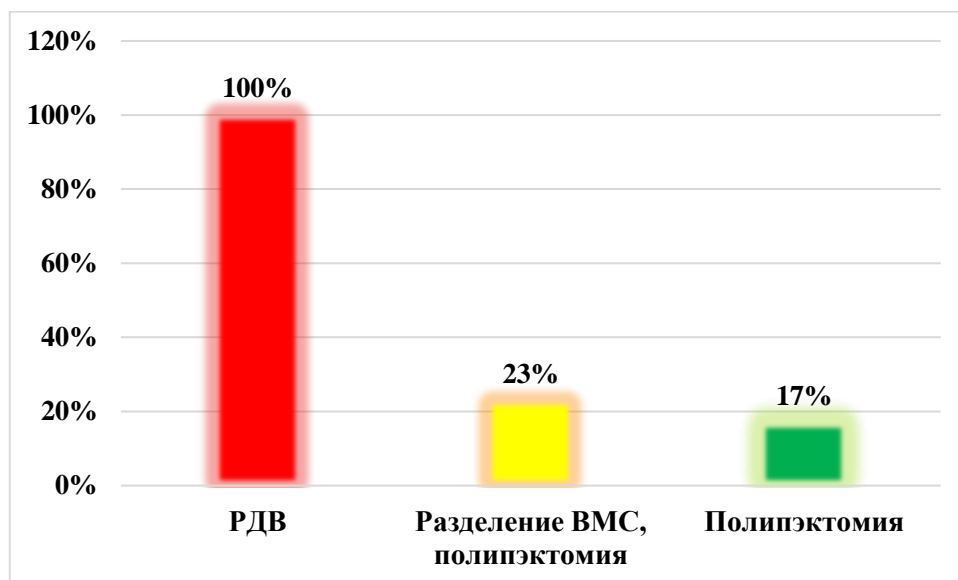


Рис. 14. Объем выполненных гистероскопических операций

Лапароскопические операции были плановыми (82% случаев) и экстренными (18%) (Рис. 15).

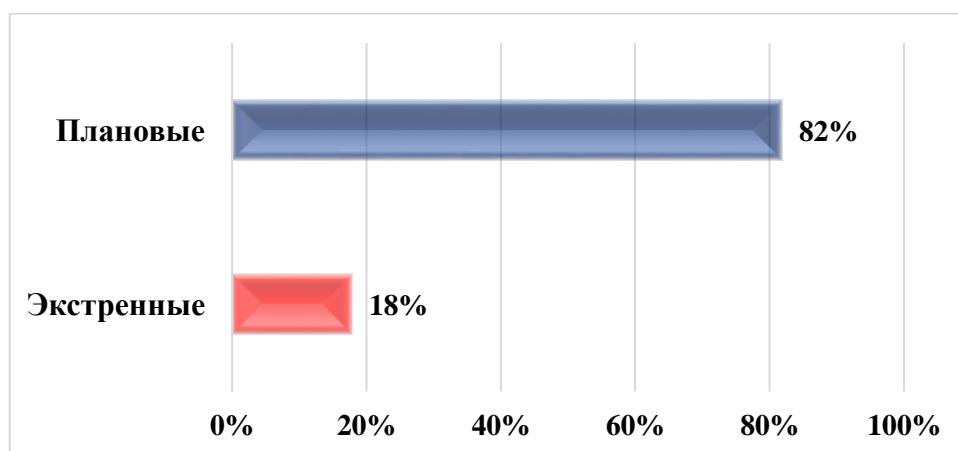


Рис. 15. Распределение лапароскопических операций по срочности

Показаниями для плановых лапароскопических операций послужили: бесплодие (трубно-перитонеальное) - 4% случаев, синдром поликистозных яичников и миома матки – по 2%, генитальный эндометриоз - 4%. В экстренном порядке операции лапароскопическим доступом были сделаны по поводу эктопической беременности - 7% случаев, апоплексии яичника - 3%, подозрения на перекрут ножки опухолевидного образования - 6% (Таблица 2).

Распределение показаний для лапароскопических операций

Показания	Количество, %
Перекрыт ножки опухолевидного образования	6%
Эктопическая беременность	7%
Бесплодие	4%
Генитальный эндометриоз	4%
Апоплексия яичника	3%
Синдром поликистозных яичников	2%
Миома матки	2%

Объем лапароскопических операций у пациенток в группе исследования: адгезиолизис, тубэктомия – в 8% случаев, сальпингоовариолизис, аднесэктомия – в 5%, сальпингоовариолизис, тубэктомия – в 5%, гистерэктомия – в 2%, цистэктомия – в 8%. По объему превалировали органосохраняющие операции (Рис. 16).



Рис. 16. Объем лапароскопических операций у респонденток

Метод обезболивания при гистероскопических операциях – тотальная внутривенная анестезия (ТВА) – использовался в 100% случаев (Рис. 17).

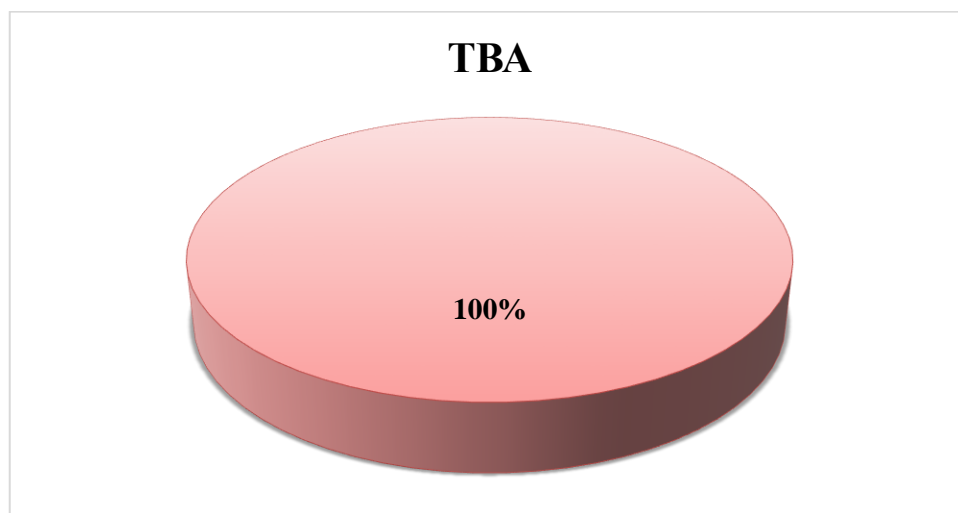


Рис. 17. Анестезия при гистероскопических операциях

Обезболивание лапароскопических вмешательств – тотальная внутривенная анестезия на фоне искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с миоплегией – использовался в 100% случаев (Рис.18).



Рис. 18. Обезболивание лапароскопических операций

В качестве расширяющей среды при проведении гистероскопии и лапароскопии был использован углекислый газ в 100% случаев (Рис.19).



Рис. 19. Используемая расширяющая среда при проведении малоинвазивных эндоскопических операций

В послеоперационном периоде пациенткам проводилась антибактериальная (цефалоспорины III поколения), инфузионная, симптоматическая терапия с целью профилактики послеоперационных осложнений. Течение послеоперационного периода было удовлетворительным в 100% случаев (Рис. 20).

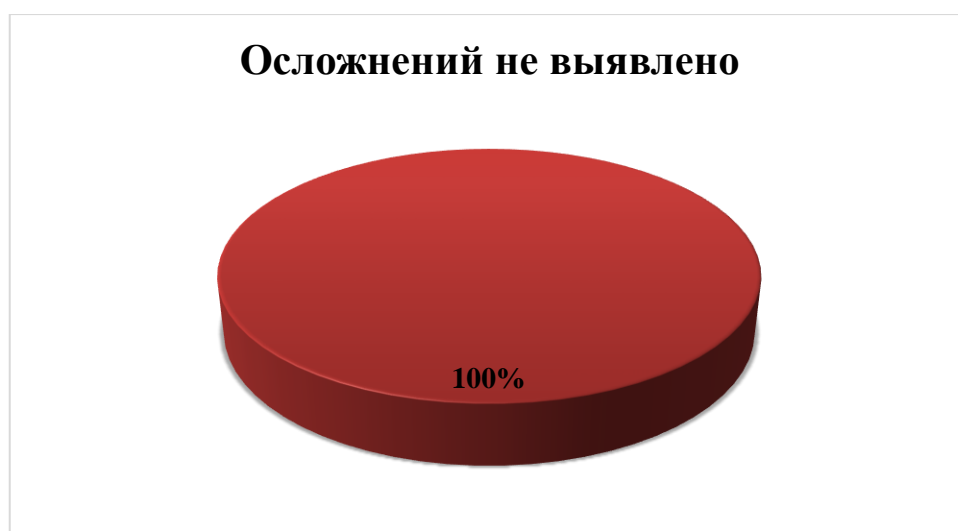


Рис. 20. Течение послеоперационного периода в группе исследования

На 2-е сутки после эндоскопических операций были выписаны 23% респонденток, на 5 сутки – 38%, с 6 по 8 день – 30%, на 9 день – 9% (Рис. 21).

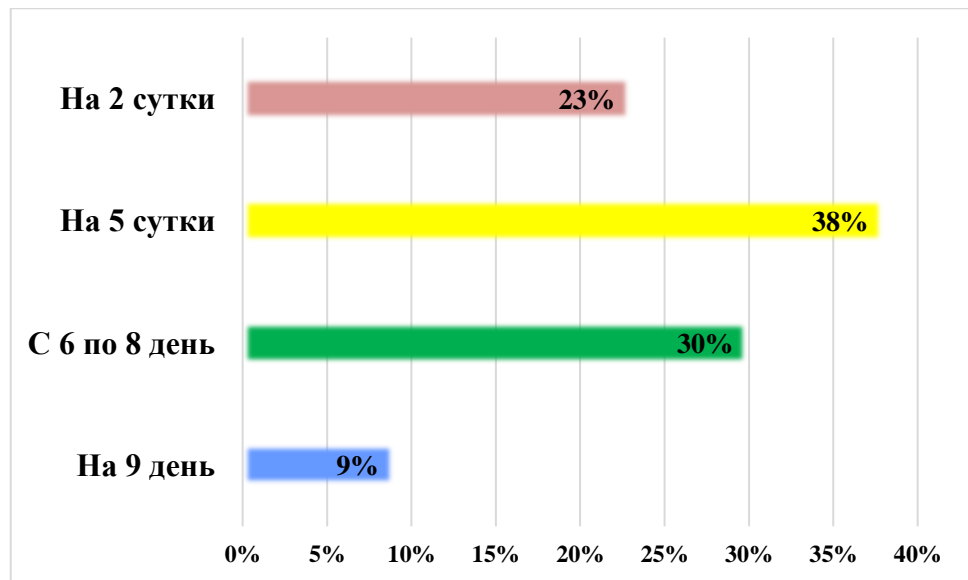


Рис. 21. Распределение пациенток по дате выписки

Выводы:

1. Количество эндоскопических операций на базе нашего исследования остается стабильно высоким в течение последних четырех лет (2015-2018гг.), при проведении операций на трубах (100%) и яичниках (94%) эндоскопические операции почти полностью вытеснили полостные, которые выполняются в единичных случаях. Гистероскопические операции являются «золотым» стандартом в диагностике и лечении внутриматочной патологии, поэтому занимают лидирующие позиции в хирургическом лечении гинекологических больных.
2. Изучив 60 пациенток, получивших высокотехнологичное оперативное лечение, мы составили медико–социальную характеристику респондентки: это замужняя женщина 45-ти лет, родившаяся летом, работающая и проживающая в городе. Помимо имеющейся гинекологической патологии (нарушения МЦ, ГПЭ, ВЗОМТ и т.п.), ее беспокоят и соматические заболевания (ОРЗ и ОРВИ, заболевания ССС и ЖКТ). Репродуктивный анамнез респондентки, оставляет желать лучшего: большинство родили по одному ребенку, но в группе выявлен высокий процент искусственных абортов и выкидышей,

бесплодия, которое, очевидно, связано с имеющейся гинекологической патологией (ВЗОМТ, миома матки, эндометриоз). В итоге, проведенное оперативное лечение у большинства пациенток не первое, а повторное хирургическое вмешательство на женских половых органах.

3. Эндоскопические операции проводились по стандартным методикам с тщательным отбором больных, с учетом абсолютных и относительных противопоказаний, опытными хирургами-эндоскопистами отделения.
4. Учитывая вышесказанное, послеоперационный период протекал без осложнений, пребывание в стационаре было недолгим, реабилитация быстрой.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение проделанной работы можно подвести итог. Как выяснилось, малоинвазивные эндоскопические операции являются достаточно распространенным методом хирургического вмешательства среди женщин, средний возраст которых составляет 40 – 45 лет.

Гистероскопия является безопасным, малоинвазивным и эффективным вмешательством для диагностики и лечения внутриматочной патологии, а также позволяет проводить контроль эффективности проводимого лечения. Существенным достоинством гистероскопии является визуальный контроль качества удаления патологического образования из полости матки в отличие от традиционно выполняемого без гистероскопии отдельного диагностического выскабливания. Для успешного выполнения электрохирургических гистероскопических операций необходимо использовать видеомонитор с высокими разрешающими способностями и высокоинтенсивный источник света, поскольку точность и правильность проведения операции связаны с чёткостью и чистотой обзора. Совершенствование гистероскопической техники способствует расширению показаний для выбора именно этого хирургического доступа. Гистероскопические операции должен выполнять опытный эндоскопист. Владение трансцервикальным доступом позволяет хирургу в ряде случаев избежать более инвазивных хирургических вмешательств (лапароскопия, лапаротомия). Тщательный отбор пациенток на догоспитальном этапе, достаточное оснащение гистероскопической операционной, адекватная подготовка и обучение врача-эндоскописта и точное соблюдение правил выполнения гистероскопии способствует повышению качества диагностических и лечебных вмешательств, а также снижению количества осложнений.

Выполнение гистероскопии в амбулаторных условиях абсолютно оправданно. В пользу данного утверждения свидетельствуют следующие

факты: исследование обладает высокой информативностью, процедура технически легко выполнима в амбулаторных условиях, практически безболезненна для пациентки, малотравматична, позволяет провести достоверную дифференциальную диагностику среди заболеваний со схожей клиникой, позволяет оценить эффективность консервативного /гормонального/ и хирургического лечения, позволяет поставить окончательный диагноз в амбулаторных условиях, а расширение лечебных манипуляций дает возможность провести лечение уже на догоспитальном этапе и тем самым снизить количество направленных больных в стационар, следовательно, процедура экономически выгодна, позволяет существенно экономить бюджетные средства.

Оперативная лапароскопия в гинекологии – одно из наиболее прогрессивных методов лечения. Этот метод позволяет уточнить причину заболевания и выполнить необходимый объём оперативных вмешательств. Сегодня около 95% всех гинекологических операций можно выполнять лапароскопическим способом.

В ходе исследования нами был проведен анализ данных пациенток, которым было проведено эндоскопическое вмешательство, из которого было выявлено, что поступали на лечение женщины, находящиеся в возрасте от 20 до 69 лет.

Характеристика по месту жительства распределилась так, что женщины, проживающие в городе, были чаще подвержены хирургическому лечению, нежели пациентки, проживающие в сельской местности. Так же, большинство респонденток имели в анамнезе одну или даже несколько беременностей, которые не всегда заканчивались родами, то есть у многих женщин в анамнезе имеются искусственные аборты и выкидыши.

Среди соматических заболеваний в исследуемой группе большую часть занимали острые респираторные заболевания и острые респираторные вирусные инфекции, а среди гинекологических – миома матки.

Преобладающее большинство пациенток при поступлении в стационар предъявляли жалобы на тянущие боли внизу живота различной интенсивности. Изучив анамнестические данные наших респонденток было выявлено, что проведенное хирургическое вмешательство было не первым, а повторным случаем оперативного лечения, причем у 30% женщин лапароскопия и гистероскопия уже встречались в анамнезе.

При распределении видов эндоскопических операций было выявлено, что гистероскопии проводились чаще, чем лапароскопии. Наиболее частая патология, которая явилась показанием для проведения гистероскопической операции, было нарушение менструальной функции в репродуктивном и перименопаузальном периоде. Все гистероскопические операции являлись плановыми, в отличие от лапароскопических, проведение которых в 18% случаев осуществлялось в экстренном порядке. Наиболее частым показанием для проведения данных операций было подозрение на перекрут ножки опухолевидного образования яичников. При выполнении эндоскопических операций в качестве расширяющей среды использовали углекислый газ. По окончании всех операций материал отправляли на гистологическое исследование (в 100% случаев), кровопотеря во всех случаях была незначительной.

Послеоперационный период протекал без осложнений у всех женщин. Сроки выписки из стационара были различны: от 2 суток до 9 суток в зависимости от объема выполненной операции.

Таким образом, эндоскопическая хирургия является одним из наиболее перспективных направлений хирургии, ориентированным на минимизацию операционной травмы, сокращение длительности и повышение качества лечения больных. Не случайно некоторые авторы ставят ее в один ряд с открытием анестезии, антисептики, антибиотиков, искусственного кровообращения. При этом важно помнить, что лапароскопическая хирургия является естественным продолжением традиционной абдоминальной хирургии,

отличаясь от нее лишь величиной доступа, прецизионностью манипуляций, инструментарием и высокотехнологичным оборудованием.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации / под ред.: Г. М. Савельевой, В. Н. Серова, Г. Т. Сухих. – Изд. 3-е, испр. И доп. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2009. – 880 с.
2. Атлас видеозендоскопических внутрипросветных операций / В.В. Соколов / Под редакцией: А.Х. Трахтенберга, А.Д. Каприна, В.И. Чиссова – М.: Практическая медицина – 2015г. – 152с.
3. Гинекология: национальное руководство / под ред.: В. И. Кулакова, И. Б. Манухина, Г. М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1088с. – (Серия «Национальные руководства»).
4. Гинекология [Электронный ресурс]: Учебник / Под ред. Г.М.Савельевой, В.Г. Бреусенко. – 4-е изд., перераб. И доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429945.html>
5. Гистероскопия / Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Каппушева Л.М. / ГЭОТАРМедиа 1999. – 248с.
6. Гистероскопия в диагностике и лечении патологии матки / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М., 2010. – С. 63-70.
7. Диагностическая значимость гистероскопии // Акушерство и гинекология / Водяник Н.Д., Жилкин Г.В., Ельцова-Стрелкова В.М., Корнилов Ю.М. – М., 2006. - № 6. – С. 23-26.
8. Избранные лекции по акушерству и гинекологии. / Под ред. А.Н. Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. — Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 2011. — 512 с.
9. Иллюстрированное руководство по эндоскопической хирургии / Емельянов С.И. [и др.]; под общ. ред. Емельянова С.И. - М.: Медицина, 2015. – 389 с.: ил

10. Лапароскопическая гинекология: / Под ред. Савельевой- М.: Издво РУДН, 2006. – 467 с.
11. Методы исследования в акушерстве и гинекологии / Под редакцией: Рыбалка А.Н., А.Н. Сулима, В.В. Литвинов, С.С. Аникин, С.А. Симачева/ Ответственный за выпуск–И.Л. Кляритская / 2016г, 649с.
12. Методы исследования, пособия и типичные операции в акушерстве и гинекологии / Т.Н. Колгушкина [и др.]; под общ. ред. Колгушкиной Т.Н. – М.: Медицинское информационное агентство, 2015. – 272с.
13. Оперативная лапароскопия / Зыятдинов К.Ш., Сигал Е.И., Федоров И.В. – М.: Триада-Х, 2014г, 464с.
14. Осложнения эндоскопической хирургии, гинекологии и урологии / Федоров И. В., Сигал Е. И., Бурмистров М. В. – Триада-Х, 2012. – 286с.
15. Руководство к практическим занятиям по гинекологии / Радзинский В.Е. [и др.]; под общ. ред. Радзинского В.Е. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009. – 520с.
16. Руководство по гинекологии / Э.К. Айламазян, В.Ю. Кульбакин – МЕДпресс – информ, 2012. – 512с.
17. Руководство по оперативной гинекологии / В. И. Кулаков, Н. Д. Селезнева, С. Е. Белоглазова. – М. : Мед. информ. Агентство, 2006. – 640 с. : ил.
18. Современные технологии в эндоскопии / Чернеховская Н.Е. – М.: РосМАПО, 2017г. – 136с.
19. Эндоскопия в гинекологии / В. И. Кулаков, Л. В. Адамян. – М.: Медицина, 2012. – 384 с.: ил
20. Эндоскопия – взгляд изнутри / Анищук А.А. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008. – 240с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

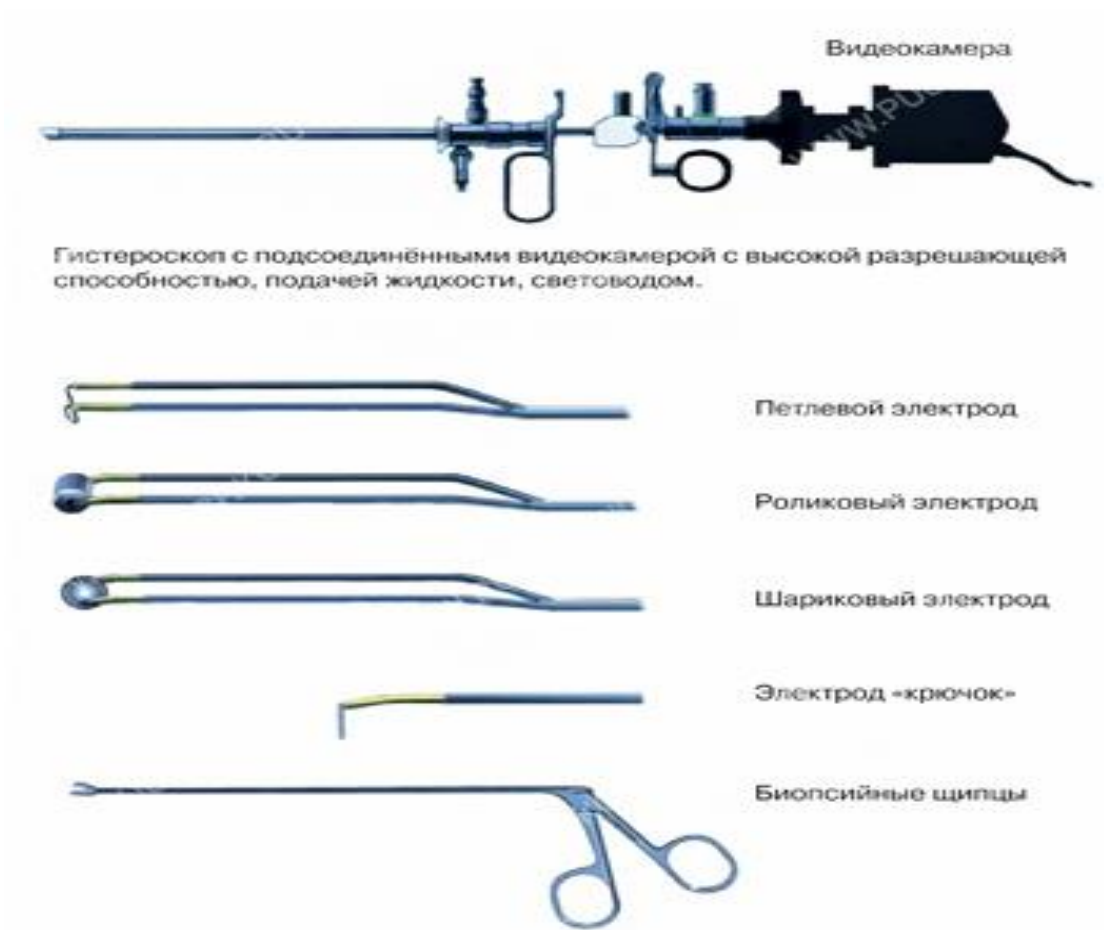


Рис. 1. Инструменты для гистероскопии

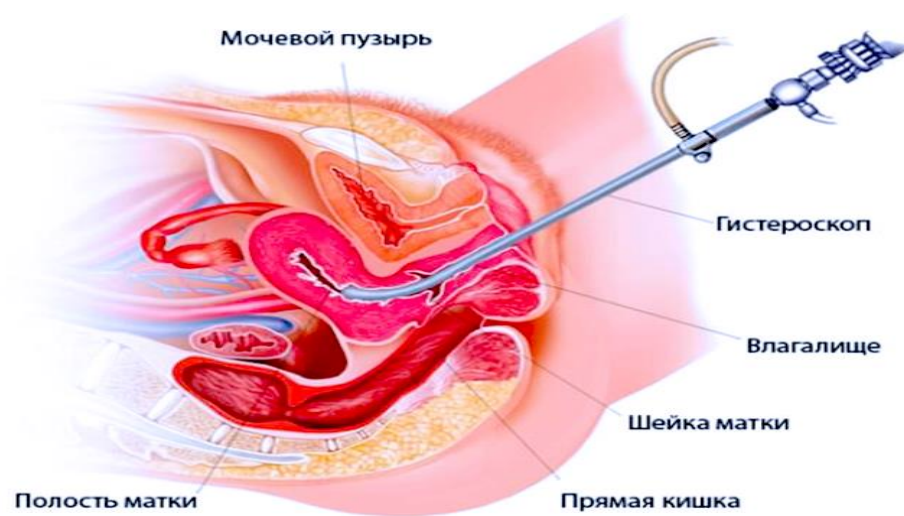


Рис. 2. Расположение гистероскопа

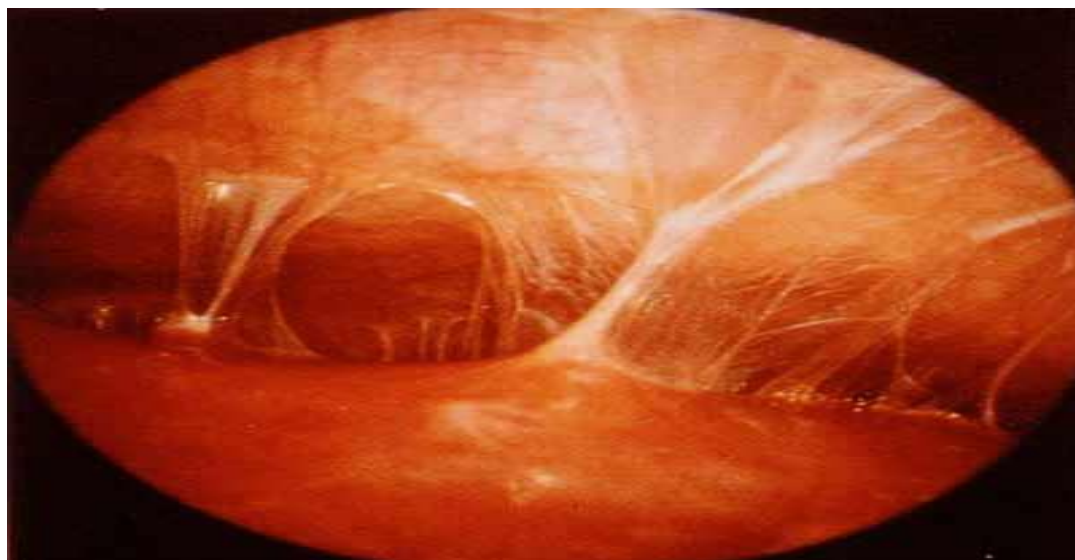


Рис. 3. Синехии в полости матки при гистероскопии

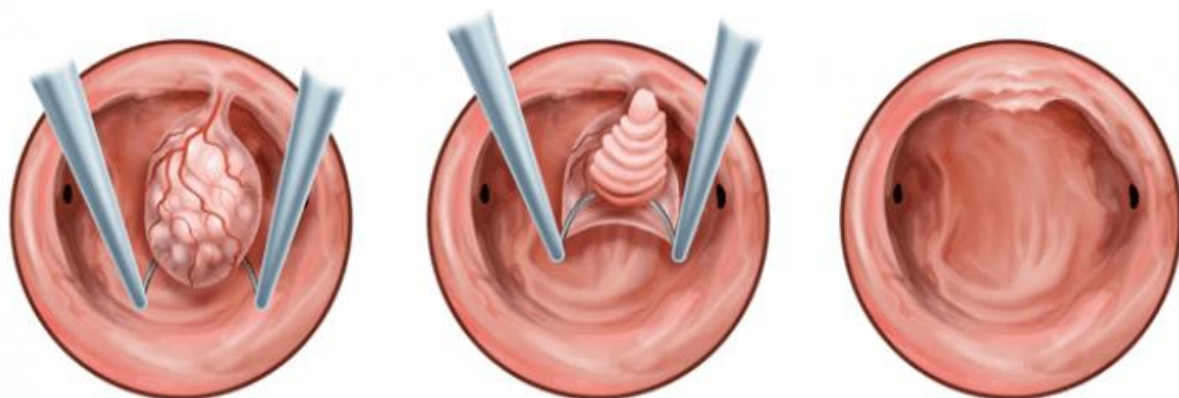


Рис. 4. Гистероскопическая миомэктомия



Рис. 5. Положение пациентки на операционном столе во время лапароскопии



Рис. 6. Игла Вереша



Рис. 7. Операционное поле при лапароскопической операции

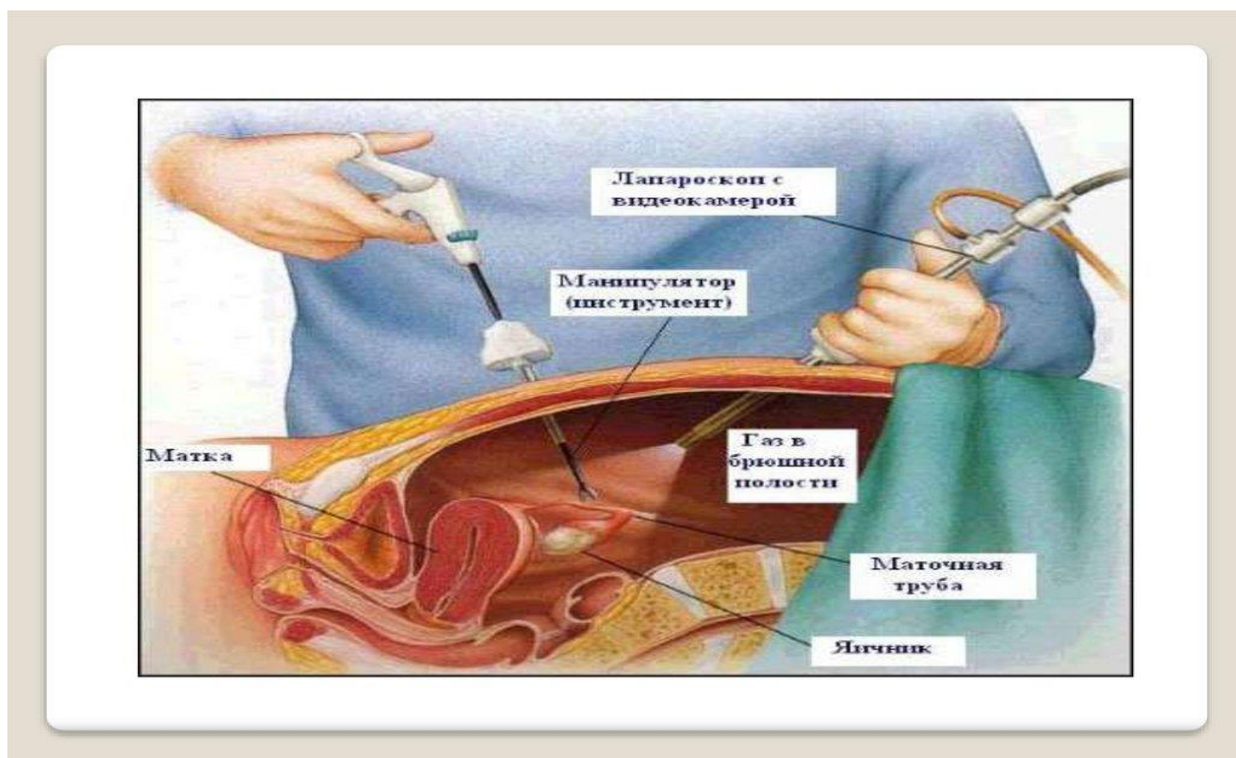


Рис. 8. Расположение лапароскопа

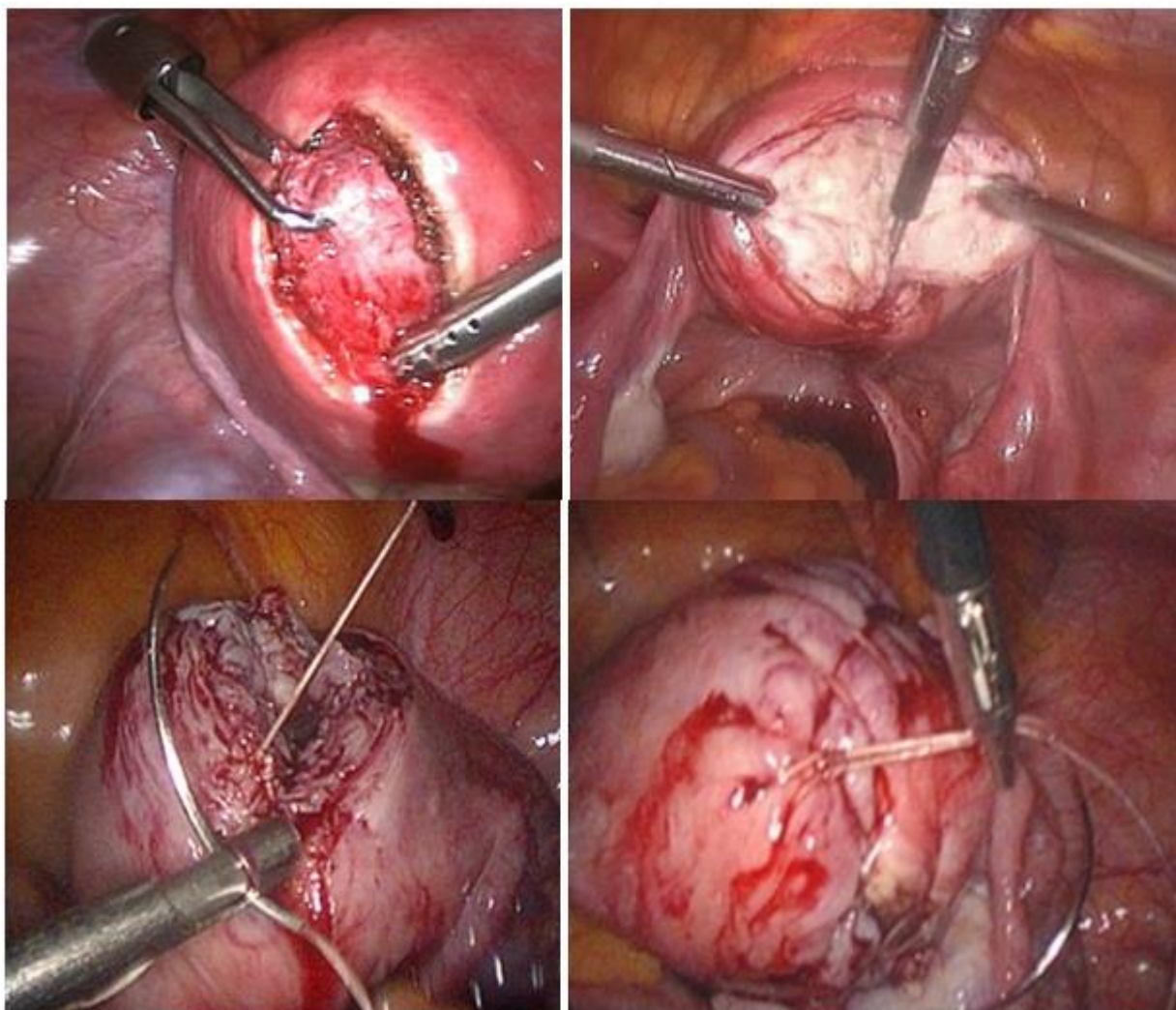


Рис. 9. Основные этапы лапароскопической миомэктомии

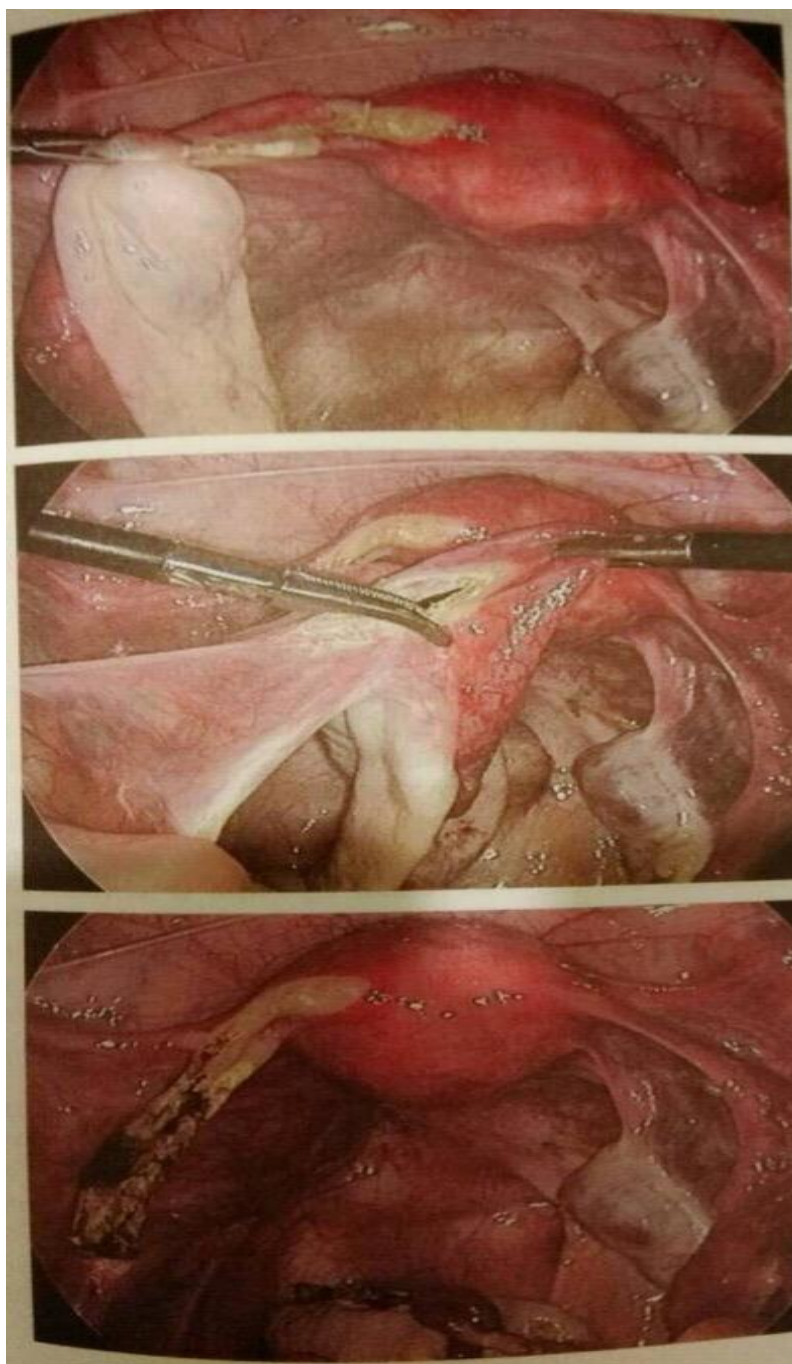


Рис. 10. Основные этапы лапароскопической аднексэктомии

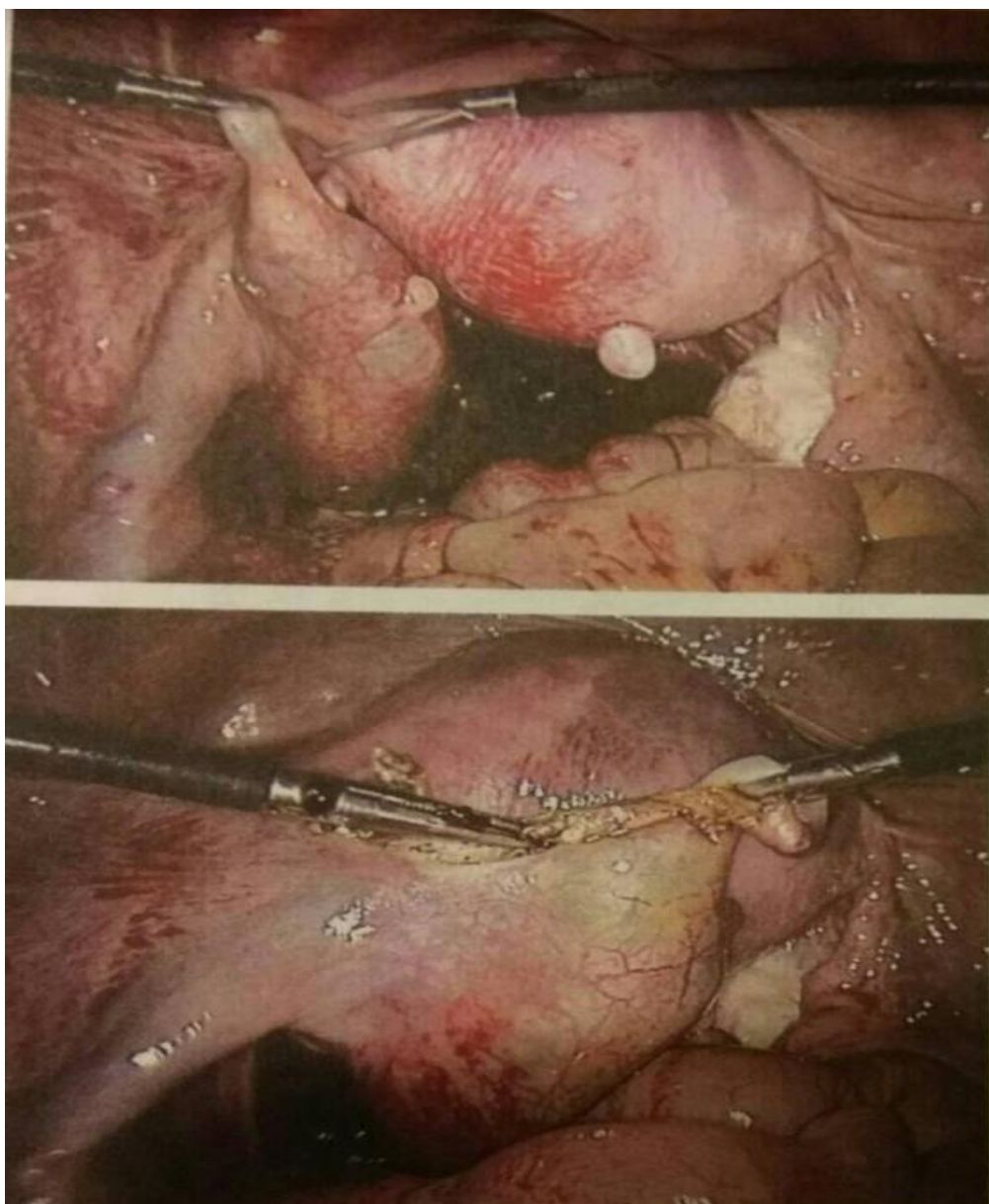


Рис. 11. Лапароскопическая тубэктомия (вид сзади и слева)