

ВОПРОСЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

© СТАРЦЕВА М.Н., ЦХАЙ В.Б., ГЕЙМАН А.Г.

БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.Н. Старцева, В.Б. Цхай, А.Г. Гейман

Красноярская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф.

И.П. Артюхов; кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии,

зав. – д.м.н., проф. В.Б. Цхай.

Резюме. Представлен анализ интра- и послеоперационных осложнений после проведения 1027 лапароскопических операций, выполненных в гинекологическом отделении Дорожной больницы ст. Красноярск. Обоснованы факторы риска этих осложнений и меры их профилактики.

Ключевые слова: лапароскопия, интра- и послеоперационные осложнения, факторы риска.

Значительный прогресс в лечении заболеваний органов малого таза у женщин, особенно в последнее десятилетие, связан с широким внедрением современных медицинских технологий, среди которых эндоскопические лечебно-диагностические вмешательства общепризнанно считаются методом выбора при большинстве гинекологических заболеваний [2, 7].

Большинство авторов отмечают очевидные преимущества лапароскопически проведенных операций перед традиционными – лапаратомическими, а также незначительную частоту или отсутствие осложнений при проведении и после лапароскопических гинекологических операций [2, 9]. В последнее время появилось множество работ, как отечественных [4, 5, 6, 8], так и иностранных специалистов [11, 12], посвященных анализу осложнений и их профилактики во

время и после лапароскопических операций в гинекологии.

Все осложнения, связанные с лапароскопическими вмешательствами следует разделить на две группы. К первой группе относятся осложнения, связанные со специфической техникой хирургического вмешательства: повреждение внутренних органов, мочевых путей, нервов и кровеносных сосудов, внутренние кровотечения, ожог активным электродом. К второй группе относятся осложнения, связанные с анестезией, тромбоэмболические (эмболия углекислым газом), сердечно-сосудистые и легочные осложнения. Вторая группа осложнений во многом связана с пневмоперитонеумом и положением Тренделенбурга.

J. Leng с соавт. (2000), ретроспективно оценили последствия 1769 лапароскопических гинекологических операций, проведенных в одном отделении акушерства и гинекологии за пять лет, в том числе 1421 – на яичниках и маточных трубах, 52 – на миометрии и 296 операций лапароскопически ассистированной влагалищной экстирпации матки (ВЛАЭМ).

Осложнения наблюдались у 34 (1,92%) больных. Незапланированная лапаротомия произошла у 6 (0,34% случаев). В 12 случаях (35,3%) осложнения были связаны с введением троакара или иглы Veress и развитием пневмоперитонеума, в 5 – с тяжелой эмфиземой, в 7 – с повреждениями кровеносных сосудов. Осложнения в ходе лапароскопической операции наблюдались всего у 5 (14,7%), состояли в тяжелые кровотечения у 3, повреждение мочевого пузыря и ожог кожи ноги поврежденным электродом – по одному. Перейти на лапаротомию пришлось в 4 таких случаях.

Послеоперационные осложнения наблюдали у 17 больных: у двух – кровотечение в брюшную полость, по поводу которого была произведена лапаротомия, у других двух – в повреждение тонкой кишки, в 4 случаях – парез нервов и в 9 – развитие лихорадочных состояний.

Дьяченко Н.М., Минченкова (2003) на основе проведенного анализа осложнений предлагают меры по их профилактике: более тщательный отбор больных, непрерывный мониторинг в периоперационном периоде, отказ от больших концентраций N₂O, уменьшение угла наклона стола до 25–30,

уменьшение по возможности давления пневмоперитонеума [6].

Т.Г. Каиловым с соавт. (2006) были получены данные об изменениях церебральной флебогемодинамике у женщин, связанных с совокупным воздействием трех факторов: карбоксиперитонеума, ИВЛ и операционной позицией Тренделенбурга. Характер и длительность этих изменений во многом определяется индивидуальным типом вегетативного обеспечения функций [8].

К тому же, с напряженным карбоксиперитонеумом и позицией Тренделенбурга связывают повышенный риск внутрисосудистого тромбообразования, что является одной из причин развития серьезных тромботических осложнений при лапароскопических операциях [1,3,4,10,11,13].

Результаты и обсуждения

В Дорожной клинической больнице на станции Красноярск проведение гинекологических операций лапароскопическим методом начали осуществлять с 1997 года. В первые годы доля лапароскопических операций составляла 20% от всех оперативных вмешательств. На первом этапе внедрения эндоскопические вмешательства мы начинали с относительно простых операций: стерилизация маточных труб, сальпинголизис, коагуляция эндометриоидных очагов при эндометриозе 1-й степени. На втором этапе, по мере накопления технических навыков и клинического опыта, от относительно простых лапароскопических операций, перешли к более сложным: пластические операции на маточных трубах по поводу бесплодия, сальпинготомия при эктопической беременности, тубэктомия, цистаднексэктомия. Сегодняшний день можно характеризовать как третий этап развития лапароскопии в гинекологической практике отделения. В клинике освоены и проводятся гинекологические операции более высокой степени сложности: консервативная миомэктомия, субтотальная и тотальная гистерэктомия, операции при распространенном эндометриозе 3-й и 4-й степени.

В настоящее время в отделении доля лапароскопических операций по отношению к традиционным лапаротомическим операциям существенно возросла и составляет 75%. Мы работаем на эндоскопической аппаратуре фирмы

«Карл Шторц» (Германия). Отработана технология предоперационной подготовки пациенток к лапароскопическим операциям. При этом необходимо строго подходить к выбору метода оперативного вмешательства с учетом общепринятых показаний и противопоказаний.

В связи с тем, что лапароскопические вмешательства имеют определенные специфические особенности и осложнения на до- и операционном этапах, следует предусмотреть меры их возможного предотвращения и профилактики. Этими специфическими особенностями являются: во первых, углекислый газ, введенный в брюшную полость, который оказывает давление на диафрагму; во-вторых, положение Трендельбурга, которое необходимо для работы на органах малого таза. Эти факторы могут вызвать осложнения деятельности жизненно важных органов (легкие, сердце). Поэтому, в нашей клинике вопрос о выборе метода операции решают совместно три врача: гинеколог, анестезиолог и терапевт (кардиолог, эндокринолог).

За неполных десять лет лапароскопическим методом произведено более 1000 операций различной степени сложности. Накопленный клинический опыт позволяет нам разделять точку зрения многих специалистов о том, что гинекология – это хирургическая дисциплина, в которой возможно выполнение практически всех операций лапароскопическим методом от малого до большого объема, в отличие от общей хирургии, онкологии, урологии и других хирургических дисциплин.

Нами был проведен ретроспективный анализ последствий 1027 лапароскопических операций за последние пять лет. Следует отметить, что длительность операций и количество осложнений в течение первых двух лет уменьшились по мере накопления практического опыта и совершенствования технических навыков хирургов.

Операционные осложнения были отмечены в 1,6% случаев (17). Среди них наблюдались такие серьезные осложнения как ТЭЛА, перфорация органов брюшной полости, ранение мочевого пузыря. В осложнения вошли также случаи перехода на лапаротомию, повторная лапароскопия.

Незапланированная лапаротомия после начатой лапароскопии была произведена в 0,8% случаев (8), обусловленных кровотечением и повреждением мочевого пузыря электродом.

У двух пациенток во время операции по поводу опухолей придатков произошло ранение тонкого кишечника, что составило 0,2% от общего числа операций или 11,7% – от всех зарегистрированных осложнений. Одной пациентке во время операции через минилапаротомический доступ совместно с хирургом произведено ушивание дефекта петли кишечника. У второй пациентки ранение кишечника было диагностировано на вторые сутки после операции, по поводу чего была произведена повторная лапароскопия, с переходом на срединную лапаротомию – ушивание петли кишечника. Во всех случаях в дальнейшем наступило выздоровление пациенток.

Частота такого осложнения как внутрибрюшное кровотечение в раннем послеоперационном периоде составила 0,19% (2 больных), что потребовало повторной лапароскопии и проведение хирургического гемостаза. В 0,3% случаев (4) в послеоперационном периоде отмечалось развитие лихорадящих состояний. Операции у большинства лихорадящих больных, сопровождались техническими трудностями, связанными с разделением большого количества спаек и иссечением эндометриоидных очагов.

В одном наблюдении после лапароскопической гистерэктомии, произведенной по поводу миомы матки субмукозной локализации, на вторые сутки послеоперационного периода была констатирована тромбоэмболия крупных ветвей легочной артерии, что привело к смерти больной. Таким образом, частота ТЭЛА составила 0,9% от общего числа операций или 5,8% – от всех зарегистрированных осложнений. Следует отметить, что пациентка входила в группу риска развития тромбоэмболических осложнений, обусловленных длительным приемом гестагенов, анемией и гипертонической болезнью. К тому же, продолжительность операции составила более двух часов. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений в раннем послеоперационном периоде проводилось профилактическое введение гепарина по 5000 ЕД. 4 раза в

сутки, а также эластическая компрессия нижних конечностей, что тем не менее, не предотвратило развитие этого грозного осложнения. По мнению многих авторов, с чем мы, исходя из собственного опыта, полностью согласны, несмотря на малоинвазивность лапароскопических вмешательств, интраоперационные изменения параметров гемостаза наиболее выражены именно при этих операциях. С учетом этого пациенткам с высоким риском тромбоэмболических осложнений следует очень тщательно и целенаправленно проводить лечебно-профилактические мероприятия, а в некоторых случаях предпочтение следует отдавать лапаротомическим вмешательствам.

Таким образом, общая частота интра- и послеоперационных осложнений при выполнении лапароскопических операции в наших наблюдениях оказались в 1,5 раза ниже по сравнению с частотой осложнений, возникших после подобных операций, выполненных лапаротомным доступом. Следует отметить, что почти все серьезные хирургические осложнения имели место на начальных этапах работы. По мере накопления практического опыта и оптимизации технологии операционного процесса прослеживается заметная тенденция снижения этих осложнений.

При углубленном анализе причин интра – и послеоперационных осложнений установлено, что риск их возникновения, оказался особенно высоким при повторных оперативных вмешательствах и наличии выраженного спаечного процесса в брюшной полости.

На основании полученных результатов можно констатировать, что при наличии достаточного опыта хирургов и анестезиологов, необходимом техническом оснащении, а также отработанной системе профилактики с учетом специфики эндоскопических вмешательств, осложнения во время и после проведения лапароскопических операций в гинекологической практике сводятся к минимуму.

THE NEAREST AND REMOTE COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN GYNECOLOGICAL PRACTICE

M.N. Startseva, V.B. Tshaj, A.G. Gejman

The analysis of intra and postoperative complications of 1027 laparoscopic operations, made in gynecological department of Railway hospital (Krasnoyarsk), is available in the article. Risk factors of these complications and control were based.

Литература

1. Азбаров, А.А., Буров Н.Е., Бутовский С.А. и др. Патогенез кардиорепираторных дисфункций при лапароскопической холицистэктомии // Альманах МНОР. – 2000. – Спец. вып. – С.3-8.
2. Багдасарьян А.С., Кулиш В.А., Вартанян и др. Преимущества неотложной эндоскопической хирургии в гинекологии: тез. 6-го Всерос. съезда по эндоскоп. хирургии // Эндоскоп. хирургия. – 2003. – Прил.– С. 21–22.
3. Балановский А.П. Механизмы формирования нарушений церебральной гемодинамики при лапароскопических операциях на органах малого таза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Томск, 2003. – 21 с.
4. Задикян А.М., Васильев С.А., Рыбаков С.М. Показатели коагуляционного гемостаза и фибринолиза при лапароскопических операциях на органах брюшной полости // Клинич. лаборат. диагностика. – 1997. – №5. – С.34-41.
5. Давыдов А.А., Баранов Д.В., Крапивин Б.В. и др. Осложнения карбоксиперитонеума во время лапароскопических операций и их профилактика: тез. докл. III Всерос. съезда по эндоскоп. хирургии // Эндоскоп. хирургия. – 2000.– №2. – С. 23–24.
6. Дьяченко Н.М., Минченкова В.Н. Осложнения в гинекологических операциях в гинекологии: тез. 6-го Всерос. съезда по эндоскоп. Хирургии // Эндоскоп. хирургия. – 2003. – Прил.– С. 95-96.

7. Мачанските О.В., Шагинян Г.Г. Роль лапароскопии и гистероскопии в лечении женского бесплодия / Мать и дитя: матер. VI Рос. форума. – М., 2004. – С.417.
8. Каиров Г.Т., Гейман А.Г., Цхай В.Б. и др. Изменения центральной гемодинамики при эндоскопических вмешательствах в условиях напряженного карбоксиперитонеума у больных трубно-перитонияльным бесплодием // Проблемы репродукции. – 2006. – Т.12, №2. – С.67-70.
9. Яковлева Н.В. Лапароскопия при лечении острых гинекологических заболеваний у женщин репродуктивного возраста / Мать и дитя: матер. VII Рос. форума. – М., 2005. – С. 551.
10. Brady C.E., Harklerood L.E., Pierson W.P. Alterations in oxygen saturations and ventilations after intravenous sedation perineoscopy // Arch. Intern. Med. – 1989. – Vol. 149. – P.1029-1032.
11. Broome J.D., Lamaro V.P., Vancaillie T.G. Changes in hemostatic mechanisms associated with operative laparoscopy // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. – 2000. – Vol.7, №1. – P. 180-185.
12. Leng, J. Complications in laparoscopic gynecologic surgery / J. Leng, J. Lang, R. Huang, Z. Liu, D. Sun // Chin. Med. Sci. J.– 2000. – Vol. 15, № 4.– С. 222–226.
13. Rosen D.M., Chou D.C., North L. et al. Femoral venous flow during laparoscopic gynecologic surgery // Surg. Laparosc. Endosc. Percutant. Tech. – 2000. – Vol.10, №3. – P. 158-162.