

Четин М.В., Акопов А.Г., Волков Д.В., Шухина М.И., Османов О.Н., Шакирова А.Р.

ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ОСТРОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕВОЧЕК

МУЗ «Городская клиническая больница № 1» (перинатальный центр), Ульяновск

Chetin M.V., Akopov A.G., Volkov D.V., Shuhina M.I., Osmanov O.N., Shakirova A.R.

LAPAROSCOPY IN ACUTE GYNECOLOGIC PATHOLOGY IN GIRLS

Clinical City Hospital № 1 Perinatal Center Ulyanovsk

Резюме

Работа посвящена проблемам хирургического лечения девочек с экстренной гинекологической патологией – воспалительными заболеваниями, осложненными образованиями придатков матки и др.

Проанализирован опыт эндохирургического лечения 292 детей в возрасте от 1 года до 14 лет.

Отдельное внимание уделено возможностям и техническим особенностям применения лапароскопии при подобной патологии у девочек различных возрастных групп.

Ключевые слова: лапароскопия, эндохирургия, ультразвуковые исследования

Abstract

The work is devoted to problems of surgical treatment of girls with emergencygynecological diseases, inflammatory diseases, complicated formations of the uterus, etc.

Pronalizirovan endosurgical experience treating 292 children aged from 1 year to 14 years.

Special attention is paid to the capabilities and technical features of laparoscopywith a similar disease in girls of different age groups.

Key words: laparoscopy, endosurgery, ultrasound

Широкое распространение гинекологических заболеваний среди девочек обусловлено анатомо-физиологическими особенностями формирующихся внутренних половых органов (высокое стояние придатков матки, длинная воронко-тазовая связка, становление биоценоза), которые способствуют проникновению инфекции восходящим путем в брюшную полость [2, 3]. За последнее время в распространении воспалительных заболеваний внутренних половых органов все более негативную роль играют социальные (детский алкоголизм и наркомания) и поведенческие факторы [3]. Кроме того, девочки-подростки часто лечатся самостоятельно, тем самым увеличивая число вялотекущих стертых форм воспалительных (специфических и неспецифических) заболеваний [8].

Диагностика острых хирургических заболеваний, сопровождающихся болью в животе, у девочек представляет значительные трудности [1]. Это связано со многими причинами. Основные из них – ограниченная доступность в проведении высоко-

качественных неинвазивных методов диагностики, таких как ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ) во многих лечебных учреждениях, недостаточно квалифицированные организационные решения, отсутствие специальной подготовки персонала, поэтому вопросы оказания экстренной хирургической помощи при острых гинекологических заболеваниях у детей и подростков сохраняют актуальность и нуждаются в совершенствовании.

Цель работы – изучить возможность и эффективность экстренных эндохирургических вмешательств при воспалительных заболеваниях и доброкачественных образованиях внутренних гениталий у девочек.

Материал и методы исследования

Клиническую часть работы составил анализ лапароскопического лечения девочек в детском хирургическом отделении (ДХО) за 2006–2011 гг. В этот период было выполнено 292 лапароскопии

ческих вмешательства у 335 девочек в возрасте от 1 года до 14 лет, причем у 35 (10%) из них ранее были проведены оперативные вмешательства на органах брюшной полости и малого таза.

Девочки направлялись в стационар с подозрением на острый аппендицит, перекрут кисты яичника или кишечную непроходимость. Общеклинические обследования включали тщательный сбор жалоб, анамнеза, аускультацию, перкуссию, пальпацию и измерение температуры. При поступлении все девочки были осмотрены детским хирургом, 207 (62%) – гинекологом; у 21 (10%) из них заболевания внутренних гениталий гинекологами исключены, у 7 (3,3%) – подтверждены, 59 (18%) девочек осмотрены педиатром. В дальнейшем все дети были госпитализированы для динамического наблюдения в ДХО, где им проводили лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи (после выполнения УЗИ). Все диагностические лапароскопии, а затем и лапароскопические операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом с предварительным установлением зонда в желудок и катетера в мочевого пузыря.

Особенности и техника выполнения лапароскопии: для выбора места введения первого троакара проводили УЗИ с определением точек фиксации кишечника к передней брюшной стенке и выявления так называемых акустических окон – участков передней брюшной стенки, свободных от висцеропариетальных сращений. На основе этих данных устанавливали безопасное место для введения первого троакара [4–7]. Операционная бригада состояла из оперирующего хирурга, ассистента, операционной сестры, анестезиолога, медсестры-анестезистки и санитарки. При этом оперирующий хирург находился слева от операционного стола, в правой руке он держал лапароскоп с видеокамерой, а левой выполнял основные манипуляции. Ассистент (справа от операционного стола) активно участвовал в процессе операции: работал зажимом, манипулятором, накладывал клипсы или эндопетли и др. У 45 (17%) из 292 детей использовали открытый способ введения первого троакара, у 11 (4%) – вдали от рубцов, у остальных 236 (79%) – после наложения пневмоперитонеума с помощью иглы Вереша стандартно под пупком. Данная техника у всех пациенток позволила избежать перфорации или повреждения

органов брюшной полости. После создания карбоксиперитонеума (обычно 10–12 мм рт. ст.) через первый троакар вводили 5-миллиметровый лапароскоп с видеокамерой. Под визуальным контролем второй 5-миллиметровый троакар (для зажима-манипулятора) вводили в левую подвздошную область или другом месте, где отсутствовали спайки (левом мезогастрii, левом подреберье и др.). При обзорном осмотре по всей брюшной полости оценивали брюшину, выявляли спайки во всех отделах, их связь с органами брюшной полости, особо уделяя внимание признакам непроходимости (расположение петель в виде двустволки, сдавление шлангом или плоскостными спайками, выпот в малом тазу или между петлями кишечника и др.). При отсутствии спаек и признаков другой хирургической патологии осматривали малый таз. При выявлении выпота его удаляли с помощью электроотсоса, предварительно взяв на бактериологическое исследование. Если во время диагностической лапароскопии выявлялись заболевания, требующие хирургического вмешательства, решали вопрос (при необходимости совместно с гинекологом) о способе дальнейшего продолжения операции. Третий троакар (5 или 11 мм) вводили в правую подвздошную область.

С 2005 г. всем девочкам мы проводим антибактериальную периоперационную профилактику, в программу которой ранее включали цефтриаксон, а с 2008 г. – амоксициллин/клавуланат путем однократного внутривенного введения в возрастной дозировке.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре заболеваний преобладали воспалительные процессы: пельвиоперитониты – у 203 девочек (70%), осложненные кисты яичников – у 48 (16%), апоплексия яичников – у 24 (8%), перекрут гидатиды маточной трубы – у 17 (6%). Полностью исключены заболевания, требующие экстренного хирургического вмешательства у 43 (13%).

У 117 (35%) девочек выявлен выраженный лейкоцитоз до 17–20 000 со сдвигом влево и скоростью оседания эритроцитов (СОЭ) более 10 мм/ч. Умеренный лейкоцитоз (до 9–11 000), СОЭ – до 7 мм/ч отмечен у 18 (5,4%) пациенток. В анализе мочи у 17 (5%) выявлены лейкоциты (5–7 в поле зрения), у 6 (2%) – эритроциты (2–3 в поле зрения).

Не меньшие сложности представляла диагностика различных неотложных заболеваний у девочек, которым ранее были выполнены различные хирургические операции на органах брюшной полости и малого таза. При этом сроки, прошедшие с момента первой операции до 1 года были у 5 (14,2%) девочек, от 1 года до 5 лет – у 8 (23%), 5–10 лет – у 18 (51,4%), более 10 лет – у 4 (11,4%). Структура ранее выполненных доступов и операций: аппендэктомия из доступа Волковича – Дьяконова – у 17 (49%); верхнесреднесрединная лапаротомия (травма внутрибрюшных паренхиматозных органов – ушивание ранений печени, спленэктомия) – у 5 (14%), среднесрединная лапаротомия по поводу перитонита – у 10 (29%), нижнесрединная лапаротомия по поводу кист яичника – у 3 (8%). Из 17 (49%) девочек, которым была выполнена аппендэктомия, у 11 (65%) при гистологическом исследовании установлен катаральный аппендицит.

Для уточнения диагноза 187 (59%) девочкам выполнено УЗИ органов брюшной полости и малого таза: в первые 4 ч у 39 (21%) девочек, в сроки от 4 до 12 ч катаральный аппендицит у 45 24 (%). При этом у 15 (8%) в полости малого таза выявлена жидкость (различного объема), у 4 (2,1%) – признаки аднексита и мезаденита, у 3 (8%) – киста правого яичника, у 4 (2,1%) – левого.

Были выполнены следующие операции: диагностическая лапароскопия с одномоментной санацией брюшной полости (в основном полости малого таза) физраствором при пельвиоперитоните проведена у 203 (70%), деторсия с последующей цистэктомией и коагуляцией ложа биполярным коагулятором – у 30 (10%) пациенток, деторсия с последующей фиксацией – у 10 (3,4%); при апоплексии (18 (6%) случаев) определялся характер

разрыва и объем внутрибрюшного кровотечения, аспирировали геморрагический выпот и проводили коагуляцию сосудов в месте разрыва белочной оболочки яичника; гидатидэктомия ножницами после коагуляции выполнена у 31 (11%) пациенток. Перед окончанием операции во всех случаях проводился повторный панорамный осмотр для исключения кровотечения и травм во время проведения вмешательства. После удаления инструментов из брюшной полости троакарные раны на коже ушивали одним швом или сводили лейкопластырем.

Осложнений во время проведения и после не было. Перед выпиской из стационара (7–9-е сутки) девочкам выполняли УЗИ. В динамике (в ранние и поздние сроки) осмотрены все пациентки – рецидивов гинекологических заболеваний не выявлено.

Выводы

1. Экстренные эндохирургические вмешательства возможны и эффективны при воспалительных заболеваниях и доброкачественных образованиях внутренних гениталий у девочек, в том числе и у тех, которым ранее были выполнены операции на органах брюшной полости и малого таза.

2. Лапароскопия должна использоваться при выборе метода проведения операции в лечебных учреждениях, оказывающих неотложную помощь девочкам с патологией гениталий.

3. Обязательным условием лечения девочек с заболеваниями внутренних гениталий являлась взаимодействие между детскими хирургами и гинекологами, что обеспечивало благоприятный прогноз операций, а также позволило сохранить репродуктивный потенциал будущих женщин.

Список литературы

1. Адамян Л.В., Поддубный И.В., Глыбина Т.М. и др. Лапароскопия при кистах яичника и брюшной полости у девочек. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 104 с.
2. Буянова С.Н., Шукина Н.А. // Медицина для всех. – 1999. – № 1 (12). – С. 17–20.
3. Буданов П.В., Баев О.Р. Диагностика и варианты комплексного нарушения микроциркуляции влагалища // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – Т. 1–2. – С. 73–76.
4. Поддубный И.В., Дьяконова Е.Ю., Глыбина Т.М. и др. Повторная лапароскопия после деторзии нормальных придатков матки у девочек // Материалы 8-го Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 1. – С. 107.

5. Степанов И.В., Малов А.Г., Николаев А.В. и др. Лапароскопия при острой хирургической патологии органов малого таза у девочек // Материалы 3-й Межрегиональной научно-практической конференции Приволжского Федерального округа «Педиатрия и детская хирургия в Приволжском Федеральном округе». г. Казань. 21–22 ноября. 2006 // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. 87 (Приложение). – С. 53.
6. Котловоский В.И., Дженилаев Д.Б., Тусупкалиев А.Б. Лапароскопическое лечение гинекологических заболеваний у девочек // Материалы научно-практической конференции «Актуальные вопросы урологии и хирургии». – Алматы, 2004. – С. 110–121.
7. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Блинников О.И. Лапароскопические операции при острой спаечной кишечной непроходимости у детей // Хирургия. – 2001. – №2. – С. 37–42.
8. Кулаков В.И., Прилепская В.Н. Практическая гинекология. – М., 2001. – С. 759.

Авторы

Контактное лицо: ЧЕТИН Михаил Владимирович	432072, г. Ульяновск, Львовский б-р., 6-45. Тел.: 8 (927) 630-97-58. E-mail: mchet60@mail.ru
АКОПОВ Артур Григорьевич	432000, г. Ульяновск, пр. Авиастроителей, 10-164. Тел.: 8 (927) 806-14-59
ВОЛКОВ Дмитрий Вячеславович	432017, г. Ульяновск, ул. 12-го сентября, 108-93. Тел.: 8 (927) 809-73-44
ШУХИНА Марина Ильинична	432007, г. Ульяновск, ул. Почтовая, 28-123. Тел.: 8 (927) 818 85 63
ОСМАНОВ Омар Набиевич	432064, г. Ульяновск, ул.Туполева, 13-337. Тел.: 8 (903) 337-80-76
ШАКИРОВА Анжелика Рустамовна	432063, г. Ульяновск, Пензенский б-р., 7-79. Тел.: 8 (927)800-05-74