

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

В. В. Дмитриев, М. Н. Семенова, Л. И. Зрелова,
Е. А. Полубедова, А. Б. Аммосов

**ОПЫТ ЭНДОГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
В МУНИЦИПАЛЬНОМ УЧРЕЖДЕНИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

МУЗ Ивангород Ленинградской области

С 1994 года в Ивангородской больнице действует эндохирургическая стойка, с 1996 года на ней выполнено 598 гинекологических операций 506 пациенткам. Структура патологии и соответствующих операций приведена в таблице.

Летальности удалось избежать.

Конверсия составила 1,16% (7 случаев на 605 операций, начатых лапароскопически), главным образом пришедшаяся на первые годы освоения метода (1996-1999). Переход на нижне-срединную лапаротомию был связан с массивным спаечным процессом полости таза, интралигаментарным распространением кистозной дисплазии (либо эндометриоза).

В двух случаях – из-за кровотечения, эндоскопические манипуляции при котором могли быть сопряжены с повреждением стенки мочевого пузыря или не было уверенности, что без конверсии можно добиться гемостаза. В одном случае (одна из первых операций) замечено контактное повреждение брыжейки тонкой кишки – лапаротомия совместно с хирургом (ушивание повреждения, санация и дренирование брюшной полости).

Последний случай заслуживает подробного описания. Больная К., 28 лет, поступила в экстренном порядке на третьи сутки от момента заболевания с прервавшейся трубной беременностью, гемопельвеоперитонеумом, анемией. Произведена лапароскопическая тубэктомия, санация и дренирование

брюшной полости. Из-за распространенности кровяных сгустков для более полной ревизии и санации после консилиума произведена конверсия, при которой обнаружены массивные сгустки крови (с элементами фибрина) под большим сальником, распластанные на кишечных петлях. Эвакуация сгустков, ирригация и дренирование. Больная переведена в палату интенсивной терапии, продолжена гемотрансфузия, антибактериальная терапия. На 4-е сутки выявлен спонтанный пневмоторакс справа (разрыв буллезного легкого). Проведено двойное дренирование плевральной полости по Бюлау-Коквелету с автомат-вакуум-аспирацией. На неоднократном рентгенконтроле легкое постепенно расправлено. Выздоровление.

Располагая в штате отделения новых медицинских технологий и гинекологами, и хирургами, оперативные манипуляции и борьбу с осложнениями, в т.ч. не только «абдоминального характера», проводим совместно.

Считаем, что основная проблема повреждений в эндохирургии заключена в особенности проведения первого троакара (практически – вслепую) с постоянным скольжением гильзы этого троакара по лапароскопу, ухудшающим обзор, тем более – в условиях спаечного процесса, кровотечении и близости объекта манипуляций. Т.к. видеотроакаром мы не располагаем, вход в брюшную полость стараемся осуществлять *ad oculus*: надрезав апоневроз, создав лифтинг, перфорируем брюшину, вкладываем гильзу троакара (без стилета) в брюшную полость не более 3-4 см. Зафиксировав металл лигатурами к зауженной кожной ране и ликвидировав таким образом перемещение системы «лапароскоп-гильза» по оси, рискуем предположить, что данный способ обеспечивает меньшее количество повреждений органов брюшной полости и эмфиземы сальника при попадании в него иглы Вереша.

Таблица

Патология	Объем эндооперации	Число операций	%
Внематочная (трубная) беременность	Тубэктомия с эвакуацией остатков плодного яйца	83	13,9
Аднекс-тumor или кистозная дисплазия яичников	Аднексэктомия или резекция яичников	55 193	9,2 32,3
—	Медицинская стерилизация	139	23,3
Вторичное бесплодие	Видеоадгезиолизис	119	19,9
Субсерозная фибромиома матки	Энуклеация или электроэксцизия узлов	9	1,5
Итого		598	100