

УДК 618.3-06

DOI: 10.18413/2313-8955-2015-1-3-43-49

*Хлебникова И.Ю.,
Богат С.В.,
Гребенникова Е.М.*

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ
МЕТОДОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА
ГЕМОПЕРИТОНЕУМА В
ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА**

Хлебникова Инесса Юрьевна,

*врач-ординатор гинекологического отделения,
МБУЗ «Городская клиническая больница №1»,
Белгородский проспект, 99. г. Белгород, Россия*

Богат Софья Викторовна,

*врач-ординатор приемного отделения,
МБУЗ «Городская клиническая больница №1»,
Белгородский проспект, 99. г. Белгород, Россия*

Гребенникова Елена Михайловна,

*заведующая физиотерапевтическим отделением,
МБУЗ «Городская клиническая больница №1»,
Белгородский проспект, 99. г. Белгород, Россия*

Аннотация

Вданной статье представлены результаты собственных исследований, а также анализ литературы в изучении частоты встречаемости и нозологической структуры синдрома гемоперитонеума при экстренной гинекологической патологии в современных условиях городского стационара, основанные на анализе медицинской документации гинекологического отделения многопрофильной больницы за период с 2008 по 2011 гг. Также рассмотрены основные причины возникновения и предпочтительные методы лечения данной нозологической единицы в условиях ургентного стационара. Оценивался возрастной спектр, причина и величина кровопотери, вид хирургического вмешательства, особенности течения послеоперационного периода, сроки пребывания в стационаре после операции, послеоперационные осложнения и возможности применения малоинвазивных методов лечения в неотложной гинекологической патологии, а также рассмотрены преимущества последних перед традиционными методами оказания неотложной помощи в гинекологии.

Ключевые слова: синдром гемоперитонеума, гинекологический стационар, видеолапароскопические методики, ургентный стационар.

UDC 618.3-06

DOI: 10.18413/2313-8955-2015-1-3-43-49

*Khlebnikova I.J.,
Bogat S.V.,
Grebennikova E.M.*

**THE USE OF MINIMALLY INVASIVE
TECHNIQUES IN THE TREATMENT
OF HEMOPERITONEUM SYNDROME
IN THE GYNECOLOGICAL PRACTICE
OF A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL**

Khlebnikova Inessa Yurievna

Medical Practitioner

Department of Gynecology, Hospital № 1,
Belgorod, 99 Belgorodsky Ave., Belgorod, Russia

Bogat Sofia Victorovna

Medical Practitioner

Admission Department, Hospital № 1,
Belgorod, 99 Belgorodsky Ave., Belgorod, Russia

Grebennikova Elena Mikhailovna

*Head of Department Physiotherapy, Hospital № 1,
Belgorod, 99 Belgorodsky Ave., Belgorod, Russia*

АБСТРАКТ

The article presents some results of the authors' research and analysis of the literature in the study of the incidence and nosological structure of hemoperitoneum syndrome in acute gynecological pathology in modern conditions of the city in-patient facility. The results are based on the analysis of medical records of the Department of Gynecology of the General Hospital covering the period of 2008-2011. Besides, the authors discuss the basic causes and preferred methods of treatment of this nosological unit in the conditions of the urgent in-patient facility. They estimate the age spectrum, the cause and amount of blood loss, the type of surgery, some aspects of the postoperative period, the length of stay in hospital after the operation, postoperative complications and the possibility of using minimally invasive methods of treatment in acute gynecological pathology. The article gives emphasis to the advantages of minimally invasive methods over traditional methods of the past emergency care in gynecology.

Keywords: hemoperitoneum syndrome; gynecological hospital; videolaparoscopic techniques; urgent in-patient facility.

Введение.

Сложно переоценить значимость такой патологии в практической гинекологии, как синдром гемоперитонеума. Наиболее частыми причинами развития этого состояния, по данным разных авторов, являются: внематочная беременность, апоплексия яичников, разрывы кист. Применение традиционных, открытых вмешательств при названных заболеваниях связано с необходимостью иммобилизации пациенток в условиях постельного режима и обеспечении многокомпонентной аналгезии в раннем послеоперационном периоде и, в ряде случаев, сопровождается развитием раневых осложнений [1,6]. Все эти факторы играют ведущую роль в длительности госпитализации и сроках реабилитации пациенток. Внедрение видеолaparоскопических методик в повседневную практику гинекологических отделений оказывающих экстренную помощь, позволило в значительной степени пересмотреть устоявшиеся подходы в неотложной оперативной гинекологии. В связи с ростом количества гинекологических операций, выполненных лапароскопически, по поводу внутрибрюшного кровотечения в экстренном порядке, вопросы, касающиеся места, роли и интеграции малоинвазивных вмешательств в лечении данной группы пациенток, на сегодняшний день, представляются весьма актуальными.

Цель исследования: изучение динамики частоты встречаемости и нозологической структуры синдрома гемоперитонеума при экстренной гинекологической патологии в современных условиях многопрофильного городского стационара с целью разработки мер по улучшению качества диагностики, своевременности оказания хирургической помощи с использованием современных технологий, сокращения сроков госпитализации и реабилитации женщин в послеоперационном периоде.

Методология: ретроспективное исследование.

Материал для исследования: анализ операционных журналов, годовых отчетов по работе отделения, 906 историй болезней пациенток с синдромом внутрибрюшного кровотечения, пролеченных в гинекологическом отделении МБУЗ «Городская клиническая больница №1» г. Белгорода в период с 2008-2011 гг. Оценивался возрастной спектр, причина и величина кровопотери, вид хирургического вмешательства, особенности течения послеоперационного периода, сроки пребывания в стационаре после операции.

Результаты и их обсуждение. Работа основана на анализе данных результатов обследования и хирургического лечения 906 больных которым были произведены неотложные операции по поводу внутрибрюшного кровотечения в гинекологическом отделении МБУЗ «ГКБ №1» г. Белгорода в период с 2008-2011 гг. Из общего количества urgently госпитализированных в отделение пациенток репродуктивного возраста, синдромом гемоперитонеума отмечался: 2008 г.-222 наблюдения (24,5%), 2009 г.-194 наблюдения (21,4%), 2010 г.- 223 наблюдений (24,6%), 2011 г.-267 наблюдений (29,4%).

Всего оперировано 906 женщин, которые составили контрольную группу – 416 пациенток (45,9%) и основную – 490 пациенток (54,1%). В контрольной группе все больные были оперированы традиционными методами с 2008 по 2009 г.г.; в основной группе (период с 2010 – 2011 гг.) – приоритет отдавался лапароскопической методике; открытые операции выполнялись в самых тяжелых и технически трудных случаях (геморрагический шок, повторные операции на нижнем этаже брюшной полости и т.д.).

Распределение больных по возрасту в исследуемых группах представлено в табл. 1.

Таблица 1

Возрастной состав больных, оперированных по поводу внутрибрюшного кровотечения в исследуемых группах

Table 1

Age structure of patients operated for abdominal bleeding in the examined groups

Возраст	Основная группа		Контрольная группа		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%
до 19	44	8,9	36	8,7	80	8,8
20-29	258	52,7	245	58,9	503	55,1
30-35	134	27,4	100	24,0	234	25,8
36-45	54	11,0	35	8,4	89	9,8
Итого	490	100	416	100	906	100

Сравнение исследуемых групп показало отсутствие статистически значимых различий ($p > 0,05$) в распределениях по возрастным категориям. В группу риска по данным исследования отнесены пациентки в возрасте от 20 до 35 лет (80,9% кровотечений), что вероятно детер-

минировано более высокой социальной и физиологической активностью пациенток данного возрастного интервала и в целом соотносится с литературными данными [4, 5].

Сроки от момента заболевания до поступления в стационар, представленные в таблице 2.

Таблица 2

Сроки от момента начала заболевания до поступления в стационар у больных сравниваемых групп

Table 2

Dates from the start of the disease to admission to hospital in patients of the compared groups

Группа	До 2 ч		До 4ч		До 6 ч		До 12 ч		До 24 ч.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Контрольная (n= 416)	7	1,68	97	23,3	127	30,5	128	30,7	57	13,7
Основная (n= 490)	1	0,2	141	28,8	123	25,1	134	27,3	91	18,6
Итого (906)	8	0,9	238	26,3	250	27,6	262	28,9	148	16,3

Из приведенной таблицы видно, что наибольшее количество пациенток (750 случаев или 82,8%) с поступало в сроки от 4-х до 12 часов от момента начала заболевания, что в рамках проведенного исследования позволяет отнести указанные сроки к наиболее актуальным в контексте клинически манифести-

руемых проявлений синдрома гемоперитонеума у больных с экстренной гинекологической патологией.

Анализ наблюдений по причине возникновения синдрома внутрибрюшного кровотечения представлен в таблице 3.

Таблица 3

Распределение больных в исследуемых группах по причине возникновения внутрибрюшного кровотечения

Table 3

Distribution of patients with abdominal bleeding in the examined groups

Нозологическая форма	Основная группа (n= 490)		Контрольная группа (n=490)		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Внематочная беременность	192	39,2	177	42,6	369	40,7
Разрыв кисты яичника	133	27,1	85	20,4	218	24,1
Апоплексия яичника	165	33,7	154	37	319	35,2
Итого	490	100	416	100	906	100

Как видно из представленной таблицы причинами внутрибрюшного кровотечения в исследуемых группах явились: 1. Внематочная беременность – 369 наблюдений (40,7%); 2. Апоплексия яичника – 319 наблюдений (35,2%); 3. Разрыв кисты яичника – 218 наблюдений (24,1%), что так же согласуется с литературными данными [2, 3].

С учетом того, что практически все операции выполнялись в ургентном порядке и носили экстренный характер, для определения тяжести и ориентировочной величины кровопотери использовали значение шокового индекса Альговера. Распределение больных по величине кровопотери представлено в таблице 4.

Таблица 4

Распределение больных в исследуемых группах по величине кровопотери

Table 4

Distribution of patients in the examined groups according to the extent of blood loss

Величина кровопотери	Основная группа (n = 490)		Контрольная группа (n = 416)		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
до 500 мл.	418	85,3	355	85,4	773	85,3
500-1000 мл.	57	11,7	43	10,4	100	11
Более 1000 мл.	15	3	18	4,2	33	3,6
Итого	490	100	416	100	906	100

Как видно из таблицы 4 - 873 наблюдения (86,4%) составили больные с легкой и средней величиной кровопотери и только в 33 наблюдениях (3,6%) имела место кровопотеря тяжелой степени, из чего можно сделать вывод о том, что малоинвазивный лапароскопический метод применим в подавляющем большинстве случаев при синдроме гемоперитонеума в неотложной оперативной гинекологии. Следует отметить, что объем кровопотери не является ведущим фактором для выбора метода оперативного лечения. Таковыми считали показатели гемодинамики. Проведение лапароскопии сочли возможным при стабильной гемодинамике и достаточной квалификации хирурга. Во всех других случаях выполнялась лапаротомия. Кроме того возможности лапароскопии были ограничены наличием спаечного процесса в брюшной полости после ранее перенесенных операций, что имело место у каждой 8 – ой пациентки в основной группе.

В контрольной группе все вмешательства выполнялись открытым доступом, при этом

методика выполнения доступа, как правило, определялась оценкой степени тяжести кровопотери. Так, при кровопотере 1 ст. и стабильной гемодинамике использовали надлобковые поперечные доступы типа Пфаненштиля размерами от 6 до 10 см. При 2-3 ст тяжести кровопотери, нестабильной гемодинамике, клинике геморрагического шока а также у больных с ожирением использовали технически более простой нижнесрединный доступ.

В основной группе к открытому доступу прибегали в 24, случаях (5,3%) и основными показаниями к этому явились: клиника геморрагического шока и неоднократные вмешательства на нижнем этаже брюшной полости. Во всех остальных случаях вмешательства выполнены лапароскопически, в том числе и у пациенток с ожирением - 89 наблюдений (18%). Лапароскопию выполняли по общепринятой методике с применением электрохирургической техники под эндотрахеальным наркозом.

Характер выполненных операций в исследуемых группах представлен в таблице 4.

Таблица 5

Характер операций, выполненных в исследуемых группах

Table 5

Nature of operations conducted in the examined groups

Наименование операции	Основная группа (n = 490)		Контрольная группа (n = 416)	
	Абс.	%	Абс.	%
Традиционные :				
тубэктомия	15	3,1	134	32,2
аднексэктомия	2	0,4	43	10,3
резекция яичника	7	1,4	239	57,5
Итого	24	4,9	416	100
Лапароскопические:			-	-
тубэктомия	139	28,4	-	-
цистэктомия	88	17,9	-	-
аднексэктомия	36	7,3	-	-
резекция яичника	203	41,4	-	-
Итого	466	95,1		

Из таблицы 4 видно, что в основной группе гораздо чаще выполнялись щадящие операции органосохраняющего объема. Так например, цистэктомия в основной группе выполнена в 88 наблюдениях (17,9 %). В контрольной группе во всех случаях при кровотечении, причиной которого был разрыв кисты яичника, выполнялась резекция органа, что приводило к значительно большей травме железистой ткани последнего. К преимуществам лапароскопического метода следует отнести также возможность оптического увеличения оперируемого органа, за счет чего создаются условия для выполнения прецизионных манипуляций на нем.

Ведение послеоперационного периода в сравниваемых группах было стандартным и не отличалось от общепринятых требований. Для оценки особенностей течения послеоперационного периода использовали следующие критерии:

1. Сроки активизации.

В контрольной группе среднее значение составило- 24-48 ч. \pm 2,5ч, в основной - 6 ч. \pm 2,4ч. соответственно.

2. Среднесуточное количество назначенных наркотических и ненаркотических анальгетиков и сроки их отмены.

В контрольной группе потребность в наркотических анальгетиках составила в среднем 6 -8 мл в сутки с отменой на 3-и сутки. В ос-

новной группе наркотические анальгетики не назначались, а ненаркотические отменялись со 2-х суток. В основной группе анальгетики из группы НПВП пациентки получали в среднем до 5-6 суток послеоперационного периода.

Выводы.

1. Внутривентриальные кровотечения в практической гинекологии составляют от 21,4 % до 29,4 % от общего количества ургентно госпитализированных пациенток репродуктивного возраста и имеют тенденцию к росту.

2. Причинами внутривентриальных кровотечений являются: внематочная беременность (40,7%), апоплексия яичника (35,2%), разрыв кисты (24,1%)

3. Лапароскопия в лечении синдрома гемоперитонеума в практической гинекологии, при наличии соответствующего оборудования и обученного персонала, является предпочтительным методом.

4. Клиническими критериями применения лапароскопии являются стабильное состояние пациентки и отсутствие признаков геморрагического шока.

5. Лапароскопические технологии позволяют сократить затраты, связанные с медикаментозным обеспечением послеоперационного периода и время пребывания больных гинекологического профиля в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян Э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. 2-е изд., доп. М.: Медицинская книга, Н.Новгород: НГМА - 2003.
2. Дивакова Т.С., Сачек Ю.А., Тихонова Л.В. Коррекция нарушений эндокринной системы у больных после хирургического лечения эктопической беременности // Вестник ВГМУ. – 2006. – Т. 5. – №2. – С. 49-54.
3. Кира Е.Ф. Репродуктивная хирургия в гинекологии // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: ПАНТОРИ, 2005. – С. 29-31.
4. Клинические лекции по акушерству и гинекологии / Под ред. А.Н.Стрижакова, А.И. Давыдова, Л.Д. Белоцерковцевой. – М.: Медицина, 2000. – 379 с., ил.
5. Наш опыт проведения органосохраняющих операций при шеечной беременности. В.В Пономарев, О.В. Безрукова, С.Г. Уманская, Н.В. Наумова // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: ПАНТОРИ, 2005. – С. 275-276.
6. Современные принципы ведения больных с внематочной беременностью / Учебное пособие для студентов. – М.: ГОУ ВПО МГМСУ. – 2006. – 72 с.

REFERENCES:

1. Ailamazyan Je.K., Ryabceva I.T. Emergency Assistance in Acute Gynecology. 2-e izd., dop. M.: Medicinskaja kniga, N.Novgorod: NGMA, 2003.
2. Divakova T.S., Sachek Ju.A., Tikhonova L.V. Correction of the Endocrine System in Patients after the Ectopic Pregnancy Surgery. Vestnik VGMU., 2006., Vol. 5., №2., p. 49-54.
3. Kira E.F. Reproductive Surgery in Gynecology// Modern Technologies in Diagnostics and Treatment of Gynecological Conditions. Ed. by V.I. Kulakova, L.V. Adamjan. M.: PANTORI, 2005., Pp. 29-31.
4. Clinical Lectures on Obstetrics and Gynecology. Ed. by A.N.Strizhakova, A.I. Davydova, L.D. Belocerkovcevoj. M.: Medicina, 2000. 379 p.
5. Our Experience of Conservative Operations in Cervical Pregnancies. V.V Ponomarev, O.V. Bezrukova, S.G. Umanskaja, N.V. Naumova. Modern Technologies in Diagnostics and Treatment of Gynecological Conditions. Ed. by V.I. Kulakova, L.V. Adamyan.,M.: PANTORI, 2005. Pp. 275-276.
6. Modern Principles of Managing Patients with Extrauterine Pregnancies. M.: GOU VPO MGMSU., 2006. 72 p.