

Применение лапароскопии в лечении осложнений послеродового периода

Е. Ю. Глухов, И. А. Титова, Н. В. Щербакова
МУ ЦГБ№7, г. Екатеринбург

Резюме

Целью исследования является оценка эффективности оригинальных технологических подходов, способных позитивно повлиять на исходы тяжелых инфекционно-воспалительных осложнений (ИВО) после спонтанных родов и оперативных вмешательств в акушерстве. Проведен анализ 37 случаев эндоскопических операций при инфекционно-воспалительных и ятрогенных осложнениях в акушерстве за 2005-2007 гг. по материалам Акушерского наблюдательного отделения (АОО) МУ ЦГБ№7 г. Екатеринбурга. Применение малоинвазивного метода оперативного вмешательства — лапароскопии — позволяет провести полноценную санацию очага инфекции и брюшной полости с сохранением матки. Кроме того, лапароскопия незаменима при необходимости опорожнения и дренирования обширных гематом малого таза и забрюшинного пространства. В АОО МУ ЦГБ№7 определены показания для лапароскопии и особенности ее проведения в послеродовом периоде, разработан алгоритм диагностики и лечебных мероприятий.

Ключевые слова: инфекционно-воспалительные осложнения, послеродовой период, лапароскопия.

Введение

ИВО в акушерстве следует считать важной клинической, организационной и социальной проблемой, так как ИВО являются следствием не только эндогенных заболеваний женщин, но и результатом акушерских манипуляций.

Особенности иммунного статуса беременной и родильницы способствуют генерализации инфекционного процесса в половых путях. Это требует в ряде случаев радикального удаления очага инфекции, а, следовательно, лишает женщину возможности выполнения репродуктивной функции в будущем, что может привести к распаду семьи, формированию депрессивных состояний и ухудшению качества жизни в целом.

Кесарево сечение во всем мире стало использоваться значительно чаще, чем 10-15 лет назад и составляет от 15 до 35% , что неизбежно приводит к увеличению частоты осложнений, иногда требующих радикального хирургического лечения в объеме гистерэктомии [1]. Важным аспектом проблемы является широ-

кое применение антибиотиков, которое привело к снижению чувствительности возбудителей к антибактериальным препаратам, сенсибилизации и аллергизации больных, росту кандидозных инфекций [2, 4]. С целью сохранения генеративной функции женщин в будущем в течение многих лет ведутся поиски методов лечения, направленных на сохранение внутренних половых органов женщины. Современные возможности для органосохраняющей тактики значительно возросли, благодаря внедрению эндоскопических технологий и рациональной антибактериальной терапии [3].

Для эффективного лечения ИВО в акушерстве в течение последних 20 лет в Екатеринбурге функционирует городское специализированное АОО с неонатальным блоком в составе многопрофильной больницы. Заболевшие родильницы переводятся в это отделение из родильных домов или поступают из дома в течение 45 дней после родов. Отделение оснащено эндоскопическим оборудованием (лапароскоп, гистероскоп), которое широко используется в практике лечения послеродовых ИВО. Концентрация заболевших в одном отделении позволяет не только обрабатывать методы диагностики и лечения послеродовых заболеваний, но и анализировать их причины, динамику с учетом специфики родовспомогательных учреждений.

Е. Ю. Глухов — к. м. н., зам. главного врача МУ ЦГБ№7
Екатеринбурга по акушерству и гинекологии;

И. А. Титова — врач первой категории отделения
общей гинекологии МУ ЦГБ№7;

Н. В. Щербакова — зав. АОО МУ ЦГБ №7, врач высшей
категории.

Таблица Структура генитальной и экстрагенитальной патологии у пациенток исследуемой группы

Патология	Число случаев	% соотношение
1. Осложнения беременности:		
- угроза прерывания беременности	3	8,1%
- гестоз	6	16,2%
- анемия	6	16,2%
- острые заболевания почек	3	8,1%
- инфекции половых путей	10	27,0%
- рубец на матке	2	5,4%
2. Гинекологические заболевания:		
- киста яичника	2	5,4%
- миома матки	1	2,7%
3. Экстрагенитальная патология:		
- эндокринные заболевания	1	2,7%
- заболевания почек	2	5,4%
- заболевания органов дыхания	1	2,7%
- заболевания сердечно-сосудистой системы	2	5,4%
- заболевания желудочно-кишечного тракта	5	13,5%
- хроническая анемия	2	5,4%
- апластическая анемия	1	2,7%

В отделении придерживаются принципа максимальной санации очага инфекции при условии сохранения репродуктивного органа. Частота гистерэктомии по поводу генерализованных инфекционно-воспалительных заболеваний составляет в последние годы в среднем 1% от числа заболевших. Органосохраняющая тактика предполагает использование малоинвазивных и эндоскопических технологий. Антибактериальная терапия проводится с учетом чувствительности микрофлоры, выделяемой из лохий. В 31,6% обнаруживаются различные виды энтерококка, в 23,1% — эпидермальный стафилококк, в 20,5% кишечная палочка, гемолитический и золотистый стафилококк встречаются 13,1 % случаев.

Цель исследования. Оценка эффективности оригинальных и технологических подходов, способных позитивно повлиять на исходы тяжелых ИВО после спонтанных родов и оперативных вмешательств в акушерстве.

Материалы и методы

Анализ 37 случаев эндоскопических операций при инфекционно-воспалительных и ятрогенных осложнениях в акушерстве за 2005-2007 гг. по материалам АОО МУ ЦГБ№7 г. Екатеринбурга. В возрасте 18-24 года прооперировано 22 женщины — 59,5% , в возрасте 25-39 лет — 15 женщин — 40,5%. Больные поступали на 2-45-е сутки послеродового или

послеоперационного периода. Первородящими были 51,4% женщин, повторнородящими — 16,2%, повторнородящими — 29,7%. 51,4% пациенток были родоразрешены путем операции кесарева сечения, 48,6% имели спонтанные роды. Структура генитальной и экстрагенитальной патологии у пациенток исследуемой группы представлена в таблице. Оперативные вмешательства произведены на оборудовании фирм «Storz» и «Фотек», инструментарий фирм «Reda» и «Аксиома», диаметр оптики 10 мм. Гистологическое исследование операционного материала проводилось в патологоанатомическом отделении ЦГБ№7, бактериологические исследования — в бактериологической лаборатории ЦГБ№7.

Результаты исследования и обсуждение

Все пациентки обследованы по принятому в АОО МУ ЦГБ№7 алгоритму диагностики, включаю-

щему:

1. Сбор анамнеза (наличие инфекций половых путей во время беременности, особенности родов и послеродового периода).
2. Влагалищное исследование (оценка состояния шейки матки, консистенция и величина тела матки, болезненность, наличие патологических образований в малом тазу, состояние вен малого таза).
3. Лабораторные исследования:
 - общий анализ крови,
 - общий анализ мочи,
 - прокальцитониновый тест (количественный и качественный),
 - бактериологическое исследование содержимого цервикального канала и полости матки,
 - посев мочи, посев крови и посев из раны,
 - коагулограмма,
 - иммунограмма.
4. Лучевая диагностика:
 - УЗИ малого таза и брюшной полости,
 - рентгенологическое исследование органов грудной клетки.
5. Инструментальные методы исследования:
 - гистероскопия в динамике,
 - лапароскопия по показаниям,
 - цистоскопия по показаниям,
 - ректороманоскопия по показаниям.

Разработан также протокол лечебных мероприятий. Как правило, лечение начинается с консервативных методов, включающих инфузионную, иммуномодулирующую и витаминотерапию. Стартовая антибактериальная терапия начиналась с антибиотиков широкого спектра действия, для последующих курсов использовались препараты с учетом чувствительности микрофлоры, выделяемой из очага воспаления и крови. При тяжелых состояниях лечение проводилось цефалоспоридами 3-4 поколения, карбапенемами или левофлоксацином. В ряде случаев использовались низкомолекулярные гепарины, иммуноглобулин.

Средние сроки наблюдения и консервативной терапии до операции составили $4,1 \pm 2,8$ суток.

Показания для проведения лапароскопии следующие:

- неясность клинической картины, когда нельзя исключить острую хирургическую или гинекологическую патологию;
- нарастание клиники системных воспалительных изменений, которые свидетельствуют о возникновении гнойного очага;
- выявление опухолевидных образований органов малого таза;
- подозрение на травму матки, несостоятельность шва на матке;
- необходимость проведения добровольной хирургической стерилизации.

Особенности проведения лапароскопии в послеродовом периоде.

Лапароскопия в послеродовом периоде имеет ряд особенностей.

1. Наличие матки различных размеров, патологических образований малого таза, риск

ранения соседних органов (кишечника, мочевого пузыря и крупных сосудов) предполагает индивидуальный выбор мест введения троакаров. Игла Вереша и первый троакар вводятся по краю пупочного кольца. У пациенток, перенесших ранее оперативные вмешательства, введение первого троакара предпочтительнее осуществлять слева выше пупка. Выбор мест введения латеральных контраппертур определяется индивидуально. В большинстве случаев, в отличие от гинекологических операций, используется дополнительный 4-й троакар, который вводится посередине между боковыми троакарами по центру срединной линии.

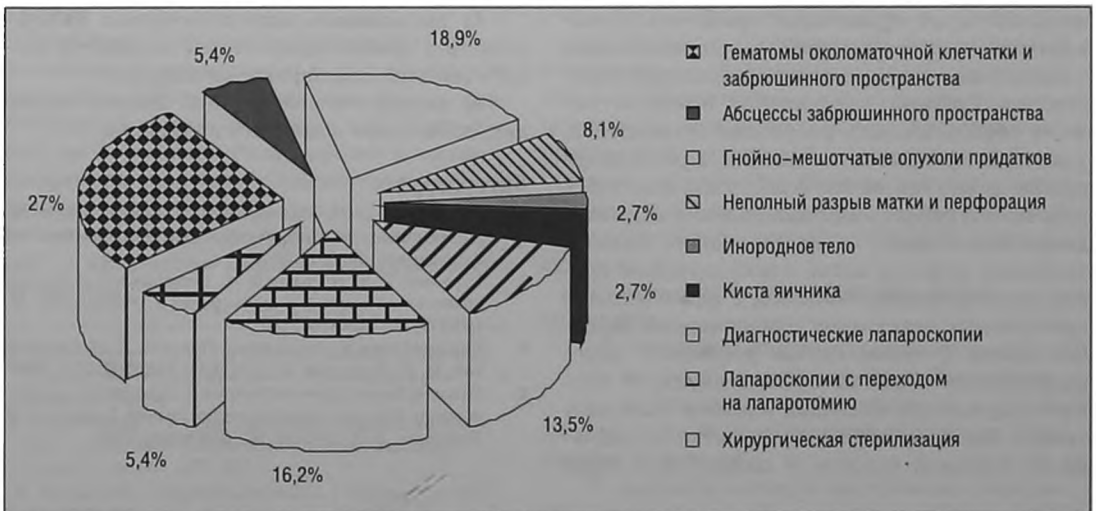
2. Тяжесть состояния больной и наличие спаечного процесса в брюшной полости в ряде случаев не позволяет провести качественную подготовку кишечника. В ситуациях, когда пациентке уже начат курс антибиотикотерапии, интраоперационно вводится суточная доза того же антибактериального средства.

3. При обнаружении во время лапароскопии тяжелого гнойного процесса интраоперационно профилактически и в последующем используются антибиотики резерва (цефалоспорины 4-го поколения, карбапенемы).

4. Учитывая высокий риск возникновения кровотечения во время лапароскопического вмешательства, возникает необходимость обеспечения готовности к проведению инфузий кровезаменителей, плазмы и препаратов крови.

5. Операции выполняются под комбинированным наркозом (внутривенный и искусственная вентиляция легких). Рекомендуются не использовать введение ингаляционных анестетиков из-за высокого риска возникновения интраоперационных кровотечений.

Рисунок Структура патологии, выявленной при лапароскопических вмешательствах



При выполнении оперативных лапароскопических вмешательств выявлена следующая патология:

- обширные (до 600-1200 мл) гематомы околоматочной клетчатки и забрюшинного пространства — 10 случаев — 27,1%;
- гнойные сальпингиты и воспалительные опухоли придатков — 7 случаев — 18,9%;
- диагностические лапароскопии с переходом на лапаротомию по показаниям — 6 случаев — 16,2%;
- диагностические лапароскопии — 5 случаев — 13,5%;
- ушивание дефектов матки по поводу неполных разрывов матки и перфорации — 3 случая — 8,1%;
- добровольные хирургические стерилизации — 2 случая — 5,4%;
- абсцессы параметрия и забрюшинного пространства — 2 случая — 5,4%;
- инородное тело брюшной полости — 1 случай — 2,7%;
- киста яичника — 1 случай — 2,7%. (рисунк).

Операции носили разнообразный характер в зависимости от вида выявленной патологии, но были направлены на сохранение репродуктивных органов. Обязательным условием органосохраняющей тактики было мониторинговое наблюдение за течением послеоперационного периода с целью своевременного решения вопроса о радикальной операции при появлении показаний.

В зависимости от выявленной патологии произведены различные хирургические вмешательства. При обнаружении гематом и абсцессов забрюшинного пространства выполнялось вскрытие, опорожнение и дренирование полости гематомы или абсцесса через переднюю брюшную стенку и влагалище. В случаях гнойно-мешотчатых образований придатков производились лапароскопические сальпингоэктомии с последующим дренированием брюшной полости, при гнойных сальпингитах брюшная полость обрабатывалась раствором антисептика, удалялись фибриновые пленки. При обнаружении дефектов матки вследствие неполных разрывов и перфорации выполнялось освобождение краев раны от фибринозного налета, ушивание дефекта матки с последующим дренированием брюшной полости. У одной больной произведена энуклеация однокамерной серозной кисты. В одном случае у больной, родоразрешенной путем кесарева сечения, во время лапароскопии находкой явилось инородное тело — большая марлевая салфетка — удалена из брюшной полости. У пациентки с подо-

зрением на перитонит туберкулезной этиологии, когда во время лапароскопии были обнаружены просовидные высыпания на поверхности париетальной и висцеральной брюшины, была взята биопсия и забор материала для бактериологического исследования. Впоследствии туберкулезный процесс подтвердился. В двух случаях произведена добровольная хирургическая стерилизация. В 6 из 11 случаев выполнения диагностических лапароскопий возникала необходимость перехода на лапаротомию по показаниям: полная или частичная несостоятельность шва на матке после кесарева сечения, флегмонозный аппендицит.

Таким образом, в 32 случаях лапароскопических вмешательств по поводу ИВО в послеродовом периоде удалось провести органосохраняющие операции. В случаях перитонита и сепсиса выполнялись только радикальные операции в объеме пангистерэктомии с сохранением яичников.

Средний койко-день пациенток исследуемой группы в 2005-2007 гг. составил $19,7 \pm 3,3$ суток, в сравнении с 2002-2004 гг., где средний койко-день — $20,6 \pm 3,8$ суток.

Выводы

- 1) осложнения послеродового периода нередко сочетаются с органической патологией малого таза, что делает необходимым включение в диагностический алгоритм, помимо УЗИ и гистероскопии, лапароскопических методов;
- 2) эндоскопические хирургические технологии могут успешно применяться в лечении послеродовых заболеваний;
- 3) использование лапароскопической техники позволяет провести щадящие органосохраняющие операции у пациенток с осложнениями послеродового периода;
- 4) выполнение эндоскопических вмешательств у данного контингента пациенток требует высокой квалификации хирурга;
- 5) хирургическое лечение должно проводиться на фоне комплексной терапии.

Литература

1. Айламазян Э. К., Кузьминых Т. У. Особенности репарации эндометрия после операции кесарева сечения. *Акуш и гин.* 2008; 1: 34-36.
2. Гуртовой Б. Л., Кулаков В. И., Воропаева С. Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. М.: «РУСФАРМАМЕД»; 1996.
3. Лапароскопия в гинекологии. Под ред. Г. М. Савельевой, И. В. Федорова. М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА; 2000.
4. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: Рук. для практикующих врачей. Под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Серова. М.: Литтерра; 2005.