



ОСЛОЖНЕНИЯ И МЕТОДЫ ИХ КОРРЕКЦИИ В ОПЕРАТИВНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Азиев О.В.

Кафедра акушерства и гинекологии Педиатрического факультета РГМУ. Центр планирования семьи и репродукции, Москва, Россия

ПОВРЕЖДЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ (ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА)

Материал и методы. Ретроспективно изучены 37 повреждений кишечника, наблюдавшихся при выполнении лапароскопических операций в различных гинекологических отделениях г. Москвы. У 11 пациенток ранения кишечника, возникали при введении первого троакара, у 20 – в процессе лапароскопического вмешательства, у 6 – в послеоперационном периоде развивалась клиника кишечной непроходимости.

Результаты. Повреждения кишечника при введении первого троакара наблюдались только у пациенток с чревосечениями в анамнезе. У 10 из 11 пациенток с повреждениями кишечника при введении первого троакара лапароскопия выполнялась по классической методике в области пупка, у 1 для лапароскопического входа в брюшную полость использовалась открытая лапароскопия. При введении первого троакара имели место: непроникающие ранения кишечника (6), проникающие ранения кишечника (3), сквозное повреждение кишечника (1), формирование тонкокишечно-брюшностеночного свища (1). При травмах кишечника первым троакаром диагноз повреждения непосредственно после возникновения был установлен в 8 из 11 наблюдений. Их коррекция у 7 больных осуществлялась лапароскопическим доступом, у 4 – путем лапаротомии. Среди пациенток с повреждениями кишечника в ходе эндоскопической операции, ранения возникали при разделении сращений брюшной полости в 19 наблюдениях, в 1 – при извлечении макропрепарата через заднюю кольпотомию. У 11 больных нарушения целостности стенки кишечника были выявлены непосредственно во время вмешательства и устранены при лапароскопии. У 8 пациенток на 2-5 сутки развивалась клиника разлитого перитонита, что требовало экстренной лапаротомии. Во время операции выявлены коагуляционные повреждения кишечника, диаметр перфорационных отверстий

колебался от 0,5 до 1,5 см. Локализация поврежденного кишечника была следующей: тонкий кишечник – 4, поперечная ободочная – 2, сигмовидная кишка – 2.

В зависимости от клинической ситуации и локализации обнаруженных повреждений по общехирургическим правилам были выполнены: восстановление целостности кишечника (у 4), резекция кишечника и анастомоз конец в конец (у 3), выведена колостома (у 1), а также санация брюшной полости и назоинтестинальная декомпрессия. У 3 пациенток в последующем для лечения перитонита были произведены повторные санационные лапаротомии (от 2 до 4). Исход во всех наблюдениях благоприятный. Клинические проявления кишечной непроходимости возникали на 3-6 сутки после эндоскопической операции. У 3 пациенток на фоне проведенного консервативного лечения отмечен положительный эффект. У 3 женщин выполнено чревосечение, адгезиолизис, назоинтестинальная декомпрессия. Исход благоприятный.

Выводы. На основании проведенного анализа, установлено, что чревосечения в анамнезе и использование монополярной электрохирургии в сочетании для разделения сращений брюшной полости следует относить к факторам риска повреждений кишечника при лапароскопии. Безопасность лапароскопических операций у пациенток с чревосечениями в анамнезе может быть повышена за счет использования альтернативных методик входа в брюшную полость и рациональной техники адгезиолизиса. Восстановление дефектов кишечника лапароскопическим доступом является эффективным при своевременной диагностике повреждений и адекватной шовной технике.

Плеханов А.Н.

Городской центр эндовидеохирургии Елизаветинской больницы, Санкт-Петербург, Россия

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРУЕМОЙ ВЛАГАЛИЩНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ И АБДОМИНАЛЬНОЙ ГИСТЕРЭКТОМИИ

Цель исследования: Целью исследования было сравнительное изучение осложнений при

выполнении лапароскопически ассистируемой влагалищной гистерэктомии (ЛАВГ) и абдоми-