

УДК 616.381-072.1:612.63

А.Б. Кутовой¹, Н.В. Енотова², М.А. Кутовой², В.А. Пелех², А.В. Мелешко³**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ**¹Днепропетровская государственная медицинская академия²Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И.Мечникова³СМСЧ-6

С целью оценки возможностей и определения лечебной эффективности использования лапароскопических операций проведен анализ результатов лечения 19 беременных женщин с абдоминальной хирургической патологией. 18 операций выполнено urgently (12 по поводу острого аппендицита, 6 – острого калькулезного холецистита), 1 – планово (по поводу кисты правого яичника и хронического калькулезного холецистита). При этом, беременных в I триместре было 4 (21,1%), во II триместре – 8 (42,1%) и в III триместре – 7 (36,8%). Во всех случаях выполнение лапароскопии не вызывало технических трудностей. Размеры матки в III триместре беременности требовали соблюдения особой осторожности при формировании дополнительных портов в брюшной стенке и существенно ограничивали возможность проведения манипуляций в нижнем и среднем этажах брюшной полости. В связи с этим, в трех случаях аппендэктомии были выполнены с экстракорпоральной обработкой культи червеобразного отростка. Послеоперационный период у всех беременных, перенесших лапароскопические хирургические вмешательства, протекал гладко. Ни в одном случае не отмечалось осложнений со стороны брюшной полости или брюшной стенки, явлений угрозы прерывания беременности.

Ключевые слова: лапароскопическая хирургия, беременность.

Несмотря на обоснованное расширение сферы использования видеохирургических технологий при абдоминальной патологии, возможность применения лапароскопии у беременных все еще вызывает некоторую настороженность, а технические приемы исполнения лапароскопических операций в разные сроки беременности далеки до унификации. Так, еще свежи в памяти работы Adam V.N. et al (2004) и Kuczkowski K. M. (2007), утверждающие позицию абсолютного противопоказания эндовидеохирургии при беременности в связи с возможным пагубным влиянием карбоксиперитонеума на плод, а так же мнение Ueberrueck T. et al (2004) о росте количества случаев эмбриональной смерти до 21% в результате лапароскопии. Однако до настоящего времени данных, подтверждающих неблагоприятное воздействие условий выполнения лапароскопии на плод не получено, а частоту гибели эмбриона большинство исследователей связывают с характером патологического процесса.

Цель работы – оценка возможностей, лечебной эффективности и анализ результатов использования лапароскопических операций при беременности.

Материал и методы

За период с 2008 по 2011 г. в клинике вы-

полнены лапароскопические операции 19 беременным женщинам по поводу абдоминальной хирургической патологии. В 18 случаях – urgently, в 1 – планово. У 4 из них был острый катаральный аппендицит, у 6 – флегмонозный, у 2 – гангренозный с явлениями местного неотграниченного серозного перитонита, у 5 – острый флегмонозный калькулезный холецистит, у 1 – острый катаральный калькулезный холецистит, водянка желчного пузыря, у 1 – хронический калькулезный холецистит, киста правого яичника. Возраст женщин находился в пределах от 18 до 39 лет, а сроки беременности – от 10 до 32 недели. При этом, беременных в I триместре было 4 (21,1%), во II триместре – 8 (42,1%) и в III триместре – 7 (36,8%). 6 из наблюдавшихся женщин имели первую беременность, 8 – повторную беременность и 1 предполагаемые первые роды, 5 – повторную беременность и предполагаемые повторные роды.

Все операции были проведены под внутривенным обезболиванием с искусственной вентилиацией легких эндотрахеальным путем. У больных в I триместре беременности первый 10 мм троакар вводили слепо под пупком. Во II и III триместрах беременности использовали метод открытой лапароскопии Hassen и первый троакар вводили в эпигастрии по срединной линии или ниже и правее мечевидного

отростка грудины. Давление углекислого газа в брюшной полости поддерживали на уровне 10-12 мм рт.ст. Манипуляции в брюшной полости проводили с особой осторожностью во избежание повреждения матки.

При аппендэктомии деваскуляризацию червеобразного отростка осуществляли путем электрокоагуляции сосудов его брыжейки монополярным или биполярным электродами. Аппендэктомии выполняли лигатурным методом. При мобильном куполе слепой кишки, отсутствии выраженных деструктивных изменений со стороны аппендикса, поздних сроках беременности, когда больших размеров матка создавала препятствия для манипуляций в области правого бокового фланка, пересечение и лигирование культи отростка производили экстракорпорально. Для этого деваскуляризованный отросток, помещенный в оригинальный эвакуатор (заявка на полезную модель U 2010 14084 от 26.11.2010), извлекали из брюшной полости через порт, расположенный над куполом слепой кишки и осуществляли временную десуффляцию брюшной полости. При инфильтративных изменениях стенок слепой кишки, очевидной деструкции червеобразного отростка, обработку его основания производили интракорпорально, используя эндопетлю.

Во всех случаях профилактику гнойно-септических осложнений проводили путем внутривенного введения 1,0 цефазолина или медаксона за 15 минут до начала операции. Антибактериальную терапию в послеоперационном периоде назначали в четырех случаях при деструктивных аппендицитах, в остальных ограничивались обезболивающими и спазмолитическими препаратами.

Результаты и обсуждение

Во всех случаях выполнение лапароскопии не вызывало технических трудностей. Осмотр органов брюшной полости обеспечивал возможность определения характера и локализации патологического процесса вне зависимости от сроков беременности. В I и II триместрах беременности увеличенная матка не создавала значимых трудностей при проведении операции с использованием эндовидеохирургических технологий. Размеры матки в III триместре требовали соблюдения особой осторожности при формировании дополнитель-

ных портов в брюшной стенке и существенно ограничивали возможность проведения манипуляций в нижнем и среднем этажах брюшной полости. Это оказало свое влияние на технику реализации аппендэктомии. У трех женщин, оперированных нами по поводу острого аппендицита в III триместре, купол слепой кишки был малоподвижным, деформированным и прижатым маткой к боковой стенке живота в мезогастррии, что послужило основанием для выполнения аппендэктомии экстракорпорально через небольшой разрез брюшной стенки над червеобразным отростком.

При выполнении лапароскопических холецистэктомий в эти же сроки беременности размеры матки существенных препятствий не оказывали. Несмотря на это, одна из трех urgentных операций потребовала конверсии в связи с наличием хрящевидного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки и была завершена традиционным путем через доступ по Федорову.

В одном случае лапароскопическая холецистэктомия, по поводу хронического калькулезного холецистита, была произведена в качестве симультанной операции у больной с кистой правого яичника на фоне беременности со сроком 27 недель. Показаниями к операции была угроза разрыва тубоовулярной тонкостенной кисты справа с размерами 10x10 мм. Расположение кисты и состояние правых придатков матки потребовали аднекэктомии.

Послеоперационный период у всех беременных, перенесших лапароскопические хирургические вмешательства, протекал гладко. Ни в одном случае не отмечалось осложнений со стороны брюшной полости или брюшной стенки, явлений угрозы прерывания беременности. Все беременные были выписаны на 4-5 сутки после операции из хирургического стационара на амбулаторное лечение или переведены в гинекологическое отделение.

У 13 больных беременность закончилась физиологическими родами через естественные родовые пути в сроки от 37 до 41 недели. Новорожденные родились с оценкой по шкале Апгар от 6 до 9 баллов, после родов были приложены к груди. Масса плодов составила от 2750 до 3900 гр. Задержки внутриутробного развития, гипоксических расстройств не отмечалось.

В одном случае беременной в возрасте 39 лет, перенесшей аппендэктомия по поводу острого гангренозного аппендицита и местного серозно-фиброзного перитонита во II триместре, было произведено родоразрешение путем операции кесарева сечения в сроке беременности 40 недель. Показаниями к операции явилось длительное бесплодие, а также наступление беременности после экстракорпорального оплодотворения. Вес новорожденного 3900 г. Ребенок находится на грудном вскармливании, развивается хорошо.

У четырех больных беременность пролонгируется по настоящее время, патологии развития плодов по данным ультразвукового исследования нет.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, заметного отрицательного влияния лапароскопических хирургических вмешательств в условиях карбоксиперитонеума на дальнейшее течение беременности, родов и состояние новорожденных нами отмечено не было. Учитывая известные преимущества использования эндовидеохирургических технологий, в частности, малую травматичность, незначительный болевой синдром, косметичность, сокращение сроков госпитализации и прочие, эти методы могут быть широко использованы в разные сроки беременности при условии исключительно тщательного соблюдения правил и техники исполнения операций.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

О.Б. Кутувий, Н.В. Єнотова, М.О. Кутувий, В.А. Пелех, О.В. Мелешко

З метою оцінки можливостей і визначення лікувальної ефективності використання лапароскопічних операцій, проведений аналіз результатів лікування 19 вагітних жінок з абдомінальною хірургічною патологією. 18 операцій виконані ургентно (12 з приводу гострого аппендициту, 6 – гострого калькульозного холециститу), 1 – планово (з приводу кісти правого яєчника і хронічного калькульозного холециститу). При цьому, вагітних в I триместрі було 4 (21,1%), в II триместрі – 8 (42,1%) і в III триместрі – 7 (36,8%). В усіх випадках виконання лапароскопії не викликало технічних труднощів. Роз-

міри матки в III триместрі вагітності вимагали дотримання особливої обережності при формуванні додаткових портів в черевній стінці та істотно обмежували можливість проведення маніпуляцій в нижньому і середньому поверхах черевної порожнини. У зв'язку з цим, в трьох випадках апендектомії були виконані з екстракорпоральною обробкою кукси червоподібного відростка. Післяопераційний період в усіх вагітних, що перенесли лапароскопічні хірургічні втручання, протікав гладко. Ні в одному випадку не відзначалося ускладнень з боку черевної порожнини або черевної стінки, явищ загрози переривання вагітності.

Ключові слова: лапароскопічна хірургія, вагітність.

ЛАПАРОСКОПІЧНА ХІРУРГІЯ ПІСЛЯ ПЕРІОДУ ВАГІТНОСТІ

А.В. Кутувий, Н.В. Єнотова, М.О. Кутувий, В.А. Пелех, А.В. Мелешко

In order to assess the feasibility and determining the medical efficacy of laparoscopic operations analysis of results of treatment 19 pregnant women with abdominal surgical pathology. 18 operations performed urgent (12 about acute appendicitis, 6- acute cholelithiasis), 1-planning (about ovarian cysts and chronic cholelithiasis). While pregnant in the first trimester was 4 (21,1%), in the 2-nd trimester-8(42,1%) and in the third trimester – 7 (36,8%). In all cases, laparoscopy did not cause technical difficulties. The size of the uterus in the 3rd trimester of pregnancy required adjustment of cautious when creating additional ports in the abdominal wall and considerably restrict the possibility of manipulation in lower and middle floors of the abdominal cavity. Accordingly, in three cases were executed with extracorporeal appendectomy treatment of vermiform. Postoperative period all pregnant women who have undergone laparoscopic surgery was proceeding smoothly. In any case there were no complications from the abdomen or abdominal wall phenomena threats to abortion.

Key words: laparoscopic surgery, pregnancy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сажин В.П. Лапароскопическая аппендэктомия при беременности / В.П. Сажин, Д.Е. Климов, И.В. Сажин, В.А. Юришев // Хирургия. Журнал имени Н.И. Пирогова. – 2009. – № 2. – С. 12-15.
2. Fozan H.A. Safety and risks of laparoscopy in pregnancy / H.A. Fozan, T. Tulandi // Curr Opin Obstet Gynecol. – 2002. – Vol. 14, № 4. – P. 375-379.
3. Kuczkowski K.M. Laparoscopic procedures during pregnancy and the risks of anesthesia: what does an obstetrician need to know? / K.M. Kuczkowski // Arch Gynecol Obstet. – 2007. – Vol. 276, № 3. – P.201-209.
4. Adam V.N. Laparoscopic surgery during pregnancy / V.N. Adam, V. Mrsić, A. Smiljanić, Z. Cala // Lijec Vjesn. – 2004. – Vol. 126, № 7-8. – P. 201-203.
5. Ninety-four appendectomies for suspected acute appendicitis during pregnancy / T. Ueberrueck, A. Koch, L. Meyer et al. // World J Surg. – 2004. – Vol. 28, № 5. – P. 508-511.

Стаття надійшла 10.03.2011