

---

---

## Краткие сообщения

---

---

УДК 618.1-089

### СТРУКТУРА УРГЕНТНОЙ ПАТОЛОГИИ И АНАЛИЗ ОПЕРАТИВНОЙ АКТИВНОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

**И. А. Микляева**<sup>1, 2\*</sup>,  
**Э. М. Османов**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
**И. К. Данилова**<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет им. Г.П. Державина», 392000, Россия, г. Тамбов, ул. Интернациональная, д. 33

<sup>2</sup> ТОГБУЗ «Городская клиническая больница имени Архиепископа Луки г. Тамбова», 392023 Россия, Тамбов, ул. Гоголя, д. 6

**Ключевые слова:** ургентная гинекология, острые гинекологические заболевания, оперативная лапароскопия, лапаротомия, органосохраняющие операции.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): [star-astarta@yandex.ru](mailto:star-astarta@yandex.ru)

Ургентные оперативные вмешательства – важная составляющая работы гинекологического отделения. Выполнен анализ структуры гинекологических заболеваний, требующих оказания ургентной помощи, и дана оценка результатов хирургического лечения 263 пациенток гинекологического отделения ТОГБУЗ «ГКБ им. Арх. Луки г. Тамбова» за 2015–2019 гг. Преобладали больные в возрасте 18–30 лет – 132, 87 женщин были в возрасте 31–40 лет, 44 – старше 40 лет.

Во всех рассмотренных случаях клинический диагноз был верифицирован результатами гистологических исследований.

Лидирующую позицию в структуре всех экстренных оперативных вмешательств занимают оперативные вмешательства по поводу внематочной беременности (ВБ) – у 117 пациенток (44 %), второе место – разрыв кисты яичника (РКЯ) – у 110 (42 %). У 22 женщин (8 %) выявлены гнойно-воспалительные заболевания матки и придатков (тубовариальные образования, пиосальпинксы, пиовары). У 14 диагностирован перекрут придатков матки.

При ВБ преобладали эндоскопические оперативные вмешательства (у 112 женщин), и только в 5 случаях выполнялась лапаротомия. Трубная беременность установлена в 109 случаях, беременность в культе маточной трубы – в 4, яичниковая – в 2. Конверсия была обусловлена выраженным спаечным процессом в брюшной полости, в малом тазу, а также невозможностью адекват-

ной санации брюшной полости или локализацией плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы.

Объем оперативного вмешательства при ВБ в большинстве случаев включал сальпингэктомию, что было обусловлено реализованной генеративной функцией пациенток и высокой частотой рецидивов трубной беременности в сохраненной маточной трубе. Органосохраняющие операции при ВБ были выполнены у 4. Размер и локализация плодного яйца являлись определяющими факторами при выборе оперативной тактики. Осторожное выдавливание плодного яйца без рассечения стенки маточной трубы проводилось при его расположении в ампулярном отделе и небольшом сроке беременности. В остальных случаях выполнялась сальпинготомия в месте локализации плодного яйца с последующим удалением его диссектором, санацией области операционного вмешательства и контролем гемостаза. В послеоперационном периоде назначали метотрексат.

Большая частота ВБ обусловлена высокой распространенностью воспалительных заболеваний органов малого таза, отсутствием надежной контрацепции, ранним началом половой жизни и частой сменой половых партнеров. Отмечается «омоложение» контингента прооперированных больных, что требует пропаганды здорового образа жизни и регулярного наблюдения у акушера-гинеколога женской консультации, информированности о методах контрацепции и за-

болеваниях, передающихся половых путем, нежелательной беременности, абортах.

Сохраняет свою актуальность вопрос о тактике ведения пациенток с РКЯ, поскольку нерациональное оперативное лечение ведет к резкому снижению овариального резерва и негативно сказывается на репродуктивной функции женщин. «Золотым стандартом» лечения при РКЯ является оперативная лапароскопия, позволяющая наиболее точно определить степень кровопотери и оценить распространенность патологического процесса. Дополнительным преимуществом такой тактики является профилактика образования спаек в послеоперационном периоде. При болевой форме РКЯ, учитывая общее состояние и стабильную гемодинамику пациентки, а также данные ультразвукового исследования органов малого таза и клинико-лабораторные показатели, от экстренного оперативного вмешательства можно воздержаться. Консервативное лечение в этом случае включает в себя гемостатическую, спазмолитическую, противовоспалительную, антибактериальную терапию, холод на низ живота, а также динамический контроль клинико-лабораторных показателей и уточнение дальнейшей тактики ведения. То же самое касается смешанной и состоявшейся формы апоплексии яичника

(без признаков продолжающегося кровотечения). Ухудшение общего состояния, появление объективных признаков внутреннего кровотечения и нарастание анемии являются показаниями к экстренному оперативному вмешательству.

Объем хирургического лечения при РКЯ в нашем отделении включал максимально щадящее вмешательство на яичнике с целью сохранения его функционирующей части. Из всех возможных методик при данной патологии (резекция яичника, вылушивание разорвавшейся кисты, коагуляция яичника, ушивание кровоточащего сосуда, эвакуация и удаление сгустков, санация брюшной полости) чаще выполнялось удаление кисты яичника с коагуляцией ее ложа (44 % случаев). Большинство операций было осуществлено эндоскопическим доступом.

Всего за изучаемый период было прооперировано 110 пациенток по поводу РКЯ, которые в 80 % случаев были представлены желтым телом (табл. 1).

В структуре urgentных оперативных вмешательств в гинекологическом отделении доля острых гнойно-воспалительных заболеваний оказалась небольшой (табл. 2).

**Таблица 1.** Объем и характер оперативного вмешательства при разрыве кисты яичника

Объем оперативного вмешательства	Всего	Лапароскопия	Лапаротомия
Резекция яичника в пределах здоровых тканей	27	26	1
Удаление кисты яичника с коагуляцией ее ложа	48	47	1
Коагуляция источника кровотечения	18	18	-
Санация, дренирование брюшной полости (в случае отсутствия признаков продолжающегося кровотечения)	12	12	-
Овариоэктомия	3	1	2
Сальпингоовариоэктомия	2	-	2
Итого:	110	104	6

**Таблица 2.** Объем оперативных вмешательств при гнойно-воспалительных заболеваниях

Объем оперативных вмешательств	Всего	Лапароскопия	Лапаротомия
Овариоэктомия	3	1	2
Одно/двусторонняя тубэктомия	7	2	5
Надвлагалищная ампутация матки с придатками	4	-	4
Экстирпация матки с придатками	4	-	4
Аднексэктомия с тубэктомией	4	3	1
Итого:	22	6	16

Основной вид доступа при острых гнойно-воспалительных заболеваниях – лапаротомия, что можно объяснить давностью заболевания, выраженностью спаечного процесса, многократными ранее проведенными операциями в брюшной полости, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Большинство операций были органосохраняющими, что приводит, как минимум, к снижению овариального резерва, утрате способности к самостоятельному зачатию, а в некоторых случаях и вовсе к потере всех органов репродуктивной системы.

Как следует из приведенного материала, в практике гинекологического отделения эндоскопические операции преобладают над лапаротомными. Это обусловлено рядом преимуществ лапароскопического подхода: быстрый выход из наркоза, меньшая потребность в анальгетиках, ранняя активизация после операции, снижение длительности пребывания в стационаре, положительный психологический эффект в связи с отсутствием выраженного косметического дефекта, что стало

возможным благодаря современному оснащению гинекологического отделения эндоскопическим оборудованием. Основными показаниями к лапаротомии в нашем стационаре являлись выраженный спаечный процесс в брюшной полости, малом тазу и наличие распространенных форм эндометриоза. Особое внимание перед проведением оперативных вмешательств уделялось наличию абсолютных и относительных противопоказаний к лапароскопии. Оценивалось общее состояние пациентки, клинико-лабораторные показатели, данные анамнеза, ультразвукового исследования органов малого таза, а также наличие аллергии, разлитого перитонита, выраженность спаечного процесса, поздние сроки беременности (больше 16–18 недель).

В связи с увеличением числа urgentных оперативных вмешательств в гинекологическом отделении возникает необходимость расширения и совершенствования реабилитационных мероприятий в послеоперационном периоде как на этапе стационарного лечения, так и на уровне амбулаторного-поликлинического звена.

---

#### STRUCTURE OF URGENT PATHOLOGY AND ANALYSIS OF OPERATIVE ACTIVITY OF GYNECOLOGICAL UNIT

I. A. Miklyaeva, E. M. Osmanov, I. K. Danilova

**Key words:** urgent gynecology, acute gynecological diseases, operative laparoscopy, laparotomy, organ-preserving operations.