ОКАЗАНИЕ УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

[1]Ладутько И.М., [2]Манушина М.Д., [2]Юшкевич Д.В., [1]Лакотко Н.Н., [3]Хрыщанович В.Я., [1]Фелькина Е.А, [2]Домаренок Е.П.

[1]ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
[2]УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
[3]УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Оказание неотложной хирургической помощи невозможно без проведения дифференциальной диагностики с другими ургентными заболеваниями органов брюшной полости и малого таза. В ряду этих заболеваний не последнее место среди занимает ургентная гинекологическая патология. Не имеет тенденции к снижению количество гинекологических заболеваний, требующих, как правило, экстренной хирургической помощи. Среди таких нозологий можно выделить острый сальпингоофорит, апоплексию яичника, внематочную беременность, перекрут кисты яичника или придатков, некроз миоматозного узла, распространенный эндометриоз. Вышеперечисленные гинекологические заболевания могут создавать определенные диагностические затруднения и негативно сказываться на результатах оказания своевременной специализированной помощи. Они встречаются в основном у женщин репродуктивного возраста, которые при сборе анамнеза часто отрицают наличие какой-либо гинекологической патологии. В гинекологической практике нередки ситуации, когда общеклинические методы обследования бывают недостаточны для установления правильного диагноза, что связано с выраженным полиморфизмом и непостоянством клинической картины заболеваний внутренних половых органов, поэтому нередко диагноз устанавливается только во время операции.

Цель исследования. Оценить ближайшие результаты диагностики и лечения пациенток, поступивших в хирургический стационар с ургентными гинекологическими заболеваниями, которые нуждаются в неотложной хирургической помощи.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 307 пациенток в возрасте от 17 до 87 лет (средний возраст – 33,2 года), госпитализированных в период с 2019 по 2022 гг. по экстренным показаниям в хирургические отделения учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска и оперированных по поводу острых гинекологических заболеваний. Из числа поступивших в стационар пациенток, бригадой скорой помощи было доставлено 216 (70,4%) женщин, по направлению поликлиники – 64 (20%) женщины с одним из предварительных «хирургических» диагнозов: острый аппендицит, острый холецистит, острый мезаденит или острый панкреатит.

Самостоятельно обратились 27 (9,6%) пациенток. Перевод больных в профильный гинекологический стационар не предполагался вследствие тяжести состояния (наличия перитонита, внутрибрюшного кровотечения) или невозможности исключения острой хирургической патологии. Пациентки предъявляли жалобы на боль в животе различной локализации и интенсивности, его вздутие, тошноту, рвоту, жидкий стул, повышение температуры тела, которые, как известно, характерны для острой хирургической патологии. То есть ургентной гинекологической патологии не были присущи некие специфические клинические симптомы и признаки, что во многом осложняло своевременную диагностику и определение показаний к хирургической операции. Обследование включало общеклинические, лабораторные, рентгенологические и ультразвуковые (УЗИ) методы. В 76% наблюдений обнаруживалось различное количество жидкости в малом тазу и/или других отделах брюшной полости. В ряде случаев рутинные методы диагностики (рентгенография, УЗИ органов брюшной полости, лабораторные анализы), осмотры смежных специалистов (врача-уролога, врача-гинеколога) не позволяли установить правильный диагноз. С учетом отсутствия в стационаре профильного гинекологического отделения, а порой и дежурного врача-гинеколога, диагностический алгоритм, оперативное пособие и послеоперационное ведение пациенток осуществлялись преимущественно врачами-хирургами. Оперированные женщины были разделены на две группы: первую группу составили пациентки с перитонитом, вторую – с внутрибрюшным кровотечением. Диагностическая видеолапароскопия выполнялась в 283 (92,2%) случаях.

Результаты и обсуждение. В первой группе по поводу острых воспалительных заболеваний яичников и придатков матки операция выполнялась в 51 случаев и заключалась в санации и дренировании брюшной полости. В 15 наблюдениях во время операции был выявлен перекрут ножки кисты правого и левого яичника (n = 11 и n = 4, соответственно) и выполнена цистэктомия. Нарушение трофики в узле миомы матки выявлено у 10 пациенток; им выполнялась субсерозная миомэктомия. Во второй группе основной патологией явилась апоплексия яичника (n = 212), которая потребовала выполнения коагуляционного гемостаза справа или слева (n = 167 и n = 44, соответственно), а также резекции правого (n = 2) и левого (n = 1) яичников. Другой причиной внутрибрюшного кровотечения была внематочная беременность (n = 19), при которой выполнялись правосторонняя тубэктомия (n = 11) или аднексэктомия (n = 1), а также тубэктомия слева (n = 7). Интраоперационная кровопотеря в среднем составила 560 мл (от 300 мл до 1600 мл). Реинфузия крови во время оперативного пособия производилась в 7 (2,3%) случаях. Конверсия с видеолапароскопии в срединную лапаротомию осуществлялась в 13 (4,3%) случаях. Начало операции с лапаротомного доступа имело место в 11 (3,5%) наблюдениях. Симультанные вмешательства проводились у 10 (3,3%) пациенток при обнаружении сопутствующей хирургической патологии – четыре аппендэктомии и 6 холецистэктомий. Все

пациентки были выписаны на амбулаторный этап лечения в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Основой эффективной профилактики острых гинекологических заболеваний должно служить своевременное выявление такой патологии на амбулаторном этапе и проведение адекватной санации, включая выполнение плановых хирургических вмешательств. Врачи-хирурги, оказывающие экстренную помощь в общехирургическом стационаре, должны владеть навыками дифференциальной диагностики и выполнения оперативных пособий, а также знаниями в части ведения послеоперационного периода у пациенток с ургентной гинекологической патологией.