

Никола Василев (КООГ – ВМА)

АКУШЕРО-ГИНЕКОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ В ХИРУРГИЧНАТА ПРАКТИКА (четиво за хирурзи)

Обикновено хирургът се сблъсква с акушеро-гинекологичен проблем, когато

- по време на хирургична операция открие генитално заболяване *или*
- по време на бременност е поставена хирургична диагноза.

ГЕНИТАЛНА НАХОДКА ПО ВРЕМЕ НА ПЛАНОВА ХИРУРГИЯ

Случайното откриване на гинекологично заболяване при планова операция е лош атестат за съответното лечебно заведение – признак за диагностична инсуфициентност в предоперативния период. Подобни изненади могат да се избегнат, ако предоперативната обработка включва задължителна консултация с гинеколог. Независимо от това, добре е да се имат предвид следните *основни положения*:

1. Акушер-гинекологът е по-подготвен да решава акушеро-гинекологични проблеми, отколкото хирурга

В интерес на пациентката е нейното гинекологично заболяване да се лекува от акушер-гинеколог, а нейното екстрагенитално хирургично заболяване – от хирург. В практиката, обаче, понякога се налага една от двете специалности да застъпи територия на другата. В такива случаи най-благоприятен е екипният подход, при който отговорността за планиране и извършване на медицинска дейност се разпределя между хирург и акушер-гинеколог. Ако обстоятелствата правят екипния подход невъзможен, а незабавната намеса е от решаващо значение за живота и здравето на пациентката, тази отговорност следва да се поеме от специалиста, в чийто ръце е попаднал случаят. Това предполага известна мултидисциплинарна подготовка както за хирурга, така и за акушер-гинеколога.

Таблица 1: Някои основни правила в оперативната гинекология

ЗАБОЛЯВАНЕТО НАЛАГА	ПОВЕДЕНИЕ
Отстраняване на маточна тръба (тръби)	Запазване на яйчника (яйчниците)
Частично отстраняване на яйчников паренхим	Запазване на остатъчния яйчников паренхим
Цялостно отстраняване на единия яйчник	1. Клиновидна резекция или щедра фенестрация на другия яйчник 2. Отстраняване на ипсилатералната тръба – по преценка
Цялостно отстраняване на двата яйчника	Отстраняване на матката и двата аднекса
Отстраняване на матката	1. Обикновено се отстранява и маточната шийка (<i>тотална хистеректомия</i> ¹) 2. При липса на заболяване на аднексите, те не се отстраняват, освен при жени в сениум
Отстраняване на тъкан, орган или тумор	За хистологично изследване се изпраща всичко отстранено, а не избрани части от него
Онкогинекологична операция	1. Поведението спрямо видимо незасегнатите органи е регламентирано от специални правила – необходима е консултация с онкогинеколог 2. Прецизният оперативен протокол е от първостепенна важност за по-нататъшната съдба на пациентката

¹ Отнесен към хистеректомията, терминът «тотална» означава отстраняване както на маточното тяло, така и на маточната шийка. Той не определя поведението спрямо аднексите.

2. Фактът, че яйчниците са два не е оправдание за екстирпация на един от тях

В оперативната гинекология съществуват някои основни правила (табл. 1). Познаването им е полезно, без при това да е необходимо тяхното абсолютизиране. Всеки клиничен случай е обект на индивидуален лечебен подход. Предложеният на пациентката индивидуален подход, от своя страна, става приложим едва след получаване на писмено информирано съгласие от пациентката или (при невъзможност за това) от неин законен представител.

ХИРУРГИЧНИ НАМЕСИ ПО ВРЕМЕ НА БРЕМЕННОСТ

Насрочването на планови операции по принцип следва да става най-рано след отбиване на кърмачето. Операциите за прогресиращи животозастрашаващи състояния (напр. злокачествени тумори) следва да се извършат било в неотложен порядък, било в разумен срок. Ако са налице данни, че плодът е достигнал белодробна зрялост (което го прави способен на извънматричен живот) хирургичната операция се съчетава с цезарово сечение. Ако плодът е наближил белодробната си зрялост, но още не я е достигнал, допустимо е изчакване от 2-3 седмици, след което се прави цезарово сечение и съответната хирургична интервенция. Състоянието на белодробната зрялост на плода се определя чрез консултация с неонатолог и/или акушер-гинеколог.

Спешните операции не могат да се отлагат в името на бременността. По литературни данни, спешни операции за неакушерски заболявания по време на бременност се извършват в 0.2-2.2 % от всички бременности. Преди окончателното решение за спешна лапаротомия, трябва да се обсъдят всички нехирургични заболявания и синдроми, имитиращи остър корем – бъбречна колика, инфаркт на миокарда, пневмония, ганстро-интестинално възпаление или абдоминална болка при системни заболявания (диабет, порфирия, колагенози и др.).

Отражение на бременността върху хирургичната диагностика

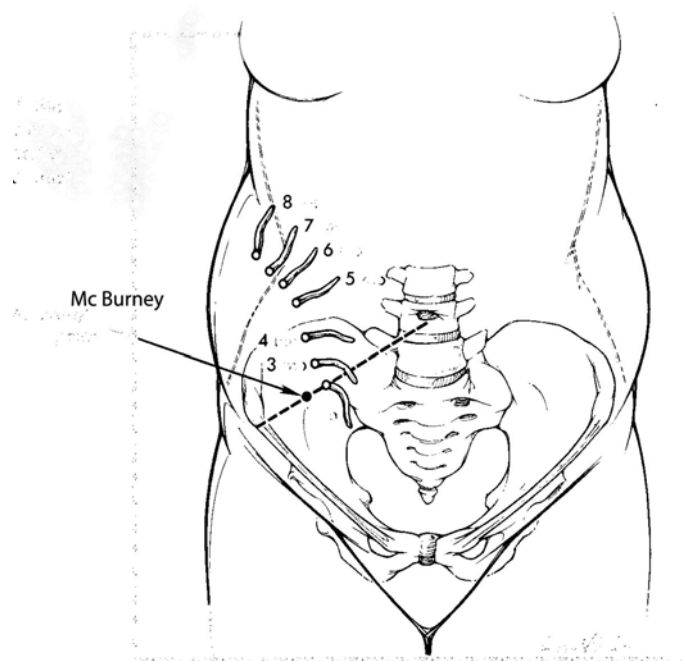
В организма на бременната жена настъпват промени, които оказват влияние върху диагностичните методи, използвани в хирургията. По-важни от тези промени са следните:

1. *Бременната матка нараства. Това води до постепенно изместване на интраперитонеалните органи и до разтягане както на коремната стена, така и на маточните връзки.*

Изместването на коремните органи в кранио-латерална посока се отразява върху физикалната находка. Това е особено очевидно при локализиране на палпаторната болка от остър апендицит (фиг. 1). Латерализирането на червата затруднява аускултаторното долавяне на перисталтика. Измественият оментум не винаги е в състояние да изпълни своята бариерна функция и затова при бременни перитонитът по-често и по-рано става дифузен.

Разтягането на коремната стена води до повишена честота на инцизионните хернии (евентрации).

Разтягането на маточните връзки (по-специално на lig. rotundum) е асиметрично и става предимно за сметка на десните връзки. Понякога разтегнатата дясна кръгла връзка може да е болезнена, имитирайки болката при остър апендицит.



Фигура 1: Изместване на апендикса и на максималната палпаторна болка при остър апендицит с напредване на бременността. Цифрите 3-8 обозначават месеци на бременността (по Danforth's Obstetrics and Gynecology, 7th Ed., Lippincott, 1994).

2. *Референтните интервали на най-често изследваните лабораторни показатели са променени от бременността.*

Примери за такива промени са физиологичното ускоряване на СУЕ, физиологичната левкоцитоза и често срещаната анемия на бременността. От хирурга се изисква повишено внимание при интерпретация на тези показатели. Съществува риск както от хипердиагностика – ако нормалните за бременност промени се пренебрегнат, така и от хиподиагностика – ако констатираните лабораторни стойности се отдадат единствено на бременността. Следователно, при бременните е още по-наложително диагнозата да не се основава на един единствен (особено лабораторен) признак, а да е резултат от анализ и синтез на всички възможни данни, с водещо значение на клиниката.

3. *В корема на бременната се намира друго човешко същество.*

Присъствието на фетус в майчиния корем най-често става причина за колебание при назначаване на рентгенови изследвания. При рутинна еднократна рентгенография в коремната област, дозата на ниво фетус е около 0.005 Gy. Тази доза може да се понижи допълнително чрез използване на колиматири и екраниране на полето. От друга страна, най-ниската доза с доказан тератогенен ефект е от порядъка на 0.05-0.1 Gy. Следователно, бременността не е контраиндикация за рентгеново изследване, ако то се налага в интерес на здравето и живота на майката.

Отражение на бременността върху избора на анестезия

Засега липсват доказателства за тератогенен ефект на общите анестетици. Воденето на обща анестезия е съпроводено с риск от поява на преходна хипотония, хипоксия и ацидоза, които се отразяват на фето-плацентарното кръвообръщение. Това обуславя известен риск за плода при обща анестезия на майката. Този риск следва да се

поеме, когато състоянието на майката налага операция и не е препоръчително тази операция да се извърши с друг вид анестезия. Не съществува универсална рецепта за най-безопасен общ анестетик или комбинация от такива по време на бременност. Когато при бременна жена се предприема въвеждане в обща анестезия следва да се има предвид, че бременността води до забавен пасаж на стомашното съдържимо в дванадесетопръстника. Това повишава риска от аспирационни инциденти и налага увереност, че стомахът е празен.

Локалната и регионална анестезия нямат контраиндикации, пряко свързани с бременността. Тяхното приложение може да се съпътства от седирание на пациентката. Възможно е и съчетаването на проводна с ендотрахеална анестезия.

«Пазене на бременността» по време на операция

Няма данни, че поголовното интраоперативно «пазене на бременността» с хормонални или токолитични препарати намалява риска от преждевременна маточна активност. Поради това, профилактичното приложение на тези медикаменти е изоставено. Ако, по време на операция или след нея се регистрират маточни контракции, метод на избор е приложението на β -адреномиметици (токолиза). Това става по препоръчваните от производителя схеми и при спазени противопоказания, под контрол на акушер-гинеколог.

Материалът е публикуван в сайта www.koog-yma.com на 8 август 2007 година.