

Мы не нашли взаимосвязи между образованием отсроченных травматических внутримозговых кровоизлияний и нарушением свертывающей и антисвертывающей систем крови. При лечении перед возникновением гематомы в клинике использовались салуретики в умеренных дозах и не применялись осмотические диуретики.

Таким образом, клинико-неврологическое ухудшение у больных с черепно-мозговой травмой, особенно после трепанации черепа, может быть обусловлено формированием отсроченной внутримозговой гематомы. Трудно выделить какие-либо специфические неврологические симптомы, позволяющие достоверно диагностировать этот вид кровоизлияний без применения дополнительных методов обследования.

По нашему мнению, в происхождении отсроченных травматических внутримозговых гематом можно выделить два механизма. Первый — это снижение мозгового кровотока в очаге ушиба мозга вследствие нарушения ауторегуляции, приводящее к локальному анаэробному гликолизу, метаболическому ацидозу, гипоксии и повышению проницаемости сосудов микроциркуляторного русла. Мелкие кровоизлияния из капилляров и венул затем сливаются и образуют гематому. Второй механизм — так называемый «бестампонадный эффект»: удаление оболочечной гематомы или декомпрессивная трепанация приводит к снижению локального внутричерепного давления, в том числе внутритканевого с одновременным повышением трансмурального давления, что на фоне нарушенной проницаемости стенки сосуда приводит к диapedезу и формированию гематомы.

Литература

1. Лантух А.В. Диагностика и дифференцированное лечение травматических внутримозговых гематом: Дисс... канд. мед. наук. — М., 1990.
2. Потапов А.А., Лантух А.В., Лихтерман Л.Б. и др.// Вопросы нейрохирургии. — 1992. — № 1. — С. 5-10.
3. Черепно-мозговая травма: Клиническое руководство/ под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. — М.: Антимор, 2001.
4. Agura T., Masuzawa H., Mizutani I. et al.// Neurol. Med.-Chir. — 1979. — Vol. 19, No. 6. — P. 459-466.
5. Fucamachi A., Kohno K., Nagasaki Y. et al.// J. Trauma. — 1985. — Vol. 25, No. 2. — P. 145-149.
6. Hayashi T., Kobayashi J., Yoshida Y. et al.// Bneuro. Med.-Chir. — 1987. — Vol. 27, No. 2. — P. 97-104.
7. Ohmori H., Miyazaki S., Munckatak et al.// Progr. Comput. Tomogr. — 1984. — Vol. 3. — P. 181-184.
8. Elsner H., Rigamouto D., Shlegel R., Corradin G.// Neurosurgery. — 1988. — Vol. 23, No. 2. — P. 258.

Поступила в редакцию 01.04.03.

DELAYED TRAUMATIC INTRACEREBRAL HEMATOMA
A.V. Korobtsov, A.V. Lantukh, E.V. Derkacheva, R.N. Akhmadiev
Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok), Vladivostok
State Medical University

Summary — In the article the authors presented an analysis of the clinical signs, first and repeated computed tomographies and outcomes of 7 cases of delayed traumatic intracerebral hematoma. They referred to the delayed ones the hematoma diagnosed with the help of repeated tomographic examination made more than in 24 hours from the moment of the trauma. In 4 cases the delayed hematoma developed after trepanation of the skull. In the researches the authors also discussed the role of microcirculation disturbances and «tamponadeless effect».

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 39-41.

УДК 616.381-072.1:618.31

В.И. Макаров, Т.Д. Новикова, Л.Ю. Лемешко,
Л.М. Грехнева

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток),
Владивостокский государственный медицинский
университет,

Ключевые слова: внематочная беременность,
лапароскопия.

Одним из наиболее часто встречающихся гинекологических заболеваний является внематочная беременность. Частота ее среди поступающих в гинекологический стационар колеблется от 1 до 6% и имеет тенденцию к увеличению [3, 5]. По данным Минздрава РФ за 1995 г., эта патология является самой частой причиной смерти среди женщин в первой половине беременности (7,2% всей материнской смертности). В большинстве

случаев неблагоприятные исходы при внематочной беременности обусловлены поздним обращением в лечебное учреждение, трудностями диагностики, поздней госпитализацией и вследствие этого несвоевременным оперативным вмешательством.

В гинекологическом отделении ГКБ № 2 Владивостока лапароскопия при внематочной беременности выполнена 65 пациенткам в возрасте от 17 до 42 лет. Около половины из них поступили более чем через 24 часа с момента появления первых признаков заболевания. При поступлении женщины предъявляли жалобы на боли различной интенсивности в низу живота, нарушение менструального цикла. У большинства отмечены кровянистые выделения из половых путей. Гемодинамика была устойчивой, клиники шока не зарегистрировано. При ультразвуковом исследовании у всех заболевших выявлены отсутствие плодного яйца в полости матки и наличие его в маточной трубе. У 40% поступивших отмечена свободная жидкость в дугласовом пространстве. Всем женщинам исследовали мочу на хориальный гонадотропин, проба во всех наблюдениях оказалась положительной.

После установления диагноза внематочной беременности выполнялась лапароскопия. Противопоказанием к применению этого метода считаются геморагический шок, клиника массивного кровотечения, локализация плодного яйца в интерстициальном отделе трубы и диаметр плодного яйца более 4 см [1, 4, 5]. Ожирение и предполагаемый массивный спаечный процесс в брюшной полости не относятся к противопоказаниям и учитываются только при выборе места введения первого троакара. На собственном материале использовались стандартные точки введения троакаров. Как правило, для выполнения манипуляций было достаточно трех троакаров. В 3 наблюдениях при выраженном спаечном процессе через четвертый прокол вводился ретрактор.

Большую помощь при выполнении манипуляций на органах малого таза оказывала введенная в матку канюля. Канюлю устанавливали после осмотра брюшной полости и подтверждения диагноза. Такой последовательности введения инструментов на собственной практике стали придерживаться после того, как у одной пациентки, несмотря на клинику и данные ультразвукового исследования, внематочной беременности не оказалось, а предварительно введенная канюля нарушила обычную маточную беременность.

Из указанных 65 случаев в 60 плодное яйцо располагалось в ампулярном отделе трубы, в 3 — в истмическом, в 1 — в культе трубы и еще в 1 — в верхнем полюсе правого яичника. В 44 случаях внематочная беременность была правосторонней и в 19 — левосторонней. У 16 пациенток в анамнезе имелась тубэктомия по поводу внематочной беременности обычным лапаротомным доступом (у 13 была удалена правая труба, у 3 — левая). Еще в 1 случае за два года до настоящей госпитализации была выполнена лапароскопическая тубэктомия по поводу внематочной беременности. При осмотре этой трубы каких-либо визуальных признаков проведенной операции обнаружить не удалось.

В отношении объема оперативного вмешательства при трубной беременности единой точки зрения у врачей, занимающихся видеолaparоскопической хирургией, нет [1, 2, 4]. Противники сохранения трубы предупреждают о возможности оставления части хориона, что может быть чревато развитием хорионэпителиомы. Они же считают, что истонченная стенка трубы может служить причиной повторной внематочной беременности. Между тем повторная внематочная беременность наступает у 6–27% оперированных женщин. А.Н. DeCherney et al. опубликовали результаты обследования 32 пациенток, имевших по две эктопические беременности: из 13 женщин, пытавшихся забеременеть, у 4 отмечена нормальная маточная гестация [4].

У всех наблюдавшихся с истмической и ампулярной беременностью были выполнены органосохраняющие операции. По противобрыжечному краю трубы продольно игольчатым электродом коагулировали стенку над плодным яйцом и вскрывали просвет

трубы. Затем диссектором или при помощи струи антисептика из аквапуратора максимально отделяли плод от стенки. Плодное яйцо захватывали биопсийными щипцами и игольчатым фиксатором и извлекали из трубы. Другими инструментами полностью извлечь яйцо, как правило, не удавалось, и приходилось удалять его фрагментами. Для коагуляции кровоточащих участков трубы применяли только биполярные инструменты, которые оставляют минимальную зону некроза. В 3 случаях для достижения гемостаза через разрез трубы подвели гемостатическую губку. Край разреза не ушивали.

Попытка лапароскопически ликвидировать беременность культи трубы в области угла матки у одной больной не увенчалась успехом. Началось выраженное кровотечение, потребовавшее продолжения операции лапаротомным доступом. В другом наблюдении при яичниковой беременности плодный пузырь был вылушен, а дефект яичника ушит Z-образным швом. Операцию закончили дренированием брюшной полости на одни сутки.

Прослежены отдаленные результаты органосохраняющих операций у 20 женщин: в 4 случаях наступила и была выношена нормальная беременность.

Таким образом, лапароскопия у больных с подозрением на внематочную беременность позволяет уточнить диагноз и провести органосохраняющее малотравматичное вмешательство. Особенно важно сохранять единственную трубу, так как только в этом случае женщина имеет шанс на наступление нормальной беременности.

Литература

1. Борисов А.Е. *Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства*. — СПб.: Предприятие ЭФА, 2002.
2. Доброхотова Ю.Э. // *Эндоскопическая хирургия*. — 2002. — № 1. — С. 37–40.
3. Кулаков В.И., Голубев В.А., Пиганова Н.Л. // *Акушерство и гинекология*. — 1993. — № 3. — С. 3–5.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В. *Эндоскопия в гинекологии*. — М.: Медицина, 2000.
5. Савельева Г.М. *Лапароскопия в гинекологии*. — М.: Медицина, 2000.

Поступила в редакцию 01.04.03.

VIDEOLAPAROSCOPY UNDER THE CASES OF ECTOPIC PREGNANCY

V.I. Makarov, T.D. Novikova, L.Yu. Lemeshko, L.M. Grekhneva

Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok), Vladivostok State Medical University

Summary — The rate of ectopic pregnancy among gynecological patients amounts to 1–6% and tends to become increased. The videolaparoscopic interventions were performed for 65 women aged 17–42, and in 63 cases there were carried out the organ preserving operations. The late fates of the patients were traced at 20 persons and in 4 cases a normal pregnancy came and was carried.

Pacific Medical Journal, 2003, No. 3, p. 41–42.