

са отмечалось у 3 (4,76%) пациенток из 1 группы и у 3 (1,92%) больных из 2 группы. Не было улучшений по шкале POPDI у 3 (4,76%) больных из 1 группы, 6 (3,85%) из 2 и у 3 (5,26%) больных из 4 группы.

Таблица 5

Качественная оценка отдаленных результатов операции в клинических группах

Раздел опросника	Результат	Клиническая группа				Всего
		1-я (n=63) абс./%	2-я (n=156) абс./%	3-я (n=18) абс./%	4-я (n=57) абс./%	
UDI	Хуже	0/0,00%	0/0,00%	0/0,00%	0/0,00%	0
	Без перемен	3/4,76%	6/3,85%	0/0,00%	3/5,26%	12
	Лучше	6/9,52%	18/11,54%	0/0,00%	9/15,79%	33
	Хорошо	15/23,81%	39/25,00%	12/66,67%	18/31,58%	84
	Отлично	39/61,90%	93/59,62%	6/33,33%	27/47,37%	165
CRADI	Хуже	0/0,00%	6/3,85%	0/0,00%	0/0,00%	6
	Без перемен	3/4,76%	3/1,92%	0/0,00%	0/0,00%	6
	Лучше	6/9,52%	30/19,23%	0/0,00%	0/0,00%	36
	Хорошо	27/42,86%	48/30,77%	0/0,00%	24/42,11%	99
	Отлично	27/42,86%	69/44,23%	18/100,0%	33/57,89%	147
POPDI	Хуже	3/4,76%	3/1,92%	0/0,00%	0/0,00%	6
	Без перемен	3/4,76%	6/3,85%	0/0,00%	3/5,26%	9
	Лучше	12/19,05%	33/21,15%	0/0,00%	0/0,00%	45
	Хорошо	18/28,57%	36/23,42%	9/50,00%	27/47,37%	90
	Отлично	27/42,86%	60/38,46%	9/50,00%	27/47,37%	123

Таким образом, в отношении характера оперативных пособий можно сделать вывод, что наилучшие результаты при хирургическом лечении тазового пролапса приносят малоинвазивные оперативные вмешательства, при выполнении которых не наносится массивной операционной травмы, не формируются грубые рубцовые изменения тканей, не изменяются анатомические взаимоотношения тазовых органов.

Выводы:

Все оцениваемые виды оперативного лечения оказывают положительное влияние на симптомокомплекс тазовых расстройств: в 80% оперативное лечение тазового пролапса приводит к успеху. В отношении расстройств мочеиспускания существенных различий в отдаленный послеоперационный период в зависимости от вида оперативных пособий не выявлено. Лучший эффект в отношении динамики симптомов пролапса гениталий, коррекции опущения передней стенки влагалища достигается после вагинальной гистерэктомии по сравнению с передней кольпоррафией. Однако, у пациенток, подвергшихся органосохраняющей и травматичной операции (вагинальной гистерэктомии) практически в 10% случаев пациентки не отмечают каких-либо улучшений, а в 5% наблюдений перенесенные операции ухудшают качество жизни. При этом, неудовлетворительные результаты получены по всем аспектам тазовых расстройств (расстройства мочеиспускания, аноректальная дисфункция, симптомы пролапса органов малого таза).

Литература

1. Беженарь В. Ф., Богарырева, Е.В. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2009. – Т. LVIII. – №2. – С.16–22.
2. Попов, А.А., Мананикова, Т.Н., Шагинян, Г.Г., Рамазанов, М. Р., Федоров, А.А., Кирюшкина, О. Г. , Пискунова, Е. В. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2006. – №4. – С.53–58.
3. Радзинский, В.Е. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. М., 2006. 336 с.
4. Barber, M.D., Walters, M.D., Cundiff, G.W. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol.194. – N5. – P.1492-1498.
5. Dietz, V., Vaart, C., Graaf, Y., Heintz, P./ International Urogynecology Journal Including Pelvic Floor Dysfunction. –2009. – N10. –P.1007/s00192-009-1014-7.
6. Heit, M., Blackwell, L., Kelly, S. // Int. Urogynecol. J. –2008. – N19. –P.143–149.

EVALUATION OF REMOTE RESULTS OF SURGICAL CORRECTION OF SMALL PELVIC ORGANS' PROLAPSE AND/OR INCONTINENCE IN WOMEN AT TENSION

A.V. OSTAPENKO, S.V. RYZHKOV, YE.Y. SHABUNINA,
A.S. NIKONOVA, A.G. MIKHAYLOV, YE.I. POLONSKAYA,
M.A. ALEKHINA

Regional Clinical Hospital № 2

Analysis of distant effectiveness of operative treating pelvic prolapse at 294 women in terms ranging from 12 till 60 months using

a questionnaire PFDI (Relvic Floor Inventory of Distress) recommended for use in clinical practice of the International Urogynaecologic Association and adapted by the authors for work in Russian hospitals. Methodology for evaluating the effectiveness of surgical treatment of pelvic prolapse has also been optimized by introducing the system of qualitative analysis of scores in all the categories the questionnaire. Best results in surgical treatment of pelvic prolapse were minimally invasive operative intervention, during which did not cause any massive operating trauma; rough cicatricial changes of tissues were not formed and did not change any anatomical relationship of pelvic organs.

Key words: pelvic prolapse, surgical treatment, remote performance.

УДК 616.381:616-002.3

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМЫ МАЛОИНВАЗИВНОГО ДОСТУПА «DEXTRUS» ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАКРЫТОЙ ЛАПАРОСТОМЫ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИТОНИТЕ

Б.Б. ХАЦИЕВ, А.Н. КУЗЬМИНОВ, К.А. МУРАВЬЕВ*

В статье представлены результаты программных санаций брюшной полости у 21 больного с распространенным гнойным перитонитом с применением системы малоинвазивного доступа «Dextrus» производства компании Johnson & Johnson.

Ключевые слова: распространенный гнойный перитонит, санация брюшной полости, система DEXTRUS.

На сегодняшний день в хирургии, несмотря на многолетнюю историю развития хирургической техники, анестезиологии, интенсивной терапии и фармакологии больные с *распространенным гнойным перитонитом* (РГП) представляют группу наиболее тяжелых больных, составляя 35-56% от всех брюшнополостных осложнений, возникающих после абдоминальных операций [3].

Поиск новых, более рациональных подходов к комплексному лечению РГП перитонита является актуальной задачей гнойной хирургии, поскольку исходы лечения РГП остаются крайне неудовлетворительными. В XXI веке перитонит все еще является непосредственной причиной смерти 50-86% умерших после операций на органах брюшной полости [2,4]. Проблема снижения общей летальности в хирургических стационарах находится в непосредственной связи с успехами лечения РГП.

Современный этап развития хирургии и медицинской науки в целом характеризуется изменением методологических подходов в оценке результатов лечения, унификацией состояний, выработкой единых универсальных критериев в оценке тяжести состояния больных. Это в полной мере относится и к проблеме РГП. Анализ литературы и собственный клинический опыт свидетельствуют о том, что положительный результат лечения больного с РГП на 80% зависит от оптимальной хирургической тактики, в первую очередь от адекватной санации и дренирования брюшной полости, и только потом – от антибактериальной и интенсивной терапии [2,4,6].

Основным методом лечения распространенного гнойного перитонита остается хирургическое устранение источника инфекции, и одним из методов хирургического лечения РГП является метод лапаротомии, при котором брюшная полость оставляется открытой или же ушивается временными швами, после чего в условиях операционной под эндотрахеальным наркозом осуществляют релапаротомию. Недостатком данного способа является риск осложнений со стороны раны, эвентрация внутренних органов, диастаз мышц передней брюшной стенки [1,4,5].

Материал и методы исследования. С целью улучшения результатов хирургического лечения предложена и внедрена в клинику система малоинвазивного доступа «Dextrus». Использование системы «Dextrus» обеспечивает герметичное закрытие лапаротомии и лапаростомной раны, а также позволяет полно и качественно осуществлять последующую лапароскопическую санацию брюшной полости. Сущность методики состоит в том, что после устранения источника перитонита проводят санацию брюшной полости растворами антисептиков, затем лапаротомную рану наглухо ушивают, но оставляют окно в 7,5-8,0 см в

* Ставропольская государственная медицинская академия, ул. Мира, 310, г. Ставрополь

зависимости от ригидности брюшной стенки, с возможностью герметизации лапаротомной раны и ее краев с последующими установкой в окно системы для малоинвазивного доступа Dextrus, по срединной линии живота с возможностью максимального доступа к очагу перитонита в эпигастрии, мезогастррии и гипогастрии и проведением ревизии брюшной полости через 24 часа под наркозом до купирования явлений перитонита.

Данная методика применена у 21 больного с распространенным гнойным перитонитом находившихся в отделении гнойной хирургии Ставропольского краевого клинического центра специализированных видов медицинской помощи. При поступлении тяжесть состояния больных оценивалась по шкале Мангеймского индекса перитонита. У 7 (33,3%) больных тяжесть состояния было менее 20 баллов, у 12 (57,2%) больных – от 20-30 баллов и у 2 (9,5%) – более 30 баллов. Возраст больных варьировал от 20 до 64 лет, средний возраст составил 43 года. мужчин было 14 (66,6%), а женщин 7 (43,4%).

Характер первичной патологии, осложнившейся распространенным гнойным перитонитом был следующим: преобладали больные с послеоперационным перитонитом 9 (42,8%) больных, с панкреонекрозом было 6 (28,6%) больных, с острым аппендицитом 3 (14,3%) больных, с острой кишечной непроходимостью было 2 (9,5%) больных и травма как причина распространенного гнойного перитонита была у 1 (4,8%) больного. Основной причиной послеоперационного перитонита была несостоятельность анастомозов у 5 (23,8%) и у 1 (4,8%) больного – ятрогенное повреждение стенки толстого кишечника.

После предоперационной подготовки, которая проводилась от 4 до 6 часов совместно с реаниматологом, выполнялась лапаротомия, с устранением или ограничением источника перитонита, санация брюшной полости выполнялась физиологическим раствором до чистых вод, лапаротомная рана ушивалась послойно узловыми швами. При этом установка системы для малоинвазивного доступа Dextrus проводилась в прямой проекции в зависимости от источника перитонита. В последующем выполнялся лаваж брюшной полости с интервалом 24-48 часов.

Результаты и их обсуждение. Количество санаций брюшной полости распределилось следующим образом: от 2-4 санации было у 14 (66,7%) больных и составило большее количество больных, от 5 до 6 санаций было у 6 (28,6%) больных и у 1 (4,7%) больного потребовалось 8 санаций.

У 16 (72,7%) больных выполнялись лапароскопические санации брюшной полости, а остальным 7 (33,3%) больным релапаротомии. Во время последних санаций брюшной полости в условиях операционной под внутривенным наркозом проводилось удаление системы Dextrus.

У всех 21 больного удалось избежать развития осложнений со стороны лапаротомной раны, а так же развития эвентрации внутренних органов и диастаза мышц передней брюшной стенки, в последующем развития послеоперационных вентральных грыж. При использовании системы Dextrus появилась возможность проведение санаций в палате интенсивной терапии, без использования общей анестезии.

Заключение. Система малоинвазивного доступа «Dextrus» облегчает проведение лапароскопической санации брюшной полости, при необходимости, позволяет осуществить легкое введение руки в брюшную полость дает возможность пальпировать и осуществлять тракцию внутренних органов и тканей; обеспечивает прямую тактильную чувствительность, способствует улучшению координации рук с глазами, и при этом полностью герметизирует линию разреза и позволяет поддерживать пневмоперитонеум на уровне 12 мм рт.ст. как при введенной в брюшную полость руке, так и без нее.

При необходимости, использование системы Dextrus позволяет проводить санации вне операционной и выполнять минимальные вмешательства без использования наркоза.

Литература

1. Бузунов, А.Ф. Лапаротомия. Лечение хирургических заболеваний живота методом открытого ведения брюшной полости / А.Ф. Бузунов. – М.: Практическая медицина, 2008. – 202 с.
2. Гостинцев, В.К. Перитонит / В.К. Гостинцев, В.П. Сажин, А.Л. Авдовенко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.
3. Осложнения в хирургии живота / В.В. Жебровский [и др.]

др]. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448 с.

4. Савельев, В.С. Перитонит / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонова. – М.: Литтерра, 2006. – 208 с.

5. Anderson, O. Short- and long-term outcome of laparostomy following intra-abdominal sepsis / O. Anderson, A. Putnis, R. Bhardwaj, M. Ho-Asjoe, E. Carapeti, AB. Williams, ML. George // *Colorectal Dis.* – 2011. – Feb. 13(2). – e 20–32.

6. Cavallaro, A. Management of secondary peritonitis: our experience / A. Cavallaro, V. Catania, M. Cavallaro, A. Zanghi, A. CapPELLANI // *Ann Ital Chir.* – 2008. – Jul-Aug; 79(4). – p. 255–60.

APPLYING INVASIVE ACCESS “DEXTRUS” SYSTEM’S LOW INVASIVE ACCESS FOR FORMING CLOSED LAPAROSTOMA AT GENERALIZED PURULENT PERITONITIS

B.B. KHATSIEV, A.N. KUZMINOV, K.A. MURAVYOV

Stavropol State Medical Academy, Stavropol

The article presents the results of programmed abdominal sanations in whatsoever 21 patients with some kind of diffuse purulent peritonitis with applying Johnson & Johnson “Dextrus” system’s low and slow and below invasive access.

Key words: diffuse purulent peritonitis, abdominal sanitation, “Dextrus” system.

УДК 616.817.4

ЙОДОБРОМНЫЕ ВОДЫ И АКУПUNKТУРА В РЕАБИЛИТАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ АДЕНОМИОЗОМ

З.А. МЕЖГИХОВА, А.Т. ТЕРЁШИН*

Статья посвящена изучению комбинированного использования йодобромных процедур и акупунктуры в реабилитации репродуктивной функции у больных аденомиозом. Актуальность статьи заключается в отсутствии данных литературы по данной проблеме.

Ключевые слова: аденомиоз, йодобромные воды, акупунктура.

В структуре женского бесплодия аденомиоз занимает 18-26% [1,6,8]. Аденомиоз, ассоциированный с бесплодием, сопровождается функциональными нарушениями гипоталамо-гипофизарно-надпочечниково-яичниковой системы (ГГНЯС), лимбико-ретикулярного комплекса (ЛРК) и иммунокомпетентной системы, вазоконгестивными процессами в органах малого таза [4-6,8]. Используемая гормоно- и фармакотерапия у больных аденомиозом позволяет восстановить репродуктивную функцию в 32-38% случаев, вызывая в 54-62% случаев ряд побочных явлений [1,6,8], что заставляет изыскивать немедикаментозные методы лечения, адекватно влияющие на все иерархические уровни обеспечения репродуктивной системы. Этим требованиям отвечают йодобромные воды и акупунктура, обладающие противовоспалительным, дефибрирующим, стресслимитирующим, антиноцицептивным, вегетотропным, иммунокорригирующим действиями, нормализующим влиянием на ГГНЯС, функциональную активность ЛРК, сократительную активность маточных труб [2,3,6-8]. Как считает ряд исследователей [4,6,8], психотерапевтическая коррекция в комплексном лечении больных с бесплодием повышает процент наступления беременности.

Данные литературы о комбинированном использовании акупунктуры и йодобромных вод у больных аденомиозом в реабилитации репродуктивной функции отсутствуют, что и явилось целью настоящего исследования.

Цель исследования – изучить комбинированное использование йодобромных процедур и акупунктуры в реабилитации репродуктивной функции у больных аденомиозом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 80 больных длительностью бесплодия от 1 года до 5 лет (в среднем $3,3 \pm 1,1$ года) в возрасте от 21 до 35 лет (в среднем $28,7 \pm 1,5$ лет), у которых при гистероскопии и гистологическом обследовании эндометрия был выявлен аденомиоз II степени. Первичное бесплодие было у 63 (78,6%), вторичное – у 17 (21,3%) больных.

Индекс тревоги (ИТ) изучали по методу Тейлора, адаптированного Т.А. Немчиным, **индекс депрессии (ИД)** – по шкале

* ФГБУ «Пятигорский ГНИИК ФМБА России», проспект Кирова, 30, г.Пятигорск, Ставропольский край