



НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ЕЕ ПРИДАТКОВ

Аракелян Б. В., Рухляда Н. Н., Левитина Е. И., Фридман Д. Б.

ГУ СПб НИИ скорой помощи
им. И. И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАСПРОСТРАНЁННЫХ ФОРМ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ЕЁ ПРИДАТКОВ (ГВЗПМ)

Материал и методы. Нами проанализированы истории болезней 86 женщин (I, II, III группы), с распространёнными формами ГВЗПМ. В исследование вошли пациентки в возрасте от 15 до 50 лет ($33,1 \pm 9,8$ лет); клинические формы заболеваний подтверждены интраоперационно: вовлечение кишечника с различной степенью деструкции (100 %), вторичный аппендицит (55,8 %), межкишечные абсцессы (3,5 %), забрюшинная флегмона (1,2 %), поддиафрагмальный абсцесс (1,2 %), параметрит с вовлечением мочеточника (-ов) (3,5 %), обширные деструктивные поражения большого сальника (18,6 %). Для проведения анализа выделены 4 группы в зависимости от распространённости перитонита и клинической формы заболевания: I — ГВЗПМ с вторичным поражением органов брюшной, осложнённые разлитым перитонитом ($n = 27$); II — ГВЗПМ с вторичным поражением органов брюшной полости, осложнённые пельвиоперитонитом ($n = 47$); III — ГВЗПМ с развитием разлитого перитонита — вскрывшиеся пиосальпинксы, тубоовариальные абсцессы без прямого вовлечения в гнойный процесс органов брюшной полости ($n = 12$); IV — ГВЗПМ, осложнённые пельвиоперитонитом ($n = 16$).

Результаты исследования. У всех больных основу комплексного лечения составило хирургическое вмешательство.

Все больные прооперированы в 1 — 2 сутки от момента поступления в стационар. В 38 случаях была выполнена лапароскопия, переход на лапаротомию потребовался в I группе в 100 % случаев, II — 100 %, III — 85,7 %, IV — 12,5 %. При лапароскопии невозможность идентификации источника воспаления, вследствие выраженного слипчивого процесса, вздутия петель кишок, составила 71,4 % и 87,5 % в I и II группах, соответственно. Обращает на себя внимание высокая частота интраоперационных осложнений в I группе больных — 3 случая ранения кишки (11,1 %). Послеоперационные осложнения встречаются в I и II группах в 48,1 % и 21,3 %, III — 33,3 %, в IV группе больных осложнений не наблюдалось. Причём осложнения, потребовавшие выполнения релапаротомии, в I и II группах 30,8 % и 30 %, соответственно. Летальность в I группе составила 15,4 %.

Выводы: 1). Необходим диагностический алгоритм, предположить с высокой степенью достоверности наличие экстрагенитальных гнойных поражений органов брюшной полости при ГВЗПМ. 2) Применение лапароскопии у I, II, III групп больных пока нецелесообразно вследствие низкой информативности методики, высокого риска интраоперационных осложнений, удлинения операционного времени.

Аракелян Б.В., Рухляда Н.Н., Левитина Е.И., Фридман Д.Б.

ГУ СПб НИИ скорой помощи
им. И.И. Джанелидзе,
Санкт-Петербург, Россия

ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ МИКРОГЕМОДИНАМИКИ ТОНКОЙ КИШКИ В ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МАТКИ И ЕЁ ПРИДАТКОВ, ОСЛОЖНЁННЫХ РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Цель работы: изучение значимости нарушений микрогемодинамики кишечника в диагностике послеоперационного перитонита.

Материал и методы. 42 пациентки в возрасте от 16 до 52 лет ($37,2 \pm 7,2$ года) с гнойно-воспа-

лительными заболеваниями матки и её придатков, осложнённых разлитым перитонитом с синдромом полиорганной недостаточности. Наличие и оценка функциональной органно-системной недостаточности осуществлялась по критериям

A. Baue et al., 2000, и по шкале SOFA. Ко всем пациенткам применялся разработанный нами способ оценки нарушений микроциркуляции путём динамической контактной биомикроскопии микрососудистого русла тонкой кишки. В раннем послеоперационном периоде микрогистероскоп (Richard Wolf) вводился через дополнительный порт в брюшной стенке что, позволяло оценить состояние регионарной микрогемодинамики в нескольких (не менее, чем в 4-х) точках. Оценка кровотока проводилась в соответствии с критериями нарушений микроциркуляции в кишечнике по В.Я. Белому (1981). Выделены 2 группы сравнения в зависимости от степени нарушения регионарной микрогемодинамики: группа 1 — 13 пациенток с оценкой мезентериального кровотока более 5 баллов, группа 2 — 29 женщин с оценкой менее 5 баллов.

Результаты исследования. Основные лабораторные показатели на 1–2 сутки послеоперационного периода в исследуемых группах больных достоверно не различались ($p > 0,05$). Достоверная разница в биохимических показателях проявлялась на 4–5 сутки послеоперационного периода, когда по совокупности клинико-лабораторных данных принималось решение о коррекции терапии, либо выполнении релапаротомии. Посуточные изменения лейкоцитов крови, интегрированных показателей — ЛИИ (по Кальф-Калифу), балльной оценки по шкале SOFA имеют высокий прогностический уровень (до $r = 0,77$) в отношении развития послеоперационного перитонита. Однако среднестатистический разброс этих по-

казателей и достоверное изменение от изначального уровня лишь на 3–5 сутки в определённой мере нивелируют их диагностическую ценность. То есть, очевидно, что данные показатели больше пригодны для оценки групп больных, нежели применимы к конкретному пациенту. Балльная оценка мезентериального кровотока имеет более высокий уровень корреляции с сутками послеоперационного периода $r = 0,99$ у пациенток группы 1 и $r = -0,96$ у пациенток группы 2. У всех больных с оценкой мезентериального кровотока на 1 сутки более 5 баллов (группа 1, $n = 13$) послеоперационный период осложнён прогрессирующим перитонитом, потребовавшим выполнения релапаротомии в 9 случаях (69,2 %), в остальных 4 (30,8 %) случаях проводилась коррекция назначенной терапии. Ретроспективно, отсутствие динамики снижения балльной оценки нарушений микроциркуляции на 2-е сутки (в среднем на 2 балла) с высокой степенью вероятности — 88,9 % свидетельствует о необходимости выполнения релапаротомии. В группе 2 послеоперационного перитонита не зарегистрировано ни в одном случае, релапаротомий не выполнялось.

Выводы: 1) Балльная оценка мезентериального кровотока позволяет с высокой степенью вероятности предположить развитие у больной послеоперационного перитонита раньше, чем диагноз может быть верифицирован по клинико-лабораторным данным. 2) Балльная оценка мезентериального кровотока может являться критерием к коррекции терапии, выполнению программной релапаротомии.

¹Ведерникова Н.В., ¹Ищенко А.И.,
¹Жолобова М.Н., ¹Александров Л.С.,
²Раннев И.Б.

¹Кафедра акушерства и гинекологии № 1,
ММА им.И.М.Сеченова;

²ГКБ № 53, Москва, Россия

ВНЕДРЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА СКОРОПОМОЩНОГО ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Актуальность проблемы. Продолжающееся широкое внедрение эндоскопических технологий привело к необходимости более совершенной коррекции алгоритма лечебного процесса в клинике неотложной гинекологии.

Материал и методы. Проанализированы 726 историй болезни по поводу оперативных вмешательств. В том числе у 260 (26 %) пациенток с использованием эндоскопического доступа.

Результаты исследования. Внедрение широкого спектра эндоскопических вмешательств в ургентной гинекологии позволило изменить классические подходы в лечении ряда заболева-

ний. Трудности в диагностике ряда заболеваний при наличии картины острого живота привели к необходимости назначения диагностической лапароскопии в условиях приемного покоя (380 пациенток) При анализе историй отмечено наличие острого воспаления придатков матки в 27,5 % случаев, из них у 9 % выявлен пиосальпинкс, в 8 % случаев гнойные tuboовариальные образования. Широкое внедрение лапароскопического метода диагностики в ночное время позволило (18,8 %) пациенткам выполнить органосохраняющее лечение. Однако, в 9 случаях приходилось произвести эндоскопическую операцию second