

УДК 618.1-089, 618.12-002

Н. В. Баулина, А. А. Баулин, А. В. Смолькина, Е. А. Баулина, А. В. Баулин

ВЫНУЖДЕННЫЕ РЕЛАПАРОТОМИИ В УРГЕНТНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Аннотация. Проанализирован опыт применения программированных и вынужденных лапаротомий у пациенток с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки. Отмечена перспективность применения лапароскопических технологий в ургентной гинекологии.

Ключевые слова: перитонит, релапаротомия, острые гнойно-воспалительные заболевания придатков матки.

Abstract. The authors have analyzed the experience of programmed and forced laparotomy in patients with purulent-inflammatory diseases of uterus. The article proves the availability of laparoscopic technologies application in emergency obstetrics.

Key words: peritonitis, relaparotomy, acute purulent-inflammatory diseases of uterus.

Введение

Релапаротомия (relaparotomia; ре- + лапаротомия) – повторная лапаротомия, производимая в послеоперационном периоде по поводу возникших осложнений. Релапаротомии не являются редкостью, производятся повсеместно и, несмотря на то, что такое вмешательство пользуется «дурной славой» главным образом вследствие высокой летальности, релапаротомии выполнялись и будут выполняться. Подтверждением этого является отчетливая тенденция за последние два-три десятилетия к росту частоты данных вмешательств. Так, в 1989 г. К. И. Мышкин представил сводную статистику, охватывавшую опыт более чем 195 990 операций, произведенных 15 хирургами в конце 1970-х гг., где частота релапаротомии составляла до 3,86 %, а летальность при этом достигала 63,6 % в зависимости от вида осложнения, по поводу которого она предпринималась [1, 2]. А уже в 1980-е и 1990-е гг. отмечен повсеместный рост релапаротомий, при этом частота их достигла 7,1 % при летальности до 82 %, причем повторные вмешательства чаще выполнялись не после экстренных, а после плановых операций [2]. Если же учесть, что число больных, оперированных на органах брюшной полости, исчисляется миллионами, то становится понятной истинная актуальность проблемы.

Исходы релапаротомий до настоящего времени остаются неудовлетворительными, хотя в общем-то ни у кого не вызывает сомнения то, что летальный исход, как правило, определяется не самой релапаротомией, а тем, что она выполняется поздно и показания к ней обычно устанавливают при уже свершившейся катастрофе в брюшной полости, когда показания к операции несомненны. Многие исследователи приводят достаточно убедительные данные о том, что в сомнительных случаях именно активная хирургическая тактика является более оправданной, чем выжидание, так как современные достижения анестезиологии, интенсивной терапии и реабилитации создают реальные возможности добиться выздоровления даже критически больных [3–6].

Цель исследования: анализ непосредственных результатов оперативного лечения пациенток с гнойно-воспалительными заболеваниями органов малого таза с применением тактики санационных релапаротомий.

1. Материал и методы исследования

В практической деятельности под релапаротомией понимается необходимость повторного вмешательства (лапаротомии) с целью коррекции:

- 1) проблем, не решенных во время первичного вмешательства;
- 2) возникших осложнений.

Показания к релапаротомии выставляются до достижения какого-либо стойкого результата. При этом разделяют релапаротомии на вынужденные и программированные.

Вынужденная релапаротомия выполняется экстренно в связи с развившимся осложнением, которое патогенетически прямо или косвенно связано с основным заболеванием или выполненной операцией и вполне могло возникнуть в послеоперационном периоде

Программированную релапаротомию планируют заранее, как правило, во время первичной операции. Показания к программированной релапаротомии выставляют в тех случаях, когда во время первичной операции по тем или иным причинам не удалось решить все хирургические проблемы, а также в случае необходимости контроля за течением патологического процесса в брюшной полости, что полностью соответствует принятой в Европе и США тактике second-look. Как показывает практика, пациенты, которым предстоит программированная релапаротомия, – это крайне тяжелый контингент, находящийся на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

Кроме одиночных исчерпывающих операций в гинекологическом отделении № 1 Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. Г. А. Захарьина за последние 5 лет были выполнены 72 программируемые эндоскопические санации малого таза у 29 пациенток, выполняемых через 24–36 ч и числом от 2 до 6 вмешательств у каждой пациентки.

При анализе лечения запущенных перитонитов (III стадия) у 54 пациенток были выявлены 86 хирургических осложнений (у 100 % от 1 до 3): 62 – внутрибрюшные осложнения (продолженный перитонит, межпетельные абсцессы, непроходимость кишечника), 22 – гнойные раневые осложнения, в том числе в месте стояния дренажей, 3 – другие. В данной группе у 9 пациенток было повреждение желудочно-кишечного тракта.

Среднее пребывание в ОРИТ составило $4,6 \pm 1,8$ дня, причем 12 пациенток в ОРИТ находились дважды. Возникшие осложнения привели к вынужденным релапаротомиям у 46 женщин в сроки от 3 до 8 дней с момента первой операции. У 9 производились вскрытия абсцессов и флегмон брюшной стенки и накладывались вторичные швы. Осложнения выявлялись своевременно, вмешательства были адекватными по объему и современными по технологии, что сказалось на непосредственных результатах – все пациентки выздоровели. Среднее пребывание в стационаре составило $32,3 \pm 10,4$ дня. В позднем периоде послеоперационные грыжи выявлены у 22 женщин, 7 оперированы по поводу спаечной непроходимости и 5 – по поводу гнойно-воспалительных осложнений со стороны брюшной полости и брюшной стенки.

В течение последних 7 лет нами была изменена тактика, согласно которой у пациенток с тяжелыми формами перитонита мы стали программировать релапаротомии. Были сформулированы следующие показания к программированной релапаротомии: III стадия перитонита; длительность заболевания более 2–3 суток; большое количество гнойного выпота (выпот занимает более

двух анатомических областей объемом более 500 мл), особенно подозрительного на анаэробный характер; значительные фибриновые наложения со слипчивым процессом и склонностью к абсцессообразованию; оставление части оболочек тазовых или межпетельных гнойников; неуверенность в целостности полых органов в зоне вмешательства. Во время первой операции, как и в предыдущей группе пациенток, производили радикальный объем вмешательства: удаление первичного очага (экстирпация матки с маточными трубами, пангистерэктомия); обстоятельное санирование брюшной полости и дренирование через контрапертуры активными дренажами; временное ушивание раны. Всего оперировано 29 женщин. Программированные релапаротомии были выполнены через 21–30 ч.

Во время программированных релапаротомий у всех отмечалась в той или иной степени выраженная положительная динамика. В то же время из 29 оперированных женщин у 26 в тазу сохранялись остатки некротических тканей, у 13 – обнаружены формирующиеся межпетельные абсцессы, у 7 – имелись гнойные наложения вокруг лигатур, у 18 – кишечные петли создавали ангуляцию, у 14 – в пространстве между брюшной стенкой, кишечными петлями и дренажами найдены большие скопления гнойно-фибринозной массы, а у одной больной обнаружены две некротизированные жировые подвески. Две программированные релапаротомии выполнены двум женщинам, три – четырем, после которых рану зашивали классически наглухо с оставлением дренажей в контрапертурах.

В отделении реанимации пациентки данной группы находились однократно в среднем $3,5 \pm 1,5$ дня. Показаний к вынужденным релапаротомиям не было. Внутривнутрибрюшных и раневых осложнений не было. Внебрюшные осложнения диагностированы у 7 женщин: плевропневмония – у четырех, бронхопневмония – у одной больной. Умерли две пациентки, госпитализированные с крайне запущенными формами перитонита. Среднее пребывание в больнице составило $22,8 \pm 5,4$ дня. В позднем периоде у двух больных возникла послеоперационная грыжа.

Считаем оправданной данную тактику.

С 1996 г. нами внедрена круглосуточная ежедневная работа лапароскопической стойки для оказания экстренной гинекологической помощи. В среднем за год в отделении лечится 350–370 пациенток с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки (ОГВЗПМ). Постепенно классическая лапаротомия заменена на эндохирургический способ у 80,2 % всех оперированных.

Выросла оперативная активность по отношению к заболеваниям, леченным ранее консервативно: с 23,6 % в первые годы работы к настоящему дню достигла 38,3 %. Стали применять эндохирургические санации у 50,8 % пациенток при неосложненных формах заболеваний (острые гнойные сальпингоофориты с явлениями пельвиоперитонита), которые ранее в подавляющем большинстве лечились консервативно, и это приводило к перитонеальному бесплодию. Воздействие на очаг заключалось в ревизии органов малого таза, адгезиолизисе, санации и дренировании.

У пациенток с осложненными формами ОГВЗПМ (60–70 ежегодно) процент замены классического способа вмешательства на эндохирургический достиг 58,9 (цифра могла быть выше при оказании помощи по линии ОМС). Объем оперативных вмешательств варьирует в зависимости от интраопера-

ционной ситуации. Кроме одиночных исчерпывающих операций, за последние 5 лет было выполнено 72 программируемых эндоскопических санации малого таза у 29 пациенток с количеством вмешательств от 2 до 6 у одной, выполняемых через 24–36 ч. Показания и количество зависели от темпа обратного развития воспалительного процесса (визуально и по данным клинико-лабораторных методов). Следует заметить, что мы отказались от классического канона, предписывающего удаление парного органа как возможного источника продолжения воспалительного процесса без отрицательных последствий у наблюдаемых пациенток. Технология повторного входа не предусматривала оставления портов, вход осуществляли через нанесенные ранее места проколов.

У 32 пациенток с распространенными формами ОГВЗПМ при невозможности санировать эндоскопически мы выполнили 37 программируемых релапаротомии (от 1 до 3).

Таким образом, наш опыт применения эндохирургического метода, программируемых лапароскопий и программированных релапаротомий дает возможность увеличить процент органосохраняющих операций при ОГВЗПМ, увеличить тем самым шанс сохранения возможности репродукции особенно у пациенток молодого возраста, снизить количество осложнений, вынужденных релапаротомий, уменьшить сроки лечения и расходы на лечение.

Техника и особенности санации при программированных релапаротомиях

Поскольку до первой операции не у всех больных были признаки распространенного воспаления брюшины и мы не знали об изменениях в брюшной полости, показания к программированным санациям выставляли уже по ходу вмешательства в брюшной полости. Поэтому первая операция начиналась так же, как и у пациенток группы сравнения. Но в том случае, если у больной предполагался разлитой характер поражения брюшины, физикально определялся значительный очаг воспаления в тазу или были признаки кишечной непроходимости, то разрез брюшной стенки по средней линии начинали сразу же на середине расстояния от грудины до пупка и до уровня лонного сочленения с обходом пупка слева. При наличии пупочной грыжи, а в последнее время и без нее, производили разрез непосредственно через пупок, т.е. разрез проходил точно по средней линии. Рассекали кожу, подкожную клетчатку, белую линию живота. Прямые мышцы ниже пупка разводили в стороны тупо. Ассистент подводил наконечник отсоса, осторожно рассекали брюшину, подведенным кончиком отсоса удаляли жидкое содержимое из брюшной полости, забирая часть его в стерильную пробирку для бактериологического исследования. К краям раны фиксировали швами полотенца, смоченные в растворе антисептика.

Как и в сравниваемой группе, осторожно эвакуировали патологическую жидкость из брюшной полости с постепенным промыванием ее стерильным раствором и осторожным удалением наложений фибрина. Тонкую кишку оттесняли краниально, отгораживали полотенцами и приступали к вмешательству на органах таза. У большинства пациенток вначале довольно сложно дифференцировать внутренние органы из-за спаек, поэтому тупо и остро, буквально по долям миллиметра разделяли органы, особенно осторожно об-

рашааясь с толстой кишкой. Однако мы не обходились без повреждений той или иной степени, несмотря даже на тщательность и осторожность (табл. 1).

Таблица 1
Повреждение соседних органов при выполнении операций

Виды повреждений	Исследуемые группы	
	Основная, <i>n</i> = 29	Сравнения, <i>n</i> = 68
Поверхностные повреждения кишок	2	8
Проникающие повреждения тонкой кишки	0	3
Проникающие повреждения толстой кишки	0	2
Повреждение мочевого пузыря	0	1
Повреждения мочеточника	0	1
Всего	2	15
Процент от общего количества больных	6,7 %	22,1 %

Из представленной таблицы видно, что старание произвести максимально радикальное вмешательство в брюшной полости ведет к значительному увеличению как частоты, так и тяжести вынужденных повреждений. Так, в основной группе при нашей хирургической тактике мы отмечали лишь поверхностное повреждение кишок у двух больных, что составило 6,7 %. В группе сравнения мы отметили не только поверхностные повреждения, но и перфорации тонкой и толстой кишок, мочевого пузыря и мочеточника. Все это связано со стремлением суперрадикально произвести санацию в надежде завершить хирургическое воздействие за один этап. Соответственно повреждения возросли более чем в 3 раза (до 22,1 %), что собственно и приводило в последующем к вынужденным релапаротомиям в неблагоприятных ситуациях.

У двух больных основной группы и у 13 группы сравнения патологический процесс был настолько выраженный, что мы не рассматривали повреждение внутренних органов как чисто ятрогенное, поскольку стенки соседних с гениталиями органов создавали фактически пиогенную капсулу очага воспаления. Большее количество повреждений в группе сравнения связано в первую очередь с желанием и старанием наиболее радикально воздействовать на очаг, унести максимально радикально все подозрительные ткани.

Объем операции в тазу у больных основной группы мы выполняли по тем же принципам, что описаны в предыдущей главе. Однако при этом всегда помнили, что лучше оставить часть капсулы гнойного очага, нежели повредить прилежащие органы, особенно мочеточник. Тем более это касается больных, которым планировали программированную релапаротомию, поскольку есть возможность осмотреть и выполнить санацию повторно, а опыт уже показал, что со временем часть пиогенной капсулы хорошо отграничивается, и возникает благоприятная анатомическая ситуация для более радикальной санации.

Во время программированной релапаротомии у всех пациенток отмечали положительную динамику воспалительного процесса в брюшной полости, но в то же время у всех сохранялся серозно-гнойный или гнойно-фибринозный экссудат, особенно в отлогах местах, который мог бы быть источником последующих внутрибрюшных осложнений (табл. 2).

**Характер изменений в брюшной полости
при проведении программированной релапаротомии**

Положительная динамика	Первая релапаротомия	Вторая релапаротомия
	29	6
Формирующиеся межпетельные абсцессы	9	1
Распространенность экссудата:		
таз	18	6
нижний этаж	16	2
верхний этаж	3	0
Остатки некротических тканей	11	1
Гнойные наложения	8	1
Ангуляция кишечных петель	14	1
Деструкция органов	9	1

Необходимость проведения программированной релапаротомии подтверждают интраоперационные находки в брюшной полости. Хотя в целом у подавляющего большинства мы наблюдали положительную динамику в брюшной полости, в частности по выраженности воспалительного процесса, но у 11 – в тазу сохранялись остатки некротических тканей, у 9 – обнаружены формирующиеся межпетельные абсцессы, у 8 – имелись гнойные наложения вокруг лигатур, у 14 – кишечные петли создавали ангуляцию, у 26 – в пространстве между брюшной стенкой, кишечными петлями и дренажами найдены большие скопления гнойно-фибринозной массы, причем у отдельных по 2–3 очага в разных этажах, у шести – деструкция тонкой кишки, у двух из них потребовалась резекция участка тонкой кишки, у трех – частичный некроз большого сальника, а у одной больной обнаружены две некротизированные жировые подвески. Двум больным пришлось интубировать тонкую кишку назогастрально и одной формировать илеостому. Вторая программированная релапаротомия у двух женщин после основательной санации не была показана, поэтому рану зашивали классически наглухо с оставлением дренажей в контрапертурах. У одной больной выполнили две и у двух три программированные релапаротомии по причине недостаточного эффекта в динамике.

Заключение

Лечение острых гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки является актуальной проблемой для гинекологического отделения, оказывающего экстренную помощь, поскольку данная нозология стабильно занимает одно из первых мест в структуре гинекологической патологии и является частой причиной возникновения тяжелых послеоперационных осложнений, приводящих к вынужденным релапаротомиям. На сегодня в литературе появились сообщения о программированных релапароскопиях при ОГВЗПМ, но практически нет публикаций, касающихся программированных релапаротомий [6].

Современная организация оказания экстренной гинекологической помощи требует, чтобы эндохирургические методы выходили на ведущее место

и являлись основополагающими для уточнения диагноза и проведения дифференциальной диагностики с хирургической и другой патологией как составная часть в комплексе лечения (санация, детоксикация, хирургическое удаление гнойного очага с адекватным дренированием).

Список литературы

1. **Мышкин, К. И.** Спорные вопросы терминологии и классификации релапаротомии / К. И. Мышкин, Г. А. Блувштейн // Хирургия. – 1989. – № 2. – С. 69–73.
2. **Мышкин, К. И.** Релапаротомия после экстренных оперативных вмешательств / К. И. Мышкин, Г. А. Блувштейн, Ю. Н. Лопатинский // Хирургия. – 1989. – № 12. – С. 39–42.
3. **Савельев, В. С.** Релапаротомия в неотложной хирургии / В. С. Савельев, В. А. Гологорский // Хирургия. – 1987. – № 1. – С. 9–14.
4. **Саенко, В. Ф.** Тактика хирургического лечения послеоперационного разлитого перитонита / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский, Л. Ю. Маркулан, Э. В. Горшевикова // Клин. хир. – 1996. – № 2–3. – С. 50–51.
5. **Заверный, Л. Г.** Релапаротомия: определение показаний и результаты / Л. Г. Заверный, В. М. Мельник, Н. Д. Бондаренко, А. И. Пойда // Хирургия. – 1996. – № 1. – С. 66–69.
6. **Баулина, Н. В.** Программированная релапаротомия в гинекологии / Н. В. Баулина, Т. И. Макарова // Акушерство и гинекология. – 2001. – № 3. – С. 52–54.

Баулина Наталья Владимировна

кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра акушерства и гинекологии,
Медицинский институт, Пензенский
государственный университет

E-mail: baoulin@mail.ru

Baulina Natalya Vladimirovna

Candidate of medical sciences, associate
professor, sub-department of obstetrics
and gynecology, Medical Institute,
Penza State University

Баулин Анатолий Афанасьевич

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра хирургии, Пензенский институт
совершенствования врачей

E-mail: baoulin@mail.ru

Baulin Anatoly Afanasyevich

Doctor of medical sciences, professor,
sub-department of surgery, Penza Institute
of Advanced Medical Studies

Смолькина Антонина Васильевна

доктор медицинских наук, профессор,
кафедра госпитальной хирургии,
Ульяновский государственный
университет

E-mail: smolant1@yandex.ru

Smolkina Antonina Vasilyevna

Doctor of medical sciences, professor,
sub-department of hospital surgery,
Ulyanovsk State University

Баулина Екатерина Анатольевна

кандидат медицинских наук, хирург,
Психиатрическая больница № 13
(г. Москва)

E-mail: baoulin@mail.ru

Baulina Ekaterina Anatolyevna

Candidate of medical sciences, surgeon,
Psychiatric Hospital № 13 (Moscow)

Баулин Афанасий Васильевич

кандидат медицинских наук, доцент,
кафедра хирургии, Медицинский
институт, Пензенский
государственный университет

E-mail: bigbaul@gmail.com

Baulin Afanasiy Vasilyevich

Candidate of medical sciences, associate
professor, sub-department of surgery,
Medical Institute, Penza State University

УДК 618.1-089, 618.12-002

Баулина, Н. В.

Вынужденные релапаротомии в urgentной гинекологии / Н. В. Баулина, А. А. Баулин, А. В. Смолькина, Е. А. Баулина, А. В. Баулин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. – 2011. – № 3 (19). – С. 57–64.