

на I-м этапе без лишней травматизации курс ПХТ; 3) как часть гормонотерапии при раке молочной железы, лапароскопическая овариэктомия является оптимальным методом; 4) в 4% лапароскопия при проведении дифференциального диагноза позволяет избежать ненужных лапаротомных операций.

Заключение. Лапароскопические методики в настоящее время являются самыми оптимальными для установления диагноза при опухолях яичников и лечения доброкачественных опухолей придатков матки; позволяют в трудных для диагностики случаях определить дальнейшую программу ведения больных раком яичников (операция или ПХТ), а также позволяют избежать высокой травматизации при проведении дифференциального диагноза.

* * *

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ АППЛИКАЦИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНЫХ БАРЬЕРНЫХ СРЕДСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРУБНО-ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО БЕСПЛОДИЯ

Михин И.В., Ткаченко А.В., Бебуришвили А.Г., Воробьев А.А., Поройский С.В., Минаева Е.А.

Клиника №1, кафедра факультетской хирургии, кафедра акушерства и гинекологии ФУВ Волгоградского государственного медицинского университета, Волгоград, Россия

В статье представлены результаты применения противовоспалительных барьерных средств в малоинвазивном хирургическом лечении трубно-перитонеального бесплодия.

Введение. Трубно-перитонеальный фактор в структуре бесплодного брака составляет 56—60% (Адамян Л.В., 1997). Лапароскопически реконструктивно-пластические операции являются не только максимально информативным способом диагностики, но и наиболее эффективным методом лечения трубно-перитонеального бесплодия, способствующим восстановлению репродуктивной функции в 25—35% наблюдений (Радченко Н.А., 1999). Наиболее распространенными лапароскопическими операциями на сегодняшний день являются: рассечение спаек с целью восстановления проходимости маточных труб, удаление эндометриозных кист, коагуляция очагов эндометриоза. Малоинвазивные технологии свели к минимуму качественные и количественные показатели факторов, индуцирующих патогенетический механизм образования спаек. Однако несмотря на их преимущества, при рассечении спаек на брюшине образуются достаточно обширные раневые поверхности, предрасполагающие к рецидиву спаечной болезни.

Целью настоящего исследования является улучшение результатов реконструктивно-пластических операций с применением барьерных средств при трубно-перитонеальном бесплодии, обусловленном спаечным процессом в малом тазу.

Клинические наблюдения. С марта 2007 года нами было выполнено 20 лечебно-диагностических лапароскопий у больных с трубно-перитонеальным бесплодием. Первичное бесплодие выявлено у 11 пациенток, вторичное — у 9. Все женщины были разделены по группам, в зависимости от степени распространения спаечного процесса в малом

тазу, в соответствии с классификацией S. Hulka (1978). Группа А — пациентки с I и II степенью распространенности спаечного процесса, имеющие пленчатые, легко разделяемые сращения между париетальной брюшиной малого таза, вокруг маточных труб и яичников ($n=12$). Группа Б — с III и IV степенью, где имеют место плотные сосудистые спайки, трудно поддающиеся разделению; в патологический процесс могут быть вовлечены матка, сальник, петли тонкого кишечника, сигмовидная кишка, мочевого пузыря ($n=8$). При поступлении в стационар всем женщинам до операции проводили комплексное клинично-лабораторное обследование, трансвагинальное ультразвуковое исследование органов малого таза, гистеросальпингографию. Разделение спаек в полости малого таза выполнили 20 пациенткам с последующей фимбриопластикой — ($n=6$), терминальной сальпингостомией — ($n=4$), шистэктомией — ($n=9$), коагуляцией эндометриозных очагов — ($n=7$). Интраоперационно применяли следующие противовоспалительные барьерные средства: «Мезогель» — 8, «Адепт» — 11, «Спрейгель» — 1 наблюдение, что позволило ограничить раневую поверхность, предрасполагающую к рецидиву образования спаек в малом тазу, уменьшая воспалительную реакцию в зоне операции в результате травмы брюшины, за счет ограничения поврежденных серозных поверхностей с помощью защитных пленок на мезотелии. С 5—9-х суток послеоперационного периода на фоне проводимой антибактериальной терапии больным, перенесшим пластику маточных труб, проводился курс физиотерапии. Плановую динамическую лапароскопию выполнили через 6—10 дней после оперативного вмешательства 8 женщинам из группы Б.

Результаты и обсуждение. Эффективность лапароскопического адгезиолиза в сочетании с применением противовоспалительных барьерных средств оценивали по результатам динамической лапароскопии, трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза, гистеросальпингографии. При динамической лапароскопии только 1 пациентке из 7 (группа В) потребовалось дополнительное разъединение рыхлых сращений. Ультразвуковое исследование органов малого таза, выполненное всем пациентам через 6—8 дней после операции, указало на наличие свободной жидкости в малом тазу, подтверждая тем самым длительность терапевтического эффекта барьерных средств. По данным метросальпингографии после пластики маточных труб, безпричастное прохождение контраста по маточным трубам зафиксировано у 8 пациенток, затруднение продвижения контраста — у 2, в анамнезе которых уже были лапароскопические операции без применения барьерных средств. У 2 пациенток группы А и группы Б беременность закончилась срочными родами в 2007 году. Одной пациентке группы Б, перенесшей дважды пластику единственной маточной трубы, выполнена тубэктомия по поводу прогрессирующей трубной беременности.

Выводы. 1) Хирургическое лечение трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом в сочетании с интраоперационным применением противовоспалительных барьерных средств позволяет избежать рецидива спаечного процесса в малом тазу. 2) Исходя из особенностей патогенеза спаечной болезни малого таза, причиной которого могут послужить не только перенесенные ранее оперативные вмешательства, но и длительно существующие воспалительные заболевания малого

таза, применение противоспаечных барьерных средств необходимо рассматривать как один из основных методов лечения и профилактики спайкообразования, способствующий повышению фертильности пациенток с трубно-перитонеальным бесплодием.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Юришев В.А., Сажин В.П., Авдовенко А.А., Сажин А.В., Лапотецкий С.Ф., Сажин И.В., Горячев В.В.

Новомосковская городская клиническая больница, Новомосковск, Россия

Эндовидеоскопическая некрэктомия адекватно обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей и в 1,5—2 раза сокращает сроки нетрудоспособности.

Цель исследования. Проанализировать возможность эндовидеохирургических технологий в выполнении адекватной некрэктомии при гнойно-воспалительных процессах мягких тканей.

Материал и методы. В основу работы положены результаты обследования и оперативного лечения 430 больных. Возраст больных колебался от 17 до 78 лет. Мужчин было 255 (59,3%), женщин 175 (40,7%). У 312 (72,6%) пациентов диагностирована флегмона и 118 (27,4%) — абсцесс мягких тканей. Причинами развития флегмон и абсцессов мягких тканей явились инфицированные раны — 86 (20,0%), травма — 22 (5,1%), послеоперационные гнойные осложнения — 3 (0,6%) и постинъекционные осложнения — 129 (30,0%). В этиологической структуре гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей преобладала Гр(+) флора над Гр(—), из них в 207 (48,1%) штаммах выделена монокультура, а в 165 (38,4%) штаммах ассоциации и в 58 (13,5%) случаях посевы роста не дал.

В основную группу вошли 50 пациентов, которым была выполнена эндовидеохирургическая санация, некрэктомия и дренирование гнойного очага по разработанному способу (патент №2250873). Контрольную группу составили 380 пациентов, которым было выполнено оперативное вмешательство традиционным «открытым способом».

В основной группе УЗИ выполнено всем пациентам, из них в 6 случаях диагностировано экзонегативное образование с нечеткими контурами капсулы, что соответствовало ультразвуковой картине абсцесса. В 44 случаях ультразвуковая картина соответствовала диффузному гнойно-некротическому процессу-флегмоне. У 38 больных площадь гнойно-некротического процесса не превышала 500 см², что соответствовало 1-й степени, у 6 не превышала 840 см², что соответствовало 2-й степени. У 42 больных гнойно-некротический очаг соответствовал 2-му уровню — располагался в подкожной клетчатке, у 8 пациентов 3-му уровню — локализовался подфасциально.

Эндовидеохирургическую некрэктомию производили с сохранением грануляционного вала воспаления. В 42 случаях некрэктомию выполняли ручным способом, в 8 — с использованием шейвера. По ходу операции при появлении кровотечения, которое значительно ухудшало

обзор, выполняли радиочастотный гемостаз аппаратом «SERFAS». В зависимости от размера и формы образовавшейся полости дренирование осуществляли 1—2 дренажами. Для адекватного проточно-аспирационного дренирования постановку дренажей выполняли V-образно или параллельно.

Для объективной оценки течения раневого процесса изучали микробиологический пейзаж послеоперационного периода. Качественный состав микрофлоры и количественное содержание микробных тел определяли методом секторальных посевов (GOLD) в день операции до выполнения некрэктомии и после ее завершения, а также на 1, 3, 5, 7-е и 9-е сутки послеоперационного периода.

Снижение уровня обсемененности раневого диализата ниже критического, смыкание хирургической полости при контрольном ультразвуковом исследовании и клинические критерии являлись показанием к удалению дренажей в основной группе. Средний срок стационарного лечения в основной группе составил 9 суток. 44 пациента выписаны к труду и не нуждались в амбулаторном лечении, 6 пациентам понадобилось долечивание в амбулаторных условиях, средний срок которого составил 4,3 дня.

Контрольную группу составили три подгруппы. 79 (20,7%) пациентам первой подгруппы выполняли иссечение гнойно-некротического очага в пределах здоровых тканей с наложением первичного шва. Показанием к операции в данной подгруппе являлись небольшие по распространенности гнойно-некротические очаги. 54 (14,2%) пациента первой подгруппы были выписаны со швами и долечивались амбулаторно. У 25 (6,5%) больных из-за нагноения послеоперационной раны пришлось перейти к открытому методу лечения. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 10,6 сут.

242 (63,68%) пациентам второй подгруппы выполнено традиционное широкое вскрытие гнойно-некротического очага с последующим наложением вторичных швов с проточно-аспирационным промыванием. В среднем вторичные швы накладывали на 3—5-е сутки послеоперационного периода до развития реинфицирования. Средняя длительность пребывания в стационаре в этой подгруппе составила 19,3 сут.

Третью подгруппу составили 59 (15,5%) пациентов, которым потребовалось выполнение 2 и более этапных некрэктомий с последующим пластическим закрытием раны. Средняя длительность пребывания в стационаре в этой подгруппе составила 26,4 сут. Реабилитационный период в амбулаторных условиях в контрольной группе в среднем составил 8,6 сут.

Таким образом, эндовидеохирургический метод лечения абсцессов и флегмон мягких тканей не уступает традиционным методам хирургического лечения в адекватности некрэктомии, обеспечивает более благоприятное течение послеоперационного периода, позволяет уменьшить сроки стационарного и амбулаторного лечения, существенно улучшить косметический результат лечения.
