

Таким образом, осложнения послеродового периода нередко сочетаются с органической патологией малого таза и матки, предшествовавшей родам или обусловленной ими. Это делает необходимым включение в диагностический алгоритм ультразвукового исследования, гистероскопии и лапароскопии. Малоинвазивные хирургические методы позволяют выполнить шадящий объем оперативного вмешательства и сохранить репродуктивную функцию женщин, сократить сроки пребывания больных в стационаре.

УДК 618.13+616-072.1

ЛАПАРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

Е.Ю. Глухов, Е.Э. Плотко, Э.Л. Мамин

Центральная городская клиническая больница № 7,
ГУ «Уральский НИИ охраны материнства и младенчества МЗ РФ», г. Екатеринбург

Воспалительные заболевания придатков матки остаются одной из актуальных проблем современной гинекологии вследствие значительной распространенности, сложности терапии и неблагоприятного влияния на репродуктивное здоровье женщин. В структуре гинекологической заболеваемости они составляют 60–65%, при этом у 4–15% больных возникают гнойные поражения маточных труб и яичников [5, 2]. Консервативное лечение пациенток этой группы представляет серьезные трудности вследствие недостаточной эффективности антибактериальных препаратов, нарушения иммунологической резистентности организма [1]. Необходимость хирургического лечения возникает у каждой четвертой пациентки с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки (ГВЗПМ) [5], а выполнение радикальных вмешательств в «классической» хирургии приводит к утрате генеративной функции. В последние годы развитие эндоскопических технологий изменило традиционные подходы к лечению ГВЗПМ. Применение лапароскопии в качестве хирургического доступа, по мнению ряда исследователей, позволяет не только повысить эффективность диагностики, но и улучшить качество лечения и прогноз для репродуктивного здоровья [1, 3, 4]. Однако на характер и объем вмешательства при проведении оперативной лапароскопии влияет морфологическая форма и степень тяжести ГВЗПМ.

Цель работы: оценить возможности лапароскопии в комплексном лечении больных с различными формами ГВЗПМ.

Материал и методы исследования. 60 больных с различными формами ГВЗПМ получали комплексное лечение в условиях гинекологического стационара ЦГБ №7 г. Екатеринбурга. Возраст пациенток варьировал от 16 до 56 лет, в среднем $31 \pm 2,7$ лет. В зависимости от характера воспалительного процесса в придатках матки было выделено 3 группы: 1-я группа — 19 больных с гнойным сальпингитом, оофоритом; 2-я группа — 29 больных с одно- и двухсторонними пиосальпинксами; 3-я группа — 12 больных с одно- или двухсторонними гнойными tuboовариальными образованиями. На фоне интенсивной антибактериальной, дезинтоксикационной, противовоспалительной терапии всем пациенткам проведена оперативная лапароскопия. Эндоскопическое вмешательство проводилось по стандартной методике с учетом абсолютных противопоказаний к лапароскопии под эндотрахеальным наркозом.

Результаты исследования и их обсуждение. Оперативная лапароскопия у больных 1-й группы выполнялась в первые 24–48 часов от начала консервативной терапии при ее неэффективности: наличии признаков поражения брюшины, подозрении на деструкцию придатков матки или с дифференциально-диагностической целью. У 9 (47,4%) больных вмешательство произведено менее чем через 24 часа от момента поступления в клинику. Вовлечение в воспалительный процесс брюшины малого таза в виде серозно-фибринозного пельвиоперитонита наблюдалось у 11 (57,9%), абсцесс маточно-прямокишечной ямки — у двух (10,5%), разлитой гнойно-фибринозный перитонит — у трех (15,8%) пациенток. 2 (10,5%) случая гнойного сальпингита, серозно-фибринозного перитонита сопровождались односторонним поражением яичников: формированием пиовара и нагноением кисты.

Хирургическое вмешательство включало бережное разделение спаек в малом тазу тупым и острым путем, а также с помощью аквадиссекции, промывание брюшной полости большими объемами (3–5 литров) растворов фурацилина, водного хлоргексидина, дренирование малого таза через подвздошные области не более чем на 48 часов. Данный объем операции выполнен у 9 (47,4%) больных с гнойным сальпингитом, пельвиоперитонитом, однако в одном случае потребовалась повторная лапароскопия и односторонняя сальпингэктомия в связи с формированием пиосальпинкса. Односторонняя сальпингэктомия или аднексэктомия при наличии пиовара выполнена в 4 (21,1%) случаях, у больной с нагноением кисты яичника на фоне гнойного сальпингита, пельвиоперитонита удалось сохранить его, резецировав в пределах «жизнеспособ-

ных» тканей. Расширение объема вмешательства, повлекшее утрату генеративной функции — 2-х сторонняя сальпингэктомия или сальпингэктомия с контрлатеральной аднексэктомией — потребовалось у 5 (26,3%) больных (3 случая разлитого перитонита и 2 случая абсцесса маточно-прямокишечной ямки). У одной из пациенток данной подгруппы была выполнена лапароскопическая аппендэктомия в связи с вторичным поражением червеобразного отростка. В послеоперационном периоде продолжалась интенсивная консервативная, в том числе комбинированная антибактериальная терапия в соответствии с существующими принципами [1, 2]. Продолжительность ее составляла от 7 до 14 дней в зависимости от тяжести воспалительного процесса.

При выполнении оперативной лапароскопии у больных 2-й группы установлено: односторонние пиосальпингсы имели место у 11 (37,9%), двухстороннее поражение труб — у 18 (62,1%), в том числе в сочетании с пиоваром — у одной (3,5%). В 4-х случаях диагностирован серозно-фибринозный пельвиоперитонит, в одном — разлитой гнойно-фибринозный перитонит на фоне 2-х сторонних пиосальпингсов с перфорацией, прикрытой сальником, толстой кишкой (17,2%). У одной больной имела место сочетанная патология — флегмонозный аппендицит (произведена аппендэктомия). Выполнение лапароскопии представляло технические трудности вследствие выраженного спаечного процесса в малом тазу и брюшной полости у 22 (75,9%) пациенток 2-й группы. Анализируя объемы хирургического вмешательства, необходимо отметить, что попытки сохранить маточные трубы предпринимались только у нерожавших женщин при отсутствии перфорации последних и разлитого перитонита. После разделения спаек стенка трубы рассеклась в ампулярном отделе, гнойное содержимое эвакуировалось, просвет трубы промывался растворами антисептиков. Данный объем операции был выполнен у 5 (17,2%) больных. Всем им проводилось от одной до трех saniрующих лапароскопий через 24–72 часа после первого вмешательства. Однако сохранить маточные трубы удалось только в одном случае из пяти, так как происходило повторное формирование гнойных мешотчатых образований. Продолжительность терапии в послеоперационном периоде при отсутствии поражения брюшины не превышала 7 дней.

Наиболее сложными в техническом отношении оказались лапароскопические вмешательства у пациенток 3-й группы: выраженный спаечный процесс с вовлечением толстого и тонкого кишечника, значительные воспалительно-инфильтративные изменения окружающих тканей в 100% случаев требовали высокой квалификации хирурга. Оперативная лапароскопия всем больным была проведена не позднее 48 часов, а 5 (41,7%) — в первые 24 часа от момента поступления в стационар. У 11 (91,7%) женщин формирование аднекстумора с одной стороны сопровождалось поражением контрлатеральной трубы, причем в 9 случаях в виде пиосальпингса, у одной (8,3%) имелись 2-х сторонние гнойные тубоовариальные образования. В 3 (25%) случаях обнаружены прикрытые перфорации этих образований, в одном (8,3%) — разлитой гнойно-фибринозный перитонит, флегмонозный аппендицит с перфорацией. Последний случай сопровождался тяжелым спаечным процессом и потребовал перехода на лапаротомию. Очевидно, что возможности для органосохраняющих операций у пациенток 3-й группы были минимальными. 10 (83,3%) из них была произведена аднексэктомия с одной стороны и сальпингэктомия с другой, одной (8,3%) — двухсторонняя аднексэктомия, разделение спаек, санация и дренирование брюшной полости. Лишь одной пациентке с односторонним аднекстумором и гнойным сальпингитом с другой стороны выполнена аднексэктомия на стороне поражения с последующими saniрующими лапароскопиями через 24 и 48 часов, что позволило сохранить контрлатеральную трубу. Послеоперационное ведение больных 3-й группы принципиально не отличалось от такового в первых двух группах.

Заслуживает внимания тот факт, что ГВЗПМ в 1-й группе развились на фоне ВМК у 2 (10,5%) пациенток, во 2-й — у 3 (10,3%), а в 3-й группе — у 6 (50%). Высокая частота использования ВМК у больных с гнойными тубоовариальными образованиями может свидетельствовать о роли внутриматочного контрацептива в развитии наиболее тяжелых форм ГВЗПМ, что согласуется с некоторыми данными литературы [5]. Следует также отметить, что мы не наблюдали послеоперационных осложнений ни у одной из 60 пациенток.

Таким образом, наш опыт подтверждает целесообразность использования известных преимуществ лапароскопического доступа в лечении различных форм ГВЗПМ, возможность его применения в подавляющем большинстве случаев при наличии соответствующей технической оснащенности и квалификации хирурга. Лапароскопическое вмешательство должно быть ранним, включать в себя разделение спаек, полноценную санацию и дренирование брюшной полости, проводиться на фоне адекватной антибактериальной терапии. Лапароскопический доступ создает возможности для выполнения органосохраняющих операций при ГВЗПМ, однако полученные нами результаты свидетельствуют о необходимости дальнейшей отработки критериев сохранения органа и вопросов послеоперационного ведения. Очевидно, что при выполнении лапароскопического органосохраняющего вмешательства необходимо учитывать возраст пациентки, ее акушерский анамнез, желание сохранить репродуктивную функцию наряду с объективной оценкой тяжести заболевания, характера поражения и степени деструкции маточных труб и яичников. Использование лапароскопии в комплексном лечении ГВЗПМ позволяет сократить пребывание пациентки в стационаре, ускорить реабилитацию и улучшить прогноз репродуктивного здоровья пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов А.Ю., Адамян Л.В., Арсланян К.Н. Лапароскопический доступ в хирургическом лечении гнойных tuboовариальных образований и септических послеоперационных осложнений в гинекологии //Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве.-М., 2002.-С.286-288.
2. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки: Проблемы патогенеза, диагностики, хирургического лечения и реабилитации.-М.: Медпресс, 1999.-233 с.
3. Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Бабичева И.А., Косаченко А.Г. Экстренная хирургическая помощь в гинекологии. Органосохраняющие операции //Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней.-М., 2000.-С.556-558.
4. Савельева Г.М., Штыров С.В., Тумарев А.В. Лапароскопия в экстренной хирургии гинекологических заболеваний //Эндоскопия в гинекологии.-М., 1999.-С.267-269.
5. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки.-М.: Медицина, 1996.-256 с.

УДК 618.14:616-006.33.36:616-08-031.81-035-005.7

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛЬТЕРНАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙОМИОМ МАТКИ

В.А.Гурьева, А.А.Карпенко, О.Г.Борисова, И.В.Молчанова**

Алтайский государственный медицинский университет,
ГУЗ Краевая клиническая больница*, г. Барнаул

До настоящего времени лейомиома матки остается одной из самых распространенных доброкачественных опухолей женских половых органов [1, 2, 5]. К сожалению, основным способом лечения этих пациенток до настоящего времени остается оперативная терапия, приводящая к потере менструальной и репродуктивной функции у молодой женщины [3, 4, 6]. Попытки органосохраняющего лечения, используемые на современном этапе, не принесли ожидаемых результатов, так как после консервативной миомэктоми у 25-30% женщин наблюдаются рецидивы заболевания [1, 2, 4, 6], а современная гормональная терапия аналогами гонадолиберина имеет хороший, но временный эффект. В последние годы в зарубежной литературе появились сообщения о новом методе лечения лейомиом — эмболизации артерий, кровоснабжающих миоматозную матку [7]. Однако единичные публикации из разных иностранных клиник не позволяют сделать окончательные выводы об эффективности данного метода лечения. При этом в зарубежных публикациях нет сравнительной оценки методов терапии лейомиом матки.

Целью нашей работы явилась оценка эффективности терапии пациенток с лейомиомой матки альтернативными методами: эмболизации маточных артерий (ЭМА), консервативной миомэктоми и терапии норколутом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 80 пациенток с лейомиомами матки, 40 из них проведено лечение новым миниинвазивным методом эмболизации маточных артерий (первая группа сравнения), 20 больным проводилась консервативная миомэктомия (вторая группа сравнения), 20 женщин получали терапию норколутом (третья группа сравнения).

Контроль эффективности проводился методом ультразвукового исследования с использованием трансвагинального датчика, доплерометрического исследования кровообращения в маточных артериях, гистологического метода исследования, ангиографии маточных артерий. Консервативная миомэктомия выполнялась в условиях эндоскопии. Норколут пациентки получали в дозе 5-10 мг с 14 по 26 день цикла в течение 6 месяцев. Эмболизация маточных артерий выполнялась в рентгенооперационной, на ангиографическом аппарате «Мультистар топ» фирмы «Сименс». Доступ проводили путем пункции правой или левой бедренной артерии. Затем по проводниковой системе в артерию устанавливался интрадьюссер диаметром 6 или 7 френч (Fr). Далее осуществлялась поочередная катетеризация общей подвздошной артерии и затем внутренней подвздошной артерии справа или слева. После ангиографии проводилась суперселективная катетеризация маточной артерии с использованием гидрофильного проводника и ангиографического катетера диаметром 4-5 Fr. Затем вводился контраст с одновременно покадровой съемкой. На полученных ангиограммах оценивались диаметр маточных артерий, контрастируемые размеры миоматозных узлов и характер архитектоники артерий в узлах, а также сообщение с артериальной системой яичника. Затем вводилась взвесь тefлона в физиологическом растворе в объеме 5-10мл, с повторными контрольными ангиографиями в прежнем режиме.