

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.718.192-002-089:616.381-089.85

Н. В. Баулина, А. А. Баулин, Е. В. Клочкова, В. К. Иванов,
О. А. Косенко, В. А. Баулин

ТРИ ПРОГРАММИРОВАННЫХ РЕЛАПАРОТОМИИ У БОЛЬНОЙ С «КОНГЛОМЕРАТНЫМ» ТИПОМ ВОСПАЛЕНИЯ В МАЛОМ ТАЗУ

ГБОУ ДПО «Пензенский государственный институт усовершенствования врачей»
(ректор — проф. А. И. Кислов), экстренное гинекологическое отделение
МБУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Г. А. Захарьина», г. Пенза

Ключевые слова: *программированные релапаротомии, «конгломератные» воспаления, гинекология*

При так называемых «конгломератных» воспалениях в малом тазу [1] тактика в гинекологии отстает в развитии от установок, имеющих у хирургов при почти подобных процессах. Мы располагаем опытом лечения 38 больных с запущенными формами гнойно-септических процессов в малом тазу методом 1–3 программированных релапаротомий. Приводим клиническое наблюдение.

Больная С., 35 лет, поступила с диагнозом: правосторонний аднексит. Жалобы на боли в низу живота, гнойные выделения из половых путей. Больна 7 дней, внутриматочная спираль (ВМС) 6,5 лет, беременностей — 2, родов — 2, стул 2 сут назад, диурез в норме.

Клиническое обследование: состояние средней степени тяжести, кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, температура тела 37,3 °С, пульс 88 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст., дыхание 18 в 1 мин, везикулярное, тоны приглушены, живот вздут, мягкий, болезненный над лоном, кишечные шумы приглушены. Влагалищное УЗИ: матка размером 63×40×42 мм, М-эхо — 8 мм, слева образование сложной экоструктуры размером 8×55 мм, справа — ретро-тообразное размером 70×31 мм. Влагалищное исследование: шейка с нарушением эпителизации, в зеве нити ВМС, внутриматочная спираль извлечена. В общем анализе крови: л. 11,7·10⁹/л, СОЭ 33 мм/ч. Диагноз при поступлении: обострение хронического двустороннего сальпингоофорита на фоне ВМС, метроэндометрит.

Через 45 ч после проведения комплексной терапии выполнена диагностическая лапароскопия: обнаружены выраженный инфильтративно-спаечный процесс в малом тазу, ограниченный большим сальником, гнойно-некротический

оментит. Решено перейти на лапаротомию: сальник отделен от органов малого таза, при этом вскрылся абсцесс, стенками которого являлись задняя часть и дно мочевого пузыря, передняя поверхность тела матки, прилежащие петли тонкой кишки, большой сальник. Между петлями тонкой кишки обнаружен второй абсцесс. Тонкая и толстая кишка инфильтрованы, перистальтика слабая. Придатки в виде пиосальпинкса и пиовара подпаяны к ректосигмоидному отделу толстой кишки. Абсцессы санированы, произведены надвлагалищная ампутация матки с придатками, резекция большого сальника, установка зонда в желудок, брюшная полость дважды промыта. Ввиду наличия подозрения на анаэробную неклостридиальную флору, невозможность полностью убрать пиогенную капсулу, вероятность образования новых абсцессов и прогрессирования кишечной непроходимости, решено через 24 ч выполнить программированную релапаротомию. Установлены 8 активных дренажей. Наложены 4 адаптирующих шва через все слои брюшной стенки.

Первая программированная релапаротомия: выпот около 200 мл с запахом, увеличилась инфильтрация и диаметр стенки тонкой кишки, исчезла перистальтика, между петлями появился фибриновый налет, пиогенная капсула уменьшилась, на стенках налет темно-зеленого цвета. Ввиду вышеперечисленных причин, решено провести 2-ю операцию через 24 ч. Вторая программированная релапаротомия: около 100 мл мутного выпота без запаха, часть петель тонкой кишки склеились и создают замкнутые полости, зеленоватый оттенок исчез. В связи с неполной санацией очага, вероятностью возникновения межпетельных гнойников, не купированной кишечной непроходимости решено провести 3-ю операцию. Третья программированная релапаротомия: выпот 50–70 мл, отек кишечных петель уменьшился, появилась вялая перистальтика, края пиогенной капсулы сблизилась, подлежащие ткани мягкие. Ввиду положительной динамики, наложены послойные швы, подкрепленные тремя сквозными швами как страхующими.

Сведения об авторах:

Баулина Наталья Владимировна, Баулин Анатолий Афанасьевич (e-mail: baoulin@mail.ru), Клочкова Елена Владимировна, Иванов Владимир Константинович (e-mail: doctor_58@mail.ru), Косенко Ольга Александровна, Баулин Владимир Анатольевич (e-mail: bushroot1984@gmail.com), Пензенский государственный институт усовершенствования врачей, 440071, г. Пенза, ул. Стасова, 7

Швы сняты на 9-й и 10-й день. При 12 посевах крови однократно обнаружен *Enterobacter*, посев содержимого из брюшной полости живота — отрицательный. Патогистологическое заключение: диффузный лейкоцитарный метроэндометрит, периметрит, двусторонний гнойный сальпингофорит, оментит с геморрагическим некрозом. На 36-й день больная выписана.

При осмотре через 1 мес — состояние удовлетворительное, рубец без особенностей, влагалищное исследование и УЗИ — без патологии.

Клинический наблюдение описано как пример нового подхода к лечению гнойных процессов в гинекологии.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акушерство и гинекология: Клинические рекомендации / Под ред. В. И. Кулакова. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006. 542 с.
2. Баулина Н. В., Макарова Т. И. Программированная релапаротомия в гинекологии // Акуш. и гин. 2001. № 3. С. 52–54.

Поступила в редакцию 15.10.2012 г.