

ПХО, что позволяет предотвратить развитие некроза костных структур, выстоящих в рану;

- ♦ ВАС-терапия стимулирует ревитализацию условно жизнеспособных тканей поврежденного сегмента, что уменьшает объем последующих оперативных вмешательств, направленных на пластическое закрытие раневого дефекта;
- ♦ применение вакуумного дренирования возможно как средство первичного и окончательного лечения раневого дефекта, а также как способ подготовки мягких тканей к проведению свободной кожной пластики;
- ♦ методика позволяет отказаться от использования специализированных перевязочных материалов, так как по своим клиническим эффектам не только перекрывает спектр их действия, но и дает положительные эффекты, которые не в силах обеспечить перевязочные средства;
- ♦ использование аппаратов наружной фиксации не является препятствием для применения вакуумной терапии;

- ♦ интервал смены повязки в 48—72 ч не только уменьшает травматизацию мягких тканей поврежденного сегмента, но и обеспечивает экономическую выгоду.

Все перечисленные факторы позволяют более широко применять вакуумное дренирование в травматологии, в частности при лечении тяжелых открытых переломов длинных костей конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абаев Ю. К. Раневые повязки в хирургии. — Ростов н/Д., 2006.
2. Никитин Г. Д., Рак А. В., Минник С. А. и др. Хирургическое лечение остеомиелита. — СПб., 2000.
3. Рушай А. К. // Травма. — 2001. — Т. 2, № 3. — С. 315—319.
4. Banwell P. E. // J. Wound Care. — 1999. — Vol. 8, N 2. — P. 79—84.
5. Dellinger E., Miller S. D., Wertz M. J. et al. // Arch. Surg. — 1987. — Vol. 123. — P. 1320—1327.
6. Surgical dressings and wound healing. / Ed. K. J. Harkiss. — London, 1971.
7. Thomas S. Wound management and dressings. — London, 1990.
8. Turner T. D., Schmidt R. J., Harding K. G. Advances in wound management. — London, 1986.

Поступила 28.06.11

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2012
УДК 616.381-002-02:618.51-089.197.5

*М. А. Курцер, В. Н. Французов, Т. С. Локтева, А. Д. Подтетнев**

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ АКУШЕРСКОМ ПЕРИТОНИТЕ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Городская клиническая больница № 36 Департамента здравоохранения Москвы

**Подтетнев Андрей Дмитриевич, д-р мед. наук, зам. гл. врача б-цы
Москва, ул. Фортунатовская, д. 1. E-mail: and_ptt@mail.ru*

♦ Представлен анализ эффективности выполнения органосохраняющих операций на примере 12 родильниц с разхождением швов на матке после кесарева сечения на фоне акушерского перитонита. Предложено проведение метропластики у пациенток с данными послеродовыми осложнениями как альтернатива классической акушерской тактики — экстирпации матки. А также представлен клинический случай распространенного серозно-гнойного перитонита у родильницы, развившегося на фоне несостоятельности швов на матке после кесарева сечения. Пациентке была выполнена реконструктивная операция на матке с санацией и дренированием брюшной полости.

Ключевые слова: эндометрит, акушерский перитонит, несостоятельность швов на матке, метропластика, кесарево сечение

M. A. Kurtser, V. N. Frantsuzov, T. S. Lokteva, A. D. Podtetenev

ORGAN-SAVING OPERATIONS FOR OBSTETRIC PERITONITIS

City Clinical Hospital Thirty-Six, Moscow Healthcare Department

♦ The paper analyzes the efficiency of organ-saving operations, by using as an example 12 puerperas with separated uterine sutures after cesarean section in the presence of obstetric peritonitis. Metroplasty was proposed to use in patients with these postpartum complications as an alternative to the classical obstetric procedure uterine extirpation. The paper also describes a clinical case of disseminated seropurulent peritonitis in a puerpera, which has developed in the presence of uterine suture failure after cesarean section. This patient underwent reconstructive surgery on the uterus with sanitation and drainage of abdominal cavity.

Key words: endometritis, obstetric peritonitis, uterine suture failure, metroplasty, cesarean section

Акушерский перитонит, развивающийся на фоне несостоятельности швов на матке, продолжает оставаться одним из наиболее тяжелых осложнений абдоминального родоразрешения. Традиционная тактика лечения таких пациенток включает удаление источника инфекции — матки. При этом социальные и юридические аспекты гистерэктомии, связанные с потерей репродуктивной функции, в настоящее время стали выходить на первый план. Это заставляет акушеров всего мира разрабатывать новые хирургические подходы к лечению, позволяющие сохранить матку. И хотя такие операции, по данным современной литературы, выполняют крайне редко, они вызывают

большой научный интерес и уже во многом изменили отношение акушеров-гинекологов к гистерэктомии [4].

Выполнение органосохраняющих операций позволяет сохранить качество жизни пациенток, так как предотвращает развитие ряда осложнений, связанных с удалением органа. К последним относится не только изменение архитектоники стенок влагалища и анатомо-функциональных взаимоотношений органов малого таза, повреждение маточно-влагалищного нервного сплетения [7], но и роль матки в гормональной регуляции. Известно, что матка является органом-мишенью для различных гормонов и ее удаление приводит к эндокринным перестройкам в ор-

ганизме женщины, которые могут повлечь за собой развитие новообразований и нейровегетативных расстройств [1, 6]. Отсутствие матки как гормонотребляющей массы снимает "феномен стимуляции потребления", в результате чего другие органы-мишени в дальнейшем продолжают подвергаться еще большему воздействию яичников [3]. По данным ряда авторов, гистерэктомия приводит к синхронному дисгормональному поражению органов репродуктивной системы, так называемому гормональному удару (гонадотропных и стероидных гормонов) на гормональнозависимые рецепторы молочных желез, яичников, шейки матки и цервикального канала [2, 10]. А. Л. Тихомиров и В. Н. Серов [5] указывают, что матка является источником медиаторов, участвующих в свертывании крови, поэтому ее удаление в дальнейшем приводит к нарушениям свертывающей системы крови. Кроме того, помимо эндокринных нарушений, хирургической травмы и наркоза при удалении органа репродуктивной системы, женщина подвергается психологической травме [8, 9, 11]. Так, в 1991 г. американская организация NERS (исследования и информация о гистерэктомии) провела исследование женщин, подвергшихся операции по удалению матки. Согласно полученным данным, до 78% пациенток отмечали повышение раздражительности, утомляемости, снижение интереса к жизни, 66% — нарушение в сексуальной жизни, 57% страдали бессонницей.

Несмотря на это, гистерэктомия по-прежнему продолжает оставаться одной из наиболее часто выполняемых операций при акушерском перитоните, развившемся на фоне несостоятельности швов на матке, что связано прежде всего с одним из постулатов гнойной хирургии: удаление очага инфекции (в нашем случае инфицированной матки) является патогенетически обоснованным лечением заболевания (перитонита).

В то же время наличие в арсенале современного акушера-гинеколога антибактериальных средств широкого спектра действия, высокоэффективных иммуномодулирующих препаратов, новейших методов интенсивной терапии позволяет пересмотреть указанную выше позицию гнойной хирургии и при определенных условиях производить реконструктивные операции на матке.

В отечественной и зарубежной литературе описаны лишь единичные случаи выполнения указанных операций. В настоящей работе мы представляем клиническое наблюдение — лечение акушерского перитонита, развившегося на фоне расхождения швов на матке после операции кесарева сечения, при котором была произведена органосохраняющая операция.

Беременная Н., 25 лет, поступила в родильный дом Москвы для планового родоразрешения с диагнозом: беременность 41 нед, головное предлежание, водянка беременных.

Из перенесенных заболеваний пациентка отмечает ОРВИ. Вредные привычки отрицает. Аллергологический и эпидемиологический анамнез не отягощены. Гинекологические заболевания отрицает.

Настоящая беременность первая. Состояла на учете по беременности в женской консультации с 12 нед. Течение беременности: I триместр — производилась санация влагалища по поводу кандидозного вульвовагинита, II триместр — методом полимеразной цепной реакции диагностирован микоплазмоз, по поводу которого в срок 18 нед был проведен курс лечения (вильпрафен), III триместр — на 30-й неделе беременная находилась на стационарном лечении по поводу плацентарной недостаточности.

На 4-е сутки с момента родового госпитализации у беременной в 5 ч утра излились светлые околоплодные воды и самостоятельно развилась регулярная родовая деятельность. В 13 ч 50 мин по поводу острой гипоксии плода было выполнено кесарево сечение в экстренном порядке. Операция произведена без технических особенностей: под эндотрахеальным наркозом осуществлены лапаротомия по Пфанненштилю, кесарево сечение в нижнем маточном сегменте, на 5-й минуте извлечен переносенный мальчик массой тела 3250 г, длиной 51 см; оценка по шкале

Апгар 2/4 балла. Матка ушита однорядным викриловым швом, произведена перитонизация. Общая кровопотеря составила 600 мл, продолжительность операции — 35 мин. Безводный промежуток составил 8 ч 55 мин. В ходе операции выполнена интраоперационная противомикробная профилактика путем введения антибиотика цефураболо (1,5 г внутривенно). В послеоперационном периоде назначен цефурабол (по 0,75 г 3 раза в сутки) внутримышечно.

Новорожденный был переведен в детскую городскую больницу на искусственную вентиляцию легких с диагнозом: аспирационный синдром; внутриутробная инфекция; внутриутробная пневмония.

На 2-е сутки течение послеоперационного периода осложнилось повышением температуры тела до 38°C. Клинический анализ крови: Hb 78 г/л, л. $5,54 \cdot 10^9$ /л (п. 1%, с. 75%, лимф. 22%, мон. 2%); лейкоцитарный индекс интоксикации — 3,2.

Произведена смена антибактериальных препаратов: назначен абактал в дозе 800 мг/сут внутривенно, метрогил в дозе 1000 мг/сут внутривенно.

На фоне проводимой антибактериальной, дезинтоксикационной, противовоспалительной терапии продолжала сохраняться субфебрильная температура тела.

На 5-е сутки послеоперационного периода по поводу субинволюции матки была произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки. В посеве аспириата выделены факультативные анаэробы: условно-патогенный *Citrobacter freundii* (семейство энтеробактерий) — скудный рост, *Enterococcus faecalis* — массивный рост, *Streptococcus agalactiae* — обильный рост. Назначена антибактериальная терапия: сульперацеф в дозе 8 г/сут внутривенно, амикацин в дозе 1,5 г/сут внутривенно. Несмотря на проводимое лечение, на 8-е сутки отмечено ухудшение состояния: возникла боль внизу живота, температур тела повысилась до 37,8°C, появились перитонеальные симптомы.

Произведено ультразвуковое исследование органов малого таза, при котором определены матка размером 126 × 60 × 110 мм, миометрий неоднородной эхоструктуры, в области послеоперационного шва образование размером 46 × 44 мм; швы на матке не визуализируются, в заднем своде определяется свободная жидкость в объеме около 100 мл. Заключение: эхопризнаки эндометрита, несостоятельности швов на матке.

Клинический анализ крови на 8-е сутки: Hb 108 г/л, л. $19,8 \cdot 10^9$ /л (п. 10%, с. 67%, лимф. 14%, мон. 9%); лейкоцитарный индекс интоксикации — 3,8.

При биохимическом исследовании крови выявлена гипопроteinемия (общий белок 45 г/л), гипоальбуминемия (23,7 г/л), в коагулограмме — признаки гиперкоагуляции.

Установлен диагноз: 8-е сутки после первых запоздалых оперативных родов на 42-й неделе беременности путем операции кесарева сечения; несостоятельность швов на матке; перитонит.

Для дальнейшего лечения родильница была переведена в родильный дом городской клинической больницы (ГКБ) № 36 Департамента здравоохранения Москвы.

При поступлении в ГКБ № 36 состояние больной тяжелое. Жалобы на озноб, недомогание, слабость, боль внизу живота; кожные покровы бледные; температура тела 37°C. Дыхание самостоятельное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс 98 в минуту. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом, живот напряжен, вздут, болезненный при пальпации. Кишечные шумы вялые, газы не отходят. Перитонеальные симптомы положительные. Заживление послеоперационной раны передней брюшной стенки первичным натяжением. Пальпация матки из-за выраженного напряжения передней брюшной стенки затруднена. На 7-е сутки после операции — самостоятельный жидкий стул. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет.

При влагалищном исследовании диагностирована увеличенная до 14 нед беременности матка мягкой консистенции, болезненная при пальпации. Тракции за шейку матки резко болезненны. Своды уплощены, не инфильтрованы. Стенки таза гладкие. Выделения из половых путей гнойвидные, обильные.

Клинический анализ крови при поступлении: Hb 107 г/л, л. $16,6 \cdot 10^9$ /л (мц. 1%, п. 24%, с. 65%, лимф. 7%, мон. 3%); лейкоцитарный индекс интоксикации — 11,7.

С целью исключения синдрома системной воспалительной реакции проведен прокальцитонинный тест (результат — менее 0,5 нг/мл).

В мазке из влагалища лейкоциты 40—50 в поле зрения, микрофлора представлена единичными кокками. По данным эхографического исследования органов малого таза, проведенного при поступлении в ГКБ № 36, тело матки размером 105 × 85 × 95 мм, миометрий пониженной эхогенности, края гиперэхогенны. В области нижнего сегмента по передней стенке определяется расположенная перпендикулярно к полости матки структура с неоднородным анэхогенным и гипозоногенным содержимым шириной до 6 мм, длиной до 22 мм на протяжении от серозного покрова до полости матки. В малом тазу определяется до 300 мл жидкости в виде взвеси "паутинными" тяжами (фибрин, гной?). Заключение: эхопризнаки несостоятельности швов на матке, перитонита.

При рентгенологическом исследовании выявлен единичный слабо сформированный уровень свободного газа, патологических уровней не обнаружено. Клинический диагноз: 8-е сутки после первых запоздалых абдоминальных родов на 42-й неделе беременности; метроэндометрит; подозрение на несостоятельность швов на матке; перитонит.

После проведенного клинического обследования в ГКБ № 36 была произведена экстренная операция: срединная лапаротомия, иссечение несостоятельных швов на матке, выскабливание стенок полости матки, метропластика, санация и дренирование брюшной полости.

Протокол операции. При вскрытии брюшной полости обнаружено 700 мл сливкообразного гноя (в посеве выделен *S. agalactiae*). От связки Трейтца и ниже обнаружены петли тонкой кишки с налетом фибрина. Матка увеличена до 14 нед беременности, дряблая, с налетом фибрина. В области послеоперационного рубца справа выявлен некротический дефект тканей матки длиной около 2 см. Интраоперационно был установлен следующий диагноз: гнойный метроэндометрит, несостоятельность швов на матке, распространенный фибринозно-гнойный перитонит.

На первом этапе операции матка была выведена в рану, произведено иссечение некротизированных тканей передней стенки матки в пределах здоровых тканей. Далее через полученное отверстие было произведено выскабливание стенок полости матки большой акушерской кюреткой. Рана на матке была ушита отдельными полигликолидными швами в 2 ряда. На втором этапе операции произведена ревизия органов брюшной полости: петли кишечника розовые, диаметр кишки не превышает исходного более чем в 2 раза, визуализируется вялая перистальтика. Брюшная полость санирована раствором хлоргексидина, дренирована через правый и левый латеральные каналы силиконовыми трубками. Брюшная стенка ушита послойно наглухо: на апоневроз наложены отдельные полигликолидные швы, на кожу — полигликолидные швы по Донати. Продолжительность операции составила 2 ч 30 мин, общая кровопотеря во время операции — 600 мл.

Результаты гистологического исследования: в соскобе из полости матки — некротизированные фрагменты гладкомышечной ткани с очаговым воспалением и остатки некротизированной плацентарной ткани с лейкоцитарной инфильтрацией; иссеченные фрагменты некротизированных тканей стенки матки — множественные фрагменты с диффузной круглоклеточной и лейкоцитарной инфильтрацией, поверхностными некрозами и кровоизлияниями, наложениями грануляционной ткани.

После окончания операции лечение проводили в условиях реанимационной палаты. Комплекс послеоперационных лечебных мероприятий включал инфузионно-трансфузионную терапию, антианемическую терапию препаратами железа внутривенно (венofer), антибактериальную терапию карбапенемами внутривенно (меронем по 1 г 3 раза в сутки), метрогил в дозе 1500 мг/сут внутривенно, коррекцию водно-электролитных и метаболических нарушений, мониторинг основных параметров центральной гемодинамики, профилактику тромботических осложнений низкомолекулярным гепарином.

На 2-е сутки послеоперационного периода после очистительной клизмы был стул. На 3-и сутки произведено удаление дренажей из брюшной полости, пациентка переведена из реанимационной палаты в отделение послеродовых осложнений. На 4-е сутки был самостоятельный стул. На 9-е сутки после релапаротомии сняты швы с передней брюшной стенки, заживление

раны первичным натяжением, а на 13-е сутки послеоперационного периода родильница была выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Клинический анализ крови при выписке: Hb 95 г/л, л. 13,1 · 10⁹/л (гранулоциты 73,5%, лимф. 21,3%, мон. 5,2%), коагулограмма в пределах нормы, в биохимическом анализе крови отмечена гипопропротеинемия (49,2 г/л).

Перед выпиской произведено трансвагинальное ультразвуковое сканирование: тело матки размером 78 × 65 × 92 мм, область рубца на матке умеренно отечна. М-эхо 4 мм, контуры ровные, деформации полости нет, свободная жидкость в брюшной полости не определяется.

Пациентка осмотрена через 5 нед после релапаротомии, существенных изменений со стороны половых органов не выявлено. Через 3 мес после родов возобновилась менструальная функция.

За период 2010—2011 гг. в акушерском стационаре ГКБ № 36 были пролечены 13 родильниц с эндометритом после операции кесарева сечения и акушерским перитонитом. При выполнении релапаротомии и ревизии раны на матке у 12 (92%) пациенток выявлена несостоятельность швов с образованием сквозных дефектов, через которые происходило инфицирование брюшной полости. У одной (8%) родильницы диагностирована скрытая несостоятельность швов на матке с инфицированием брюшной полости путем пропитывания мышечной стенки матки гнойным содержимым из ее полости с образованием гнойно-некротического налета. У 9 (69%) родильниц обнаружена гнойно-воспалительная инфильтрация тканей по ходу швов на матке с гнойным расплавлением и сквозными дефектами, в связи с чем было произведено иссечение некротизированных тканей с последующим наложением вторичных швов на матку. В 3 (31%) наблюдениях во время релапаротомии диагностирована явная несостоятельность швов на матке без гнойного расплавления, что не потребовало иссечения некротизированных тканей и позволило ограничить объем операции наложением дополнительных швов. В одном (8%) случае в связи с технической невозможностью выполнения реконструктивной операции на матке, обусловленной наличием панметрита и септического шока, была произведена экстирпация матки с фаллопиевыми трубами. В 12 (92%) наблюдениях родильницы выписаны из стационара с выздоровлением. У одной (8%) пациентки послеоперационный период осложнился ранней спасочной кишечной непроходимостью. В одном случае, когда выполнена экстирпация матки на фоне септического шока, наступил летальный исход на 5-е сутки после релапаротомии. Средняя продолжительность пребывания родильниц в стационаре составила 16 койко-дней.

Накопленный опыт дает нам основание полагать, что применение органосохраняющих операций в комплексном лечении акушерского перитонита при несостоятельности швов на матке является альтернативой традиционной акушерской тактике, основанной на экстирпации матки (удалении первичного очага инфекции). Мы хотим, однако, подчеркнуть, что этот алгоритм лечения применялся в условиях многопрофильной, хорошо оснащенной больницы. Выбор такого подхода к лечению акушерского перитонита после операции кесарева сечения проводился строго индивидуально для каждой пациентки, учитывая ее общее состояние на момент операции, состояние иммунной системы, наличие или отсутствие синдрома системной воспалительной реакции, состояние тканей матки и распространенность некротических изменений ее стенки. Все больные находились под круглосуточным наблюдением акушеров-гинекологов, хирургов, анестезиологов-реаниматологов, которые были готовы в любой момент при необходимости произвести расширенную операцию в экстренном порядке.

Несмотря на благоприятные исходы, выполнение метропластики на этом этапе не следует рекомендовать для повсеместного широкого внедрения. По нашему мне-

