

Несколько синдромов висцеральной боли и системных заболеваний часто возникают одновременно у одного и того же пациента.

Гиперактивность детрузора – уродинамический диагноз: произвольные сокращения мышцы мочевого пузыря с амплитудой более 5 см водного столба, возникающие несмотря на то, что человек пытается подавить эти сокращения волевым усилием [2, 3].

Далеко не всегда при гиперактивном мочевом пузыре имеет место гиперактивность детрузора. У пациенток с симптомами нижних мочевыводящих путей могут быть дисфункциональные модели мочеиспускания.

Выводы. Проведено исследование нового варианта (фенотипа) СНМП, который обозначается, как миофасциальный частотный синдром, примерно у 30% пациентов с частым мочеиспусканием. Схожие симптомы существуют у ряда других мочевого синдромов, таких как дискомфорт в мочевом пузыре, частые позывы к мочеиспусканию, давление в области таза и ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, что приводит к сложностям диагностики, и ухудшает результаты лечения пациентов с СНМП. Создание центра лечения боли – сложная, но важная задача в современной медицине. Необходимо формирование мультидисциплинарной команды специалистов.

Литература

1. Давыдов О. С., Яхно Н. Н., Кукушкин М. Л. и др. Невропатическая боль: клинические рекомендации по диагностике и лечению Российского общества по изучению боли. – 2018. – № 4. – С. 5–41.
2. Мазо Е.Б., Школьников М.Е., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевой пузырь у больных пожилого возраста // Урология. 2006. № 6. <http://uro.ru/article/550.html>.
3. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Неврологический аспект синдрома гиперактивного мочевого пузыря // Неврология и психиатрия. 2005. № 7. С. 58–62.
4. Филиппович А. А. Миофасциальный синдром: от патогенеза к лечению // Ремедиум Приволжье. – 2019. – Вып 170, № 1.
5. Grinberg K., Sela Y., Nissanholtz-Gannot R. New Insights about Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS) // Int J Environ Res Public Health. – 2020. – Vol. 17, № 9. – P. 3005.

УДК 616.353-002.4-08

Славников И.А.^{1,2}, Ярец А.А.¹, Ярец Ю.И.³, Дундаров З.А.¹

¹ Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

² Гомельская городская клиническая больница № 1, Гомель, Беларусь

³ Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека, Гомель, Беларусь

ГАНГРЕНА ФУРНЬЕ: ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Введение. Гангрена Фурнье – это специфическая форма некротизирующего фасциита, вызываемого ассоциацией аэробных и анаэробных микроорганизмов с поражением кожи и подлежащих тканей передней брюшной стенки, промежности, гениталий. Молниеносная форма некротизирующей инфекции наружных половых

органов, возникающая без видимой причины у пациентов молодого возраста, впервые была описана в 1883 году французским дерматовенерологом Жаном Альфредом Фурнье [1, 2]. Причиной заболевания являются гнойные процессы в соседних с мошонкой анатомических областях (парапроктит, абсцедирующий фурункулез промежности, гнойный уретрит). По данным исследователей, в связи с развитием сепсиса у большей части пациентов с гангреной Фурнье, первичная госпитализация осуществляется в отделения реанимации и интенсивной терапии. Ввиду значительного объема некротизированных тканей, являющегося причиной тяжелой эндогенной интоксикации, необходимыми мероприятиями являются вскрытие гнойно-некротических очагов и некрэктомия, выполняемые в гнойных хирургических и проктологических отделениях. Осложнением данной патологии в значительной части случаев являются постнекротические раны гипогастрия, половых органов и промежности, в связи с чем пациенты переводятся для дальнейшего лечения в комбустиологические отделения. При выполнении пластического закрытия дефектов покровных тканей передней брюшной стенки и промежности в большинстве случаев выполняют аутодермопластику. Значительные сложности представляет кожная пластика дефектов гениталий, в связи с необходимостью достижения удовлетворительных функционального и косметического результатов [3].

Цель. Оценить эффективность использования различных методов кожной пластики у пациентов с постнекротическими ранами гениталий.

Материалы и методы. В ожоговом отделении ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1» за период с 2011 по 2021 годы было пролечено 16 пациентов мужского пола с постнекротическими ранами гениталий, причиной которых являлась гангрена Фурнье. Средний возраст пациентов составил 54,5 (45,5; 59,5) лет. Среди госпитализированных городских жителей было 68,75% (n=11), сельских жителей – 31,25% (n=5). Все пациенты имели предшествующий этап стационарного лечения в хирургических отделениях. Срок существования ран составил 34,5 (30,5; 45,5) дней. У 43,75% пациентов (n=7) гангрена Фурнье имела проктологический генез, 56,25% пациентов (n=9) не смогли указать причину заболевания. 10 пациентов (62,5%) имели раневые дефекты, локализованные на половом члене и мошонке, у 6 пациентов (37,5%) отмечалось изолированное поражение покровных тканей мошонки.

Результаты и обсуждение. Дооперационный период у пациентов с постнекротическими ранами составил 3,5 (1,5; 6,5) дней. Выбор метода предоперационной подготовки раны определялся глубиной и геометрией раневого дефекта, количеством и характером раневого отделяемого, состоянием тканей, окружающих рану. При наличии плоскостных ран с низким или умеренным уровнем экссудации и отсутствии отека тканей, окружающих рану, использовали перевязки с водорастворимыми мазями. В случаях тотальной гибели покровных тканей мошонки, наличия карманов, обильного экссудата, не содержащего гнойного компонента, отека окружающих тканей при выборе метода предоперационной подготовки преимущественно использовали вакуум-терапию.

У 11 пациентов (68,75%) при выполнении предоперационной подготовки ран на половом члене и мошонке к последующему пластическому закрытию использовали ежедневные перевязки с мазью на гидрофильной основе «Повидон–йод» с содержанием активного йода 10 мг/г.

У 5 пациентов (31,25%) для подготовки ран на гениталиях применяли метод терапии контролируемым отрицательным давлением. С этой целью использовали аспиратор дренажный «Отсасыватель медицинский В 40 А» производства НПО ООО «Висма–Планар» (Республика Беларусь) в непрерывном режиме работы, с уровнем создаваемого отрицательного давления 75–125 мм. рт. ст. В качестве первичных раневых покрытий применяли альгинатные повязки, в качестве вторичного герметизирующего покрытия – полупроницаемые клейкие полиуретановые пленки. Перевязки пациента со сменой системы вакуум – терапии проводились в зависимости от степени и характера экссудации, геометрии раны, но не реже, чем через день.

Всем пациентам выполнялось бактериологическое исследование ран. В результате посева раневого отделяемого у 16 пациентов были микроорганизмы обнаруживались в виде монокультур 37,5% (6 пациентов) и в ассоциациях, состоящих из 2–3 видов – 62,5% (10 пациентов). В монокультуре выделялись *Staphylococcus aureus* (n=4), *Klebsiella pneumoniae* (n=1), *Proteus mirabilis* (n=1) в количестве $>10^5$ КОЕ/мл и $\leq 10^5$ КОЕ/мл. Состав ассоциаций был представлен сочетаниями грамположительных и грамотрицательных бактерий: *S. aureus*, *Enterococcus faecalis*, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Citrobacter freundii*, *Enterobacter cloacae*, *Pseudomonas aeruginosa*. При выделении из ран бактерий в количестве $>10^5$ КОЕ/мл пациентам назначали этиотропную антимикробную терапию.

При выполнении оперативного вмешательства у большинства пациентов (n=13; 81,25%) использовалась спинальная анестезия, в остальных случаях применялся эндотрахеальный наркоз (n=3; 18,75%).

При выполнении хирургического вмешательства всем пациентам интраоперационно выполнялась обработка дна и стенок раневого дефекта низкочастотным ультразвуком с помощью ультразвукового диссектора «Sonosа–185», производства фирмы «Söring» (Германия). В качестве звукопроводящей среды использовали изотонический раствор натрия хлорида, конец наконечника аппарата удерживали на расстоянии 1,0 мм от обрабатываемой плоскости раны, применяли мощность генерации ультразвука в диапазоне 24–48 Вт, длительность обработки составляла 5–15 сек. на 1 см² раневой поверхности [4].

В случаях выполнения оперативного вмешательства одномоментно выполнялась кожная пластика полового члена и мошонки. У всех пациентов указанной группы раны полового члена были плоскостными, дно их было покрыто грануляционной тканью, что позволяло выполнить пластическое закрытие путем аутодермопластики расщепленным кожным лоскутом толщиной 0,3–0,4 мм.

При локализации ран в области мошонки выбор метода кожной пластики определялся характеристиками раневого дефекта. При наличии плоскостной гранулирующей раны у 9 пациентов (56,25%) использовали аутодермопластику, аналогично

методу, используемому при закрытии раневых дефектов, локализующихся на половом члене. В единственном случае (6,25%) при подлечении на дне раны глубоких структур (яичек) и достаточном количестве сохраненных покровных тканей на мошонке использовали мобилизацию мягких тканей мошонки с пластикой местными тканями. У 2 пациентов (12,5%) использовали сочетание аутодермопластики и пластики местными тканями.

При наличии субтотальных дефектов покровных тканей мошонки ($n=4$; 25%) выполняли пластику перемещенным кожно-фасциальным лоскутом бедра с включением в перемещенный комплекс тканей ветви большой подкожной вены, что требовало проведения доплерографии в предоперационном периоде. Донорская рана лоскута закрывалась одномоментно путем ее послойного ушивания. Следует отметить, что из общего числа пациентов, которым выполнялась пластика перемещенным лоскутом, у 3 мужчин (75%) использовался лоскут с одного бедра, у 1 пациента (25%) в связи с тотальным дефектом покровных тканей мошонки использовали два встречных кожно-фасциальных лоскута с обоих бедер [5, 6].

Послеоперационные осложнения возникли у 3 пациентов (18,75%). Так, частичный лизис свободного кожного трансплантата, потребовавшего выполнения повторной аутодермопластики, наблюдался у 2 пациентов (12,5%). У одного пациента после выполнения пластики перемещенным лоскутом возникли явления венозного застоя, купированные применением инфузий препаратов, улучшающих лимфоток кровотока в комплексе с подкожными инъекциями гепарина.

Средняя длительность госпитализации для пациентов с данной патологией составила 21,5 (15,0; 33,5) дней. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии, с улучшением, для продолжения дальнейшего лечения у хирурга поликлиники по месту жительства.

Выводы:

1. Оперативная тактика у пациентов с постнекротическими ранами гениталий требует дифференцированного подхода в зависимости локализации дефекта, его размеров и подлечения глубоких структур.
2. При плоскостных гранулирующих ранах мошонки и полового члена возможно использование аутодермопластики расщепленным кожным лоскутом.
3. В случаях наличия небольших ран мошонки с обнажением яичек допустима пластика сохраненными местными тканями данной области гениталий.
4. Применение перемещенного кожно-фасциального лоскута бедра с включением в него ветви большой подкожной вены позволяет выполнить полноценное закрытие субтотальных дефектов мошонки. В случае тотального дефекта покровных тканей мошонки возможно использование пары встречных кожно-фасциальных лоскутов без ущерба для донорских зон с минимальным риском послеоперационных осложнений.

Литература

1. Бордаков П.В. Гангрена Фурнье: клиника, диагностика, лечение / П.В. Бордаков [и др.] // Раны и раневые инфекции. Журнал им. проф. Б.М. Костюченка. – 2017. – Т. 4, № 1. – С. 14–23.
2. Горюнов С.В. Руководство по лечению ран методом управляемого отрицательного давления / С.В. Горюнов [и др.]. – М.: Апрель, 2013. – 130 с.

3. Обыденнов С.А. Основы реконструктивной пластической микрохирургии / С.А. Обыденнов, И.В. Фраучи. – СПб.: Человек, 2000. – 214 с.
 4. Рубанов Л. Н. Сравнительная оценка эффективности использования консервативных и аппаратных методов лечения в процессе подготовки хронических ран к пластическому закрытию / Л. Н. Рубанов, Ю. И. Ярец, З. А. Дундаров // Хирургия. Восточная Европа. – 2016. – Т. 5, № 4. – С. 604–615.
 5. Fu-Chan W. Flaps and reconstructive surgery / W. Fu-Chan, S. Mardini. – Saunders: Elsevier. – 2010. – 624 p.
 6. Гулов, М. К. Хирургическое лечение последствий гангрены Фурнье / М. К. Гулов [и др.] // Научно-медицинский журнал «Пами сино» («Вестник Авиценны») Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино. – 2010. – № 1. – С. 13–18.
-

УДК 618.14-006.05

Смирнова М.В., Лызикова Ю.А.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

СТРУКТУРА ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ

Введение. Гиперпластические процессы эндометрия (ГПЭ), включающие полипы эндометрия и гиперплазию эндометрия, в течение последнего десятилетия сохраняют стабильную распространенность на уровне 5–6%, не демонстрируя тенденции к снижению [1, 2]. Согласно современным представлениям, гиперплазия эндометрия представляет собой спектр морфологических изменений слизистой оболочки матки, проявляющихся избыточной пролиферацией железистых структур с вариабельной клеточной дифференцировкой и увеличением железисто-стромального соотношения свыше 1:1 [1]. Развитие гиперплазии эндометрия носит полиэтиологический характер, обусловленный сложным взаимодействием системных и локальных факторов. В патогенезе данного заболевания ключевую роль играют нарушения регуляции биологически активных веществ, факторов роста, а также дисбаланс маркеров воспаления и апоптоза [3]. ГПЭ выступают одной из ведущих причин аномальных маточных кровотечений, оказывая негативное влияние на качество жизни пациенток и снижая их репродуктивный потенциал. Данная патология ассоциирована с повышенным риском малигнизации, что подчеркивает ее клиническую значимость и необходимость разработки эффективных стратегий онкопрофилактики [1].

Цель. Определить распространенность и структуру гиперпластических процессов эндометрия у пациенток репродуктивного возраста.

Материалы и методы. В исследование включено 117 пациенток репродуктивного возраста. Настоящее исследование является проспективным, наблюдательным «случай-контроль» исследованием. Пациентки исследуемых групп были направлены для проведения раздельного диагностического выскабливания полости матки и цервикального канала или для гистероскопии. У всех пациенток осуществлялось общеклиническое исследование, сонография органов малого таза, морфологическое и морфометрическое исследование эндометрия. Статистическая обработка данных проведена с использованием пакета Statistica 10.0.