

ко-лабораторного, рентгенологического, ультразвукового, лапароскопического методов исследования и диагностической лапаротомии. Возможности лапароскопии в диагностике ранних послеоперационных абсцессов брюшной полости, по данным этих авторов, составляет 92,3 %.

Диагноз межкишечного гноя обычно диктует необходимость немедленного оперативного лечения. Разрез производится над пальпируемым образованием, послойно до брюшины. Далее тупым путем в месте наибольшего размягчения «опухоли» вскрывается гнойник. Полость абсцесса санитруется фурацилином, диоксидином, осушается и дренируется ПХВ-дренажами, дренажами Пен-Роуза. В случае наличия множественных гнойников целесообразно произвести широкую лапаротомию, вскрыть все абсцессы, провести тщательный туалет брюшной полости, дренировать каждый гнойник и соответствующие карманы. В послеоперационном периоде следует проводить интенсивную комплексную терапию, включая антибиотико-иммунотерапию.

Е.В. Николаев и соавт. (1999), А.Ю. Малхасян (2002) рекомендуют широкое применение санационной лапароскопии при ранних послеоперационных абсцессах брюшной полости, что способствует снижению послеоперационной летальности с 21 % в контрольной группе до 5,2 % в основной группе.

Практически ежегодно мы встречались с подобными осложнениями. За последние 10 лет был 21 больной с межкишечными гнойниками, из них с множественными — 6 пациентов. При аппендэктомии с типичной позицией червеобразного отростка было 10 больных, при атипичном расположении аппендикса — 11 (3 — с тазовой, 2 — с медиальной и 6 — с ретроцекальной позицией отростка).

Основным методом диагностики абсцессов было УЗИ. В 4-х случаях произведена лапароскопия с последующей санацией гнойника. В 17 наблюдениях осуществлено вскрытие и санация гнойников открытым способом. При множественных абсцессах проводились многократные лапаротомии — от 2 до 4. В послеоперационном периоде проводилась дезинтоксикационная терапия с включением активных методов детоксикации (плазмаферез, УФО-крови), антибиотико-иммунотерапия. Динамический контроль брюшной полости с применением ультрасонографии.

Мы убеждены, что при больших абсцессах и множественных гнойниках брюшной полости рационально больным производить лапаротомию. В наших наблюдениях летальных исходов не отмечено.

В.Р. Корита, С.А. Вавринчук, И.Н. Стрельцова, П.М. Косенко

АБСЦЕССЫ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)

Абсцессы Дугласова пространства встречаются редко, и частота их колеблется от 0,1 до 3 % (Утешев Н.С. и соавт., 1975; Савчук Б.Д., 1979; Савицкий В.И. и соавт., 1982).

Время появления абсцесса колеблется между 5 и 25 днями после аппендэктомии, а размеры гнойника — от 50 до 600 мл и более.

Мы наблюдали гнойник Дугласова пространства в 11 случаях. В 2-х — после аппендэктомии с типичным расположением червеобразного отростка, в 1 — при медиальной позиции отростка, в 5 — при тазовой позиции аппендикса и в 3-х — при ретроцекальном (5 позиция отростка). Диагностировали данное осложнение на 6 — 8 сутки.

С учетом клинической картины заболевания и данных операционных находок, считаем целесообразным различать воспалительные инфильтраты в малом тазу (2 случая), абсцессы только Дугласова пространства (4 случая), абсцессы типа «запонки» — при сообщении гнойника подвздошной области с абсцессом Дугласова пространства (2 случая), тазовый гнойник на фоне разлитого перитонита (2 случая) и при сочетании кишечного свища с абсцессом Дугласова пространства (1 случай). В двух случаях встречались тазовые абсцессы в сочетании с межпетлевыми, причиной которых были распространенные перитониты при ранениях тонкой и толстой кишки.

Деструктивные изменения в червеобразном отростке отмечались в 9 наблюдениях, в одном случае был простой аппендицит.

При «чистой» локализации гнойника в Дугласовом пространстве боль в животе практически не беспокоила. Основные жалобы больных сводились к нарушению дефекации (частый жидкий стул, поносы) и мочеиспускания (учащенное, болезненное мочеиспускание, задержка мочи). У всех пациентов отмечались умеренные боли над лоном при глубокой пальпации. Температура была повышена у всех больных до 38°. В анализах крови, как правило, — высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В анализах мочи — лейкоцитурия и иногда эритроцитурия.

Основным диагностическим приемом является пальцевое исследование прямой кишки. Обращают внимание на тонус сфинктера прямой кишки и состояние ее передней стенки. В начале осложнения (4 — 5 сутки) определяется локальная боль в точке Ротера, либо болезненное уплотнение. На 6 — 8 сутки

можно определить размягчение инфильтрата, палец как бы проваливается в инфильтрат. Этот симптом является сигналом к переходу от консервативного лечения к оперативному (Колесов В.И., 1972). Диагноз следует подтвердить при помощи УЗИ брюшной полости. Диагностическую пункцию мы не рекомендуем производить вслепую. Ее следует производить лишь под контролем УЗИ. В стадии инфильтрата мы назначали консервативное лечение (антибиотики, УВЧ-терапия) и добились полного рассасывания его. В остальных случаях производили оперативное лечение по известной методике.

У женщин рекомендуется влагалищное вскрытие абсцесса. В наших наблюдениях вскрытие тазового гнойника производилось только через прямую кишку.

Осложнений, приведенных рядом авторов (повреждение кишечных петель, ранение мочевого пузыря), мы не отмечали.

При сочетании абсцессов правой подвздошной области и Дугласова пространства целесообразно гнойники вскрывать двумя доступами: через правую подвздошную область и через прямую кишку.

При сочетании гнойника малого таза и кишечного свища клиническая картина абсцесса Дугласова пространства сглажена. Боль пациентов практически не беспокоит. Основные симптомы — слабость и высокая температура. У одной больной с тонкокишечным свищем не было ни дисфункции кишечника, ни расстройства мочеиспускания. При многократном ректальном исследовании, которое производилось разными врачами, данные о наличии гнойника Дугласова пространства были разноречивые. При УЗИ малого таза выявлен гнойник. Произведено его вскрытие трансректальным доступом. Через 15 дней ликвидирован тонкокишечный свищ, наступило выздоровление.

На основании изложенного, считаем, что УЗИ брюшной полости в диагностике гнойников малого таза является достаточно информативным методом исследования. Его следует применять уже на ранних этапах послеоперационного периода, что позволяет наряду с клинической картиной присоединившегося осложнения, диагностировать абсцесс Дугласова пространства в ранние сроки заболевания.

В.Р. Корита, В.С. Кузьменко, Н.А. Колпаков, П.М. Косенко

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

ГОУ ВПО «Дальневосточный государственный медицинский университет Росздрава» (г. Хабаровск)

Инфицирование очагов некротической деструкции в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости определяют прогноз и современные результаты лечения острого панкреатита, частота которого в среднем составляет 38 больных на 100 000 населения в год. При панкреонекрозе инфицирование происходит у 40 — 70 % больных и летальность при этом превышает 25 — 30 %.

Мы поставили целью проанализировать эффективность различных методов хирургического лечения при панкреонекрозе и его осложнениях.

Собственные наблюдения основаны на клиническом исследовании 149 больных с панкреонекрозом, оперированных в клинике общей и факультетской хирургии ДВГМУ за период с 1993 по 2007 гг. Возраст больных колебался от 20 до 80 лет. Из пролеченных больных у 105 (70,5 %) был жировой панкреонекроз, у 44 (29,5 %) — геморрагический. Умерло 34 человека, из них 32 — с геморрагическим панкреонекрозом. Летальность составила 22,8 %. Гнойные осложнения панкреонекроза возникли у 39 больных (26,2 %). Среди них: флегмона забрюшинной клетчатки у 8 пациентов (20,5 %), панкреатогенный абсцесс у 19 (48,7 %), гнойный оментит у 12 (30,8 %).

В диагностическом комплексе раннего выявления гнойных осложнений острого панкреатита помимо рутинных методов применяли сонографическое исследование поджелудочной железы, определение уровня молекул средней массы, лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу.

Для решения поставленных задач больные были разделены на 3 группы. 45 больным, вошедшим в первую группу (30,2 %), выполнено лапароскопическое вмешательство. Во вторую группу включены 52 больных (34,9 %), которым выполнена лапаротомия, закончившаяся «закрытым» дренированием трубчатыми дренажными конструкциями. Третью группу составили 52 больных (34,9 %) с «открытым» методом дренирования с формированием панкреатооментобурсостомы.

В первой группе у 5 пациентов (11,1 %) развились гнойные осложнения: у 3-х панкреатогенный абсцесс, у 2-х забрюшинная флегмона. У двух больных с панкреатогенным абсцессом произведена релапароскопия с удалением секвестров и редренированием салниковой сумки. У трех больных — лапаротомия с формированием лапаростомы.

Во второй группе выявлена самая большая летальность. Умерло 19 человек (36,5 %), из них у 6 — флегмоны забрюшинной клетчатки. Одна из причин высокой летальности в этой группе — поздние релапаротомии, выполненные в режиме «по требованию» и недостаточно адекватное дренирование.