

возрастных групп // Материалы Всероссийской конференции хирургов «Современные проблемы экстренного и планового хирургического лечения больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки». – Саратов, 2003. – С. 68.

11. Шептулин А. А. Современный алгоритм лечения язвенной болезни // Клиническая медицина. – 2004. – № 1. – С. 57–60.

12. Higham J., Kang J. Y., Majeed A. Recent trends in admissions and mortality due to peptic ulcer in England: increasing frequency of

haemorrhage among older subjects // Gut. – 2002 Apr. – № 50 (4). – P. 460–464.

13. Mitchell H. M., Wiseman M., Ally R., Ahmed R., Segal I. The cytokine response to H. pylori is significantly different in symptomatic Sowers compared with symptomatic Australians // Current opinion in gastroenterology. – 2001. – V. 17. Suppl. – P. 17.

Поступила 24.09.2010

Г. К. КАРИПИДИ, И. В. ЧЕРНАЯ, Н. С. ТЮТЮННИКОВА, В. И. ШАПОШНИКОВ

АНАЛИЗ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-ОГРАНИЧЕННОГО ПЕРИТОНИТА МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4, тел. +79184807200*

Наблюдали 155 пациентов с инфильтратами полости малого таза. У 94 женщин (60,6%) операция выполнялась только хирургом. У 33 пациенток (31,3%) операцию начинал хирург, а затем в бригаду был включен гинеколог. У 28 женщин (18,1%) хирургическое вмешательство начинал гинеколог, а затем ее продолжил хирург, что в 18 (64,3%) наблюдениях было связано с техническими трудностями удаления очага инфекции, а в 10 (35,7%) – с ятрогенными повреждениями органов. Неблагоприятные исходы лечения наблюдались у 11 пациенток (около 7,1%), а различные осложнения – у 33 (21,3%).

Ключевые слова: анализ, лечение, ограниченный перитонит, малый таз женщин.

G. K. KARIPIDI, I. V. CHERNAJA, N. S. TYUTYUNNIKOVA, V. I. SHAPOSHNIKOV

THE ANALYSE OF THE TREATMENT OF LOCAL LIMITED PERITONITIS OF THE SMALL BASIN'S CAVITY AT WOMEN

*Chair of hospital surgery Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar city, Sedina st., 4, tel. +79184807200*

The analysis of 155 observations of an inflammatory infiltrate of the small basin's cavity, which were divided on three clinical groups, was done. The first group included 94 women (60,6%), operations at which were carried out only by surgeons (the lethality was 12,7%); 33 patients (31,3%) were included in the second group, operations at them were begun by surgeons, and then the gynecologists has been included in a brigade (without lethal results). The third group included 28 women (18,1%), operations at them were begun by the gynecologists, and then the surgeons has continued, that has been caused by difficulties of ablation of a center of an infection at 18 patients and with iatrogenic damages of sigmoid (5), straight line intestines (5) at 10 of them. Unfavourable outcomes of the treatment were revealed at 11 patients (7,1%), other problems at 33 (21,3%). Coordination in interaction of the surgeons and the gynecologists plays big value in a favorable result of operation.

Key words: analyse, treatment, limited, peritonitis, small basin cavity, women.

Введение

Местно-ограниченный перитонит полости малого таза у женщин проявляется в виде воспалительного инфильтрата. Наиболее часто он представляет собой осложнение острого воспалительного процесса внутренних половых органов, при этом пиосальпинкс занимает лидирующее место среди прочих заболеваний. Сравнительно редко причина воспалительного инфильтрата обусловлена деструктивным процессом тканей червеобразного отростка, сигмовидной кишки, мочевого пузыря, прямой кишки, лимфатических узлов, а также петель тонкой кишки, спустившихся в полость малого таза [1, 2, 3, 4, 5].

В силу того, что у женщин развиты местные защитные физиологические пластические способности тазовой брюшины, перитонит в этой полости склонен быстро отграничиваться от свободной брюшной

полости и протекать с образованием инфильтрата. Он длительное время не выходит за пределы малого таза. Это вызывает определенные трудности в дифференциальной его диагностике от злокачественных новообразований [1, 4].

В случаях неблагоприятного развития инфильтрата различают следующие его фазы: 1) серозное воспаление, 2) абсцедирование, 3) развитие осложнений (распространенного гнойного перитонита, острой кишечной непроходимости, свищей, кровотечения). Обычно пациентки попадают под наблюдение хирурга или в стадии абсцедирования инфильтрата, или уже при развитии любого из перечисленных выше осложнений [5].

Тазовая брюшина очень чувствительна к болевым раздражениям. В силу этого местный пельвиоперитонит обычно сопровождается выраженной болевой

реакцией. Характерным также является иррадиация боли в поясницу, а иногда в лопатку и плечо. У многих больных появляется боль в области мочевого пузыря, при этом как при заполнении его мочой, так и при его опорожнении. Характерным является малая его вместимость. У некоторых пациенток наблюдается жидкий многократный стул [1, 2, 3, 4, 5].

Кроме обязательных влагалищного и ректально-го исследований определенное значение имеют УЗИ и рентгенография (обзорная и контрастная), а также этапные исследования крови на лейкоцитоз и лейкоцитарную формулу. Следует указать, что при данном патологическом процессе пункцию полости малого таза через задний свод влагалища производить не следует, так как эта манипуляция может закончиться тяжелым осложнением.

Большинство авторов полагает, что при местно-ограниченных перитонитах малого таза у женщин должно осуществляться сугубо консервативное лечение до тех пор, пока не разовьется осложнение. При первых его признаках надлежит выполнять срочную лапаротомию, при этом объем операции напрямую зависит от характера выявленного патологического процесса. Если источником нагноения является пиосальпинкс, то трубы удаляются. При гнойно-некротическом поражении матки показано также ее удаление вместе с придатками. Многие гинекологи при генитальном перитоните операцию завершают задней кольпотомией с введением в полость малого таза дренажной трубки сроком на 4–7 дней [1, 2, 3, 5].

В оперативном лечении, как правило, принимают участие как хирурги, так и гинекологи, причем если хирурги приглашают гинекологов исходя из существующего положения (все калечащие операции на женских внутренних половых органах должны выполнять только профильные специалисты), то гинекологи обычно привлекают хирургов к участию в операции в силу необходимости (вовлечение в воспалительный процесс прямой, толстой и тонкой кишок, мочевого пузыря, мочеточника и магистральных кровеносных сосудов). В лечении женщин, страдающих этим заболеванием, имеется много специфических сложностей, о которых необходимо знать каждому врачу, оперирующему на органах брюшной полости. Это и является целью данной статьи.

Материалы и методы исследования

В основу исследования положен анализ результатов обследования и лечения 155 женщин с инфильтратом полости малого таза в возрасте от 18 до 78 лет, которые наблюдались в различных хирургических стационарах и гинекологическом отделении БСМП Краснодар с 2000 по 2010 год. У 94 (60,6%) образование инфильтрата было связано с различной хирургической патологией органов брюшной полости, а у 61 (39,4%) – с воспалением внутренних половых органов.

Результаты исследования

По примененной хирургической тактике лечения всех пациенток можно разделить на 3 группы: 1-я – операция выполнялась только хирургом от начала и до конца без привлечения гинеколога – 94 наблюдения (60,6%), 2-я – операция начиналась хирургом, а затем в операционную бригаду был включен гинеколог – 33 (21,3%) наблюдения, 3-я – операция начиналась гинекологом, а затем в ее осуществле-

нии принял участие хирург – 28 (18,1%) наблюдений. У 76 (49%) этих пациенток объемная локализация инфильтрата ограничилась только полостью малого таза, то есть при пальпации живота инфильтрат не определялся. В число этих наблюдений вошли все 28 женщин, у которых хирургическое вмешательство начинали гинекологи. У остальных 79 женщин (51%) инфильтрат пальпаторно можно было определить над лонным сочленением (по средней линии, или справа, или слева от нее).

Из 94 женщин, у которых операция была выполнена только хирургами, у 47 (50%) причинным фактором образования инфильтрата явился деструктивный острый аппендицит при низком (внутритазовом) расположении червеобразного отростка, причем у 44 из них, что составляет 93,6% к 47 наблюдениям, при поступлении в стационар определялись явные признаки распространенного острого перитонита. Операция у каждой из них заведомо осуществлялась по поводу острого аппендицита, осложненного перитонитом. Во время хирургического вмешательства действительно у пациенток имелся диффузный гнойный перитонит, а вся полость малого таза (с выходом за ее пределы) была заполнена рыхлым инфильтратом, в который были вовлечены связки и придатки матки, слепая кишка с червеобразным отростком, сальник, сигмовидная кишка и петли тонкой кишки. У каждой больной из этой группы наблюдений инфильтрат был разрушен, а затем выполнена аппендэктомия. Перитонизацию культи червеобразного отростка произвели узловыми швами, так как стенка слепой кишки была инфильтрирована, что создавало угрозу некроза ее стенки при наложении кисетного шва. В конце операции произведено дренирование полости малого таза трубками. У 3 (6,4%) же остальных женщин типичные симптомы острого перитонита отсутствовали. Они предъявляли жалобы на постоянные боли внизу живота и на частый жидкий стул. Пальпаторно через переднюю брюшную стенку инфильтрат не определялся. Только влагалищное исследование позволило заподозрить у этих женщин атипичную форму острого аппендицита, при этом ведущую диагностическую роль в распознавании истинной природы заболевания сыграл симптом Промптова (резкое усиление боли в животе при смещении матки влево). Во время операции вокруг тела матки обнаружен инфильтрат, при разрушении которого установлено, что воспаление у них было обусловлено гнойно-некротическим распадом тканей червеобразного отростка, который у одной из женщин лежал кольцом на матке, а у двух других имел контакт с боковой ее поверхностью. У этих 3 пациенток также была выполнена аппендэктомия с дренированием полости малого таза через контрапертуру. Послеоперационное течение у всех 47 пациенток протекало без осложнений и закончилось выздоровлением.

У других же 47 (50%) пациенток (из 94) причинами образования инфильтрата в полости малого таза явились: неспецифический язвенный колит с макро- и микроперфорацией стенки сигмовидной кишки – у 20 (42,5%), осложненный (абсцедированием) дивертикулез сигмовидной кишки – у 17 (36,2%), перфорация стенки сигмовидной кишки в зоне раковой опухоли – у 4 (8,5%), гнойное воспаление пряди большого сальника – у 4 (8,5%), перфорация стенки сигмовидной кишки инородным телом – у 2 (4,3%). У женщин

с гнойным оментитом произведена резекция пораженной пряди сальника. У всех пациенток с любой из перечисленных выше форм патологии сигмовидной кишки была осуществлена резекция пораженного отдела по методике Гартмана (приводящий отдел толстой кишки был выведен из брюшной полости с целью наложения концевой колостомы, а дистальный – заглушен и заведен под тазовую брюшину). Такая хирургическая тактика лечения была обусловлена неподготовленностью кишки к операции (накопленный за предыдущие годы опыт показал, что в таких случаях первичная резекция этой кишки неизбежно заканчивается несостоятельностью швов анастомоза). Всем этим 47 женщинам была произведена экстренная операция по причине наличия у них симптомов распространенного гнойного перитонита, а у 4 из них (с дивертикулезом ободочной кишки) – еще и острой кишечной непроходимости. После операции умерло 12 пациенток (25,5%), в том числе: 6 – с осложненным неспецифическим язвенным колитом, 5 – с осложненным дивертикулезом, 1 – с перфорацией сигмовидной кишки инородным телом. Выжившим пациенткам через 2–4 месяца была произведена реконструктивная операция, направленная на восстановление естественного акта дефекации.

Все пациентки из 2-й группы наблюдений поступили в хирургическое отделение в экстренном порядке. При обследовании у 29 из них (88%) был заподозрен острый аппендицит, осложненный перитонитом, а у 4 (12%) – острая непроходимость кишечника. Женщины были срочно оперированы, при этом у 10 из них (33,3%) брюшная полость вначале была вскрыта косым разрезом в правой подвздошной области, который не позволил выполнить надлежащим образом ревизию брюшной полости, что потребовало немедленно осуществить срединную лапаротомию. У остальных 23 женщин (77,7%) хирургом сразу же была выполнена нижнесрединная лапаротомия.

У всех 33 женщин был обнаружен выпот в брюшной полости, который у 4 (12,1%) из них был серозным (у этих женщин инфильтрат в полости малого таза осложнился острой кишечной непроходимостью), у остальных 29 (87,9%) – гнойным с хлопьями фибрина (у этих пациенток произошло вскрытие абсцесса малого таза в свободную брюшную полость). После первичной санации брюшной полости хирургом выполнялась ее ревизия, при этом было установлено, что кишечная непроходимость произошла на уровне нижней части сигмовидной кишки и была обусловлена вовлечением ее стенки в инфильтрат. Во всех наблюдениях разрушение инфильтрата производилось оперирующим хирургом без предварительной консультации гинеколога, и только тогда, когда стало совершенно ясно, что истинная причина образования инфильтрата обусловлена не хирургической патологией органов брюшной полости, а тем или иным воспалительным процессом придатков матки, в операционную был приглашен гинеколог, который и осуществил удаление придатков и матки. Из 33 женщин у 26 (79%) выполнено удаление правых придатков, а у 7 (21%) – с обеих сторон. Навлагалищной ампутации матки не производилось. Все эти операции протекали без осложнений. Полость малого таза у всех пациенток была дренирована через контрапертуру, которая была наложена в правой подвздошной области. Послеоперационное течение у 24 женщин

(72,7%) осложнилось повторным образованием массивного инфильтрата в полости малого таза, которое рассосалось через 3–6 недель под воздействием физиотерапевтических процедур и рассасывающей терапии.

Если хирурги обычно приглашали к участию в операции гинекологов в силу существующих положений, то совершенно другие ситуации заставляли гинекологов прибегать к помощи хирургов при выполнении ими операций у женщин с инфильтратами полости малого таза. Анализ третьей группы наблюдений показал, что из 28 пациенток у 18 (64,3%) гинекологи после ревизии брюшной полости правильно определили необходимость срочного привлечения к операции квалифицированного хирурга, а у 10 (35,7%) они этого не сделали, что привело к ятрогенному повреждению или стенки сигмовидной (5), или прямой (5) кишки. Появление осложнения, собственно говоря, и заставило их привлечь к операции опытного хирурга.

Всем этим 28 женщинам до операции гинекологами был поставлен диагноз «воспаление придатков матки с образованием инфильтрата», по поводу которого проводилось консервативное лечение, которое эффекта не дало, и произошло абсцедирование инфильтрата. У пациенток с изначальным привлечением хирурга осложнений во время операции не наблюдалось. Удаление источника воспаления (обычно это был пиосальпинкс) осуществлялось гинекологом. У женщин же с ятрогенным повреждением толстой и прямой кишок развитие осложнения было определено самими гинекологами. Привлеченный к операции хирург вначале производил закрытие просвета полого органа (путем наложения на дефект полого органа швов), а затем совершал полное разрушение инфильтрата с последующим удалением (гинекологом) источника воспаления. Первичный шов кишки считался возможным по причине того, что перед плановой операцией производилась подготовка кишечника к хирургическому вмешательству. Главной ошибкой, которую допустили гинекологи, было отсутствие маркировки прямой и сигмовидной кишок, которую следовало бы выполнить перед операцией – путем введения в просвет этих органов толстого зонда. Все 10 женщин, у которых наблюдались ятрогенные повреждения стенок указанных полых органов, были выписаны из больницы в удовлетворительном состоянии.

Следовательно, из 155 наблюдений неблагоприятные исходы лечения наблюдались у 11 пациенток (около 7,1%), а различные осложнения – у 33 (21,3%).

Заключение

Таким образом, анализ наших наблюдений позволяет считать, что в вопросах диагностики и лечения инфильтратов полости малого таза у женщин имеется ряд нерешенных проблем. Большую роль в исходах оперативного лечения играет слаженность взаимодействия хирурга и гинеколога, а по этой причине при хорошей организации специализированной помощи пациенткам с данной патологией можно добиться благоприятных исходов лечения у подавляющего большинства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горбунов С. С., Корчак М. В., Оберемченко А. И. Трудности дооперационной дифференциальной диагностики острого

аппендицита и апоплексии яичника // Клиническая хирургия. – 1977. – № 1. – С. 9–12.

2. Добротина С. С. Гинекологические перитониты в хирургической практике // Грудная и неотложная хирургия. – Горький, 1960. – С. 709–711.

3. Плотников Н. В. Гинекологические и послеабортные перитониты. – Архангельск, 1959. – 144 с.

4. Подзолкова Н. М. Дифференциальная диагностика в гинекологии. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2005. – 520 с.

5. Савельев В. С. (ответственный редактор). Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Дополнительный тираж. – М.: Триада-Х, 2005. – 470 с.

Поступила 28.09.2010

И. И. КАТЕЛЬНИЦКИЙ, Н. Г. САПРОНОВА, Ю. В. ХОРОНЬКО, М. И. ПОЛЯК, Е. В. КОСОВЦЕВ

ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Кафедра хирургических болезней № 1 Ростовского государственного медицинского университета,
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29, тел. (863) 250-42-00.
E-mail: okt@rostgmu.ru*

Производится анализ лечения 286 больных с портальной гипертензией. У 15,8% пациентов причину цирроза печени установить не удалось. У 25,8% больных выявлена печеночно-клеточная недостаточность по Чайлду А класса, у 54,5% – В класса, у 19,7% – С класса. У 68,1% пациентов выполнены различные оперативные вмешательства. Установлено, что трансъюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование является высокотехнологичным рентгенэндоваскулярным вмешательством.

Ключевые слова: портальная гипертензия, лечение.

I. I. KATELNITSKY, N. G. SAPRONOVA, U. V. KHORONKO, M. I. POLJAK, E. V. KOSOVTSSEV

TEN YEARS EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH THE PORTAL HYPERTENSIA

*Chair of surgical illnesses № 1 Rostov state medical universities,
Russia, 344022, Rostov-on-Don, the lane Nakhichevan 29, bodies,
tel. (863) 250-42-00. E-mail: okt@rostgmu.ru*

The analysis of treatment of 286 patients with a portal hypertension is made. At 15,8% of patients the cirrhosis reason it was not possible to establish. At 25,8% of patients is hepatic-cellular insufficiency on Chajldu A class, at 54,5% – B class, at 19,7% – C class. At 68,1% of patients various operative measures are executed. It is established that transjugularis intrahepatic portosystemic shunting is hi-tech rentgenendovaskulyaris intervention.

Key words: portal hypertension, treatment.

Введение

В последние три десятилетия хирургия ПГ оформилась как самостоятельный раздел медицины [1]. Целью нашего исследования явилось изучение эффективности хирургического лечения больных с портальной гипертензией (ПГ). Научно-технический прогресс и развитие передовых медицинских технологий привели к быстрому увеличению числа методов обследования и хирургического лечения больных с ПГ.

Материалы и методы исследования

Нами был проанализирован опыт лечения 286 больных в возрасте от 8 до 89 лет, находившихся на лечении в отделении ПГ РостГМУ. У 240 пациентов ПГ возникла как осложнение цирроза печени, который в подавляющем числе случаев (83,9%) развился на фоне перенесенного вирусного гепатита В и С. У 15,8% (38) причину цирроза печени установить не удалось.

У 6 пациентов (2,1%) выявлена альфа-1-антитрипсиновая недостаточность, у 1 (0,3%) – редко встречающаяся гепатоцеребральная дистрофия (болезнь Вильсона – Коновалова), приведшие к развитию фиброза

печени. В 3 (1,0%) наблюдениях на фоне хронического панкреатита, панкреонекроза в анамнезе сформировалась левосторонняя ПГ, приведшая к кровотечению из вен пищевода. У одного пациента (0,3%) причиной ПГ стал фиброз клетчатки забрюшинного пространства. Аневризма селезеночной артерии была выявлена у 4 больных (1,3%). Артериовенозные фистулы в 1 (0,3%) наблюдении явились причиной ПГ без признаков цирротического поражения печени, а у 11 пациентов (3,8%) выявились интраоперационно и сочетались с циррозом печени. Трех пациентам (1,0%) прижизненно был поставлен диагноз полинодулярной трансформации печени (NRHL), приведшей к ПГ. В двух случаях (0,6%) развился тромбоз воротной вены, посттромбофлебитическая трансформация воротной вены была выявлена во время обследования у 16 пациентов (5,5%).

Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включающее в себя общеклинические, лабораторные и инструментальные методы с обязательным выполнением ультразвукового исследования органов брюшной полости, воротной и селезеночной вен, эзофагофиброгастроскопии, гепатосцинтиграфии