

сетки по Lichtenstein (9 пациентов). В настоящее время из арсенала полностью исключены патогенетически не обоснованные методы пластики передней стенки пахового канала. Ограниченно применяется пластика с нарушением пахового канала по Postempski. Летальных исходов после паховых герниопластик не было. В 2 случаях возникло нагноение послеоперационной раны.

После традиционных герниопластик время пребывания в стационаре составило 7,5 суток, после пластики по E. Shouldice – 4,4 суток, по Lichtenstein – 2,1 суток.

Таким образом, внедрение в практику алгоритма выбора методики оперирования и самих новых технологий оперирования паховых грыж позволило значительно сократить сроки пребывания больного в стационаре, а также добиться более благоприятного течения реабилитационного периода и снижения количества послеоперационных осложнений.

Поступила 1.03.07 г.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А. Л., Лукьянчук Р. М. Сравнительный анализ результатов оперативного лечения больных с паховой грыжей. Неотложная и специализированная хирургическая помощь // Первый конгресс московских хирургов: Тез. докл. Москва, 19–21 мая 2005 г. М.: ГЕОС, 2005. 245 с.

2. Грубник В. В., Лосев А. А., Баязитов Н. Р., Парфентьев Р. С. Современные методы лечения брюшных грыж. Киев: Здоровье. 2001. 280 с.

3. Рутенбург Г. М., Стрижелецкий В. В., Гуслиев А. Б., Корелов В. С. Эндовидеохирургическая паховая герниопластика: пятилетний взгляд на проблему // Эндоскопическая хирургия 1998, № 1. Р. 46.

4. Сахаутдинов В. Г., Галимов О. В., Сендерович Е. И. Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами // Хирургия. 2002, № 1. С. 45–48.

5. Тимошин А. Д., Юрасов А. В., Шестаков А. Л., Федоров Д. А., Колесников С. А., Косовский Ю. А. Тактика лечения паховых грыж в общехирургическом стационаре // Актуальные вопросы герниологии. Матер. конф., Москва, 9–10 октября. 2002. С. 66–67.

**M. D. HATKOVA,  
YU. P. SAVCHENKO, S. R. FEDOSOV**

#### **MISTAKES AND COMPLICATIONS OF SURGICAL OPERATION GERIATRIC PATIENTS' INGUINAL HERNIA**

*There are shown peculiarities of epidemiology and current of inguinal hernia of elderly and old people. Modern methods of approach to plastic operations of such kind of patients were considered. The operative manual's analysis of mistakes and complications of inguinal hernia of geriatric patients.*

**В. И. ШАПОШНИКОВ**

## **ЛЕЧЕНИЕ МЕСТНО-ОГРАНИЧЕННОГО ПЕРИТОНИТА ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН**

*Кафедра госпитальной хирургии с курсом урологии  
Кубанского государственного медицинского университета*

### **Введение**

Местно-ограниченный перитонит (МОП) полости малого таза у женщин проявляется в виде воспалительного инфильтрата (ВИ). Наиболее часто он представляет собой осложнение острого воспалительного процесса внутренних половых органов, при этом пиосальпинкс занимает лидирующее место среди прочих причин его образования. Сравнительно более редко у женщин ВИ связан с 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 местные защитные физиологические пластические способности тазовой брюшины хорошо развиты, перитонит в этой полости склонен к быстрому отграничению от свободной брюшной полости. ВИ длительное время не выходит за пределы малого таза, что создает определенные трудности в дифференциальной его диагностике от злокачественных новообразований [1, 4].

В случаях неблагоприятного течения ВИ различают следующие фазы его развития: 1-я – серозное воспаление, 2-я – абсцедирование, 3-я – развитие гнойно-некротических осложнений в виде распространенного гнойного перитонита (РГП), свищей, кровотечения и

острой кишечной непроходимости. Обычно пациентки наблюдаются хирургом в 3-й фазе развития ВИ [5].

Большинство авторов полагает, что лечение МОП полости малого таза у женщин должно носить консервативный характер только до тех пор, пока не разовьются гнойно-некротические и другие грозные осложнения.

**Цель исследования** – оценка результатов лечения женщин, страдающих МОП, различными специалистами в зависимости от особенностей его клинического течения и специфических трудностей в выполнении операции.

### **Методика исследования**

В основу исследования положен анализ результатов обследования и лечения 155 женщин с ВИ полости малого таза в возрасте от 18 до 78 лет, которые наблюдались в хирургических и гинекологических отделениях КГЦСМП и Темрюкской ЦРБ Краснодарского края с 1980 по 2004 год. У 94 (60,6%) женщин образование ВИ было обусловлено различной хирургической патологией органов брюшной полости, а у 61 (39,4%) – воспалением придатков матки.

Исходя из хирургической тактики лечения, всех пациенток с ВИ можно разделить на 3 группы, а именно: 1) операция выполняется только хирургом от начала и до конца без привлечения гинеколога – 94 наблюдения

(60,6%), 2) операция начинается хирургом, а затем в бригаду включается гинеколог – 33 (21,3%) наблюдения, 3) операция начинается гинекологом, а заканчивается хирургом – 28 (18,1%) наблюдений.

### Результаты исследования

Из 155 пациенток только у 31 (20%) перед операцией отсутствовали симптомы РГП (у 28 было воспаление придатков матки, а у 3 – низко расположенный гангренозный червеобразный отросток). У 76 (49%) из них при пальпации живота ВИ не определялся, но его можно было выявить при вагинальном и ректальном исследованиях. У 79 (51%) больных его можно было пальпаторно или только перкуторно определить над лонным сочленением.

Из 94 женщин, у которых операции выполнялись только хирургами, у 47 (50%) причиной образования ВИ явился деструктивно измененный червеобразный отросток (он находился в полости малого таза), у 20 (21,27%) – язвенный колит с макро- и микроперфорацией стенки сигмовидной кишки, у 17 (18%) – абсцедирование дивертикулов сигмовидной кишки, у 4 (4,25%) – перфорация раковой опухоли сигмовидной кишки, у 4 (4,25%) – гнойный оментит, у 2 (2,12%) – перфорация стенки сигмовидной кишки инородным телом. Из 94 пациенток умерло 12 (12,7%).

Из 47 женщин с острым аппендицитом 44 (93,6%) госпитализированы в отделение с признаками РГП. Во время операции у них был обнаружен ВИ полости малого таза в 3-й фазе своего развития. У этих пациенток ВИ не имел однородного строения, то есть плотно спаянные между собой ткани были прикрыты рыхлым конгломератом из большого сальника, сигмовидной и тонкой кишок. После его разрушения, а это технически не представляло особых трудностей, обнажался плотный инфильтрат, в который уже входили слепая кишка, червеобразный отросток и придатки матки. У всех этих пациенток в ВИ четко определялась зона распада тканей в виде щелевого хода, через который гнойник малого таза сообщался со свободной брюшной полостью. Он был использован хирургом не только для пальцевой ревизии полости абсцесса, но и для осторожного тупого выделения червеобразного отростка из ВИ, однако без полного его разрушения. У 18 (40,9%) этих пациенток произошла самоампутация червеобразного отростка. Некротические секвестры у них были удалены. Перитонизацию же культя отростка не производили, так как она была просто невозможна. У других же 26 (59,1%) женщин этот орган имел целостный вид. Червеобразный отросток у них был удален, а его культя перитонизирована отдельными узловыми швами. В конце операции произведено дренирование трубками как подвздошных областей, так и зоны первичного очага РГП.

Удаление воспалительно-измененного червеобразного отростка считаем принципиально важным, так как оставление его в брюшной полости неизбежно приводит не только к рецидиву абсцесса, но и к сепсису. Однако эта хирургическая тактика совершенно не оправдана у больных, имеющих ВИ деревянистой плотности, ибо в таких наблюдениях дифференцировать ткани, вовлеченные в инфильтрат, просто невозможно и все попытки удалить у них червеобразный отросток не только обречены на неудачу, а неизбежно заканчиваются тяжелыми осложнениями.

Из 47 пациенток с острым деструктивным аппендицитом у 3 (6,4%) симптомы РГП отсутствовали. Они предъявляли жалобы на постоянные боли внизу живота и на частый жидкий стул. Пальпаторно и перку-

торно через переднюю брюшную стенку ВИ не определялся. Только влагалищное исследование позволило заподозрить у этих женщин атипичную форму острого аппендицита. Ведущую диагностическую роль в распознавании истинной природы заболевания сыграл симптом Промптовой (при гинекологическом перитоните любое смещение матки болезненно, а при аппендикулярном – резкое усиление боли в животе при смещении матки влево). У всех трех женщин во время ревизии брюшной полости вокруг тела матки был обнаружен ВИ, который удалось разрушить. Развитие МОП у них действительно было обусловлено гнойно-некротическим воспалением тканей червеобразного отростка, который у одной из женщин лежал кольцом на матке, а у двух других имел контакт с боковой ее поверхностью. Им была выполнена аппендэктомия с дренированием полости малого таза через контрапертуру. Послеоперационное течение у всех 47 пациенток протекало без осложнений, а лечение закончилось выздоровлением.

У 43 пациенток, развитие ВИ у которых было обусловлено той или иной патологией сигмовидной кишки, произошло его абсцедирование с прорывом гнойника в свободную брюшную полость, что привело к развитию РГП, по поводу которого и была выполнена лапаротомия. Только операция позволила у этой группы пациенток определить истинную причину острого воспаления брюшины. Характер выявленной патологии потребовал у них полного разрушения ВИ, а вслед за этим выполнения левосторонней гемиколэктомии или по методике Гартмана (у 37), или по типу операции Микулича с формированием отдельной колостомы (у 6). После операции от различных осложнений умерло 12 пациенток (27,9%), в том числе: у 6 был неспецифический язвенный колит, у 5 – дивертикулез ободочной кишки, у 1 – перфорация стенки кишки инородным телом. Всем выжившим пациенткам через 2–4 месяца произведена реконструктивная операция, направленная на восстановление естественного акта дефекации.

Все пациентки из 2-й группы наблюдений (33 женщины) поступили в хирургическое отделение в экстренном порядке. При обследовании у 29 из них (88%) был заподозрен острый аппендицит, который осложнился РГП, а у 4 (12%) – острой непроходимостью кишечника. Женщины были срочно оперированы, при этом у всех у них обнаружен выпот в брюшной полости, который только у 4 (12,1%) был серозным, а у остальных 29 (87,9%) – гнойно-фибринозным. Ревизия брюшной полости показала, что серозный выпот сопровождал кишечную непроходимость, при этом у всех 4 женщин она произошла на уровне дистальной трети сигмовидной кишки – за счет циркулярного сдавления её просвета ВИ. У пациенток же с гнойным выпотом выявлен ВИ, из глубины которого по каналу поступал гнойно-ихорозный детрит.

Во всех этих 33 наблюдениях разрушение инфильтрата начал производиться хирургом без предварительной консультации гинеколога. Только тогда, когда стало совершенно ясно, что истинная причина образования ВИ обусловлена воспалительным процессом придатков матки, был приглашен гинеколог, который и продолжил операцию. Из 33 женщин у 26 (79%) выполнено удаление правых придатков, а у 7 (21%) – с обеих сторон. Операции протекали без осложнений. Полость малого таза у всех этих пациенток была дренирована через контрапертуру, которая накладывалась в правой подвздошной области. Летальных исходов не наблюдалось, но у 24 женщин (72,7%) после операции образовались массивные ВИ в полости малого таза.

Появление этого послеоперационного осложнения отчасти было обусловлено как самим характером патологического процесса, по поводу которого выполнялась операция, так и использованием гинекологами кетгута для перевязки сосудов и соединения тканей. Эти инфильтраты рассосались через 3–6 недель под воздействием физиотерапевтических процедур и рассасывающей терапии.

Анализ третьей группы наблюдений (28 пациенток) показал, что у 18 женщин (64,3%) гинекологи начинали операцию, но после ревизии брюшной полости они правильно определили необходимость срочного привлечения хирурга, что и было сделано. У 10 (35,7%) же пациенток они сочли для себя возможным самим завершить манипуляции с ВИ, что привело к ятрогенному повреждению или стенки сигмовидной (5), или прямой (3) кишок, или мочеочника (2). Таким образом, из 28 женщин этой группы наблюдений у 8 (28,5%) возникли технические погрешности в производстве операции.

Ранение толстой и прямой кишки у всех 8 пациенток было выявлено во время операции. Это и послужило поводом к привлечению к операции опытного хирурга. У 2 же женщин с повреждением мочеочников это осложнение было диагностировано только после операции. У одной из них релапаротомия была осуществлена через 8 часов (были повреждены оба мочеочника), а у другой – через 2 суток (пересечен левый мочеочник) после первой операции. Диагностическим тестом повреждения мочеочников послужило пропитывание повязки мочой. Пластическую операцию выполняли урологи. Больная с повреждением обоих мочеочников умерла через две недели после операции от сепсиса, причиной которого послужила восходящая инфекция мочевыводящих путей. Пациентка же с травмой левого мочеочника благополучно перенесла пластическую операцию. Интересно отметить, что у этой больной оперирующий гинеколог удалил участок мочеочника длиной до 6 см и перевязал проксимальный его конец. Затек мочи в брюшную полость происходил из мочевого пузыря через открытый дистальный конец пересеченного мочеочника.

У всех этих 28 женщин до операции профильные специалисты проводили консервативное лечение по поводу воспаления придатков матки, которое эффекта не дало. По причине появления типичных симптомов абсцедирования ВИ ими было принято решение прибегнуть к операции. При вскрытии брюшной полости явлений РГП не обнаружено.

У пациенток с изначальным привлечением хирурга к операции осложнений во время операции не наблюдалось. ВИ хирургом с успехом был разрушен, а источник воспаления (обычно это был пиосальпинкс) выделен из инфильтрированных тканей и удален. При ятрогенном же повреждении толстой и прямой кишок хирург испытал определенные трудности в определении дальнейшей тактики лечения, ибо предыдущие манипуляции гинеколога существенно изменили облик травмированных тканей. Во всех наблюдениях хирурги вначале произвели закрытие просвета вскрытого полого органа (путем наложения двухэтажного шва), а только затем продолжили выделение источника МОП из ВИ, что с успехом и было сделано. Операция завершалась дренированием полости малого таза и просвета толстой кишки трубками.

Считаем нужным указать, что первичный шов кишки у этих пациенток был возможен только потому, что перед плановой операцией им производилась подготовка кишечника к хирургическому вмешательству. Ретроспективный анализ причин операционных осложнений показал, что главной ошибкой гинекологов можно считать

отсутствие маркировки прямой и сигмовидной кишок. Её следовало бы выполнить ещё перед операцией путем введения в просвет этих органов толстого зонда. Это, возможно, позволило бы оперирующему гинекологу правильно разобраться в топографической анатомии малого таза. Все 8 женщин с ятрогенным повреждением стенки сигмовидной и прямой кишок были выписаны из больниц в удовлетворительном состоянии.

Следовательно, из 28 пациенток с МОП, но без развития РГП умерла только 1 (3,57%) больная.

## Обсуждение

Анализ приведенных наблюдений показал, что в вопросах диагностики и лечения ВИ полости малого таза у женщин все еще имеется ряд нерешенных проблем. Трудности лечения определяются не только тем, что абсцедирование ВИ и развитие РГП достигают 80% от всех наблюдений, но и тем, что в его образовании часто принимают участие не только внутренние половые органы, но и сигмовидная кишка, червеобразный отросток, большой сальник и другие органы и ткани. Заболевания же этих органов относятся уже к хирургической проблеме. От того большое значение в благоприятном исходе оперативного лечения женщин с ВИ полости малого таза играет слаженность действий хирурга и гинеколога. При хорошей организации специализированной помощи пациенткам с данной патологией можно добиться благоприятных исходов лечения у подавляющего их большинства.

Поступила 15.04.07 г.

## 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. ГЭОТАР-МЕД, 2005. 520 с.
5. Савельев В. С. (ответственный редактор). Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Дополнительный тираж. Триада-Х, 2005. 470 с.

V. I. SHAPOSHNIKOV

## TREATMENT LOCAL LIMITED OF THE PERITONITIS OF THE CAVITY OF THE SMALL BASIN AT WOMEN

*The analysis of 155 observations of an inflammatory infiltrate of a cavity of a small basin on three clinical groups is made. The first group included 94 women (60,6%), operation at which was carried out only by the surgeon (the lethality has made 12,7%). 33 patients (31,3%) are included in the second group, at them operation was begun by the surgeon, and then the gynecologist has been included in a brigade (without lethal results). The third group included 28 women (18,1%), at them operation was begun by the gynecologist, and then the surgeon has continued, that at 18 patients has been caused by difficulties of ablation a center of an infection, and at 10 – with iatrogenic damages sigmoid (5), a straight line (3) intestines and urethras (2). From 28 patients has died 1 (3,5%). The big value in a favorable result of operation plays coordination of interactions of the surgeon and the gynecologist.*