

И.П. Коношенко, Н.В. Артымук, Н.Г. Орлова, Б.Ю. Сулос

Кемеровская областная клиническая больница,
г. Кемерово

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДРЕНИРОВАНИЯ ГНОЙНИКА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЧЕРЕЗ МАТОЧНУЮ ТРУБУ

Причинами формирования внутрибрюшного инфильтрата и абсцесса после кесарева сечения могут быть нагноившийся гемоперитонеум, незамеченная травма кишечника, инородное тело в виде тампонов, оставленных в брюшной полости при операциях, сопровождающихся кровотечением.

Больная Т., 30 лет, поступила в гинекологическое отделение районной больницы 22 марта 2002 года в 10 час. 10 мин. с жалобами на гипертермию до 39°C, слабость, появление «выпячивания» в левом подреберье, обильные гнойные выделения из половых путей.

Из анамнеза установлено, что 25 февраля 2002 г. пациентке проведена операция кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Показанием к операции было наличие крупного плода, первичное бесплодие в течение семи лет, возраст матери. Операция осложнилась гипотоническим кровотечением, кровопотеря составила 1100 мл. Кровотечение остановлено введением утеротонических средств, наружным массажем матки. Послеоперационный послеродовой период протекал без осложнений. Швы сняты на 7-е сутки, заживление раны первичным натяжением. Выписана на 10-е сутки в удовлетворительном состоянии.

С 20 марта отмечены повышение температуры тела до 38-39°C и появление опухоли в левом подреберье, 21 марта появились обильные гнойные выделения из половых путей.

Объективно: Состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык влажный, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, 120 ударов в минуту. АД — 120/80 мм рт. ст., температура тела 38°C. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В левом подреберье пальпируется опухолевидное, плотное образование, неподвижное, умеренно болезненное. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При вагинальном исследовании тело матки соответствует 5-6 неделям беременности, плотное, подвижное, безболезненное; в области придатков слева умеренная тягистость, справа — без особенностей. Из полости матки — обильные жидкие гнойные выде-

ления. В анализе крови — лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускорение СОЭ, анемия легкой степени. При УЗИ органов брюшной полости в проекции селезеночного угла ободочной кишки определяется гиперэхогенное образование 10 × 12 см, неправильной формы с интенсивной акустической тенью; вокруг образования — жидкостной компонент неправильной формы, размером 5 × 7 см.

Выставлен **диагноз:** Инородное тело брюшной полости. 22 марта в 16 час. 30 мин. под эндотрахеальным наркозом произведена операция. При лапаротомии и ревизии органов брюшной полости обнаружен воспалительный инфильтрат в левом подреберье размером 10 × 12 см, в который вовлечены поперечноободочная кишка и большой сальник. При разделении сращений обнаружена полость, содержащая гной и марлевый тампон. После опорожнения полости при дальнейшей ревизии установлено наличие сообщения данной полости «свищевым» ходом между петлями тонкого кишечника с левой маточной трубой (рис.). Маточная труба умеренно уплотнена, гиперемирована, фимбрии ее плотно фиксированы сращениями к ходу из полости абсцесса. Тело матки увеличено до 5-6 недель беременности, визуально не изменено.

Проведена санация гнойной полости, дренирование ее марлево-перчаточным тампоном через контрапертуру в левом подреберье, гистерэктомия, билатеральная сальпингэктомия, кольпостомия «фашинным» дренажом из 4-х полихлорвиниловых трубок. Брюшная полость ушита наглухо.

Макропрепарат: при рассечении матки и маточной трубы в их просвете содержится гной. Заключение гистологического исследования: гнойный эндометрит, гнойный сальпингит слева, серозный сальпингит справа.

В послеоперационном периоде проводилась дезинтоксикационная, антибактериальная, десенсибилизирующая, противовоспалительная терапия, симптоматическое лечение. На третьи сутки после операции удален дренаж из влагалища, на 6-е сутки — марлево-перчаточный дренаж из левого подреберья. Течение послеоперационного периода без осложнений. Выздоровление.

ОБСУЖДЕНИЕ

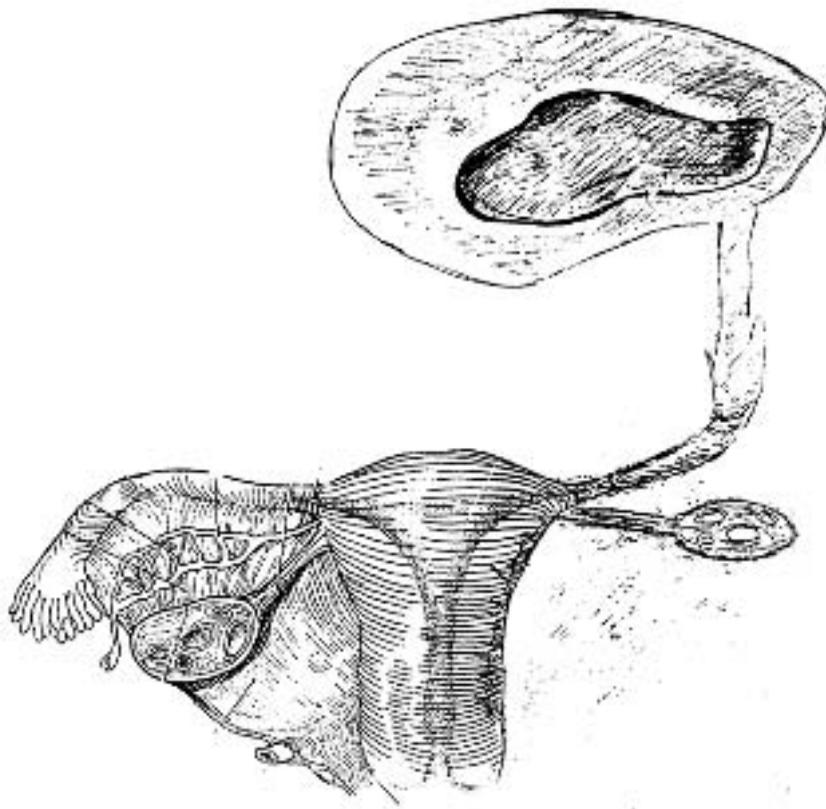
Рисунок

По данным литературы, при установлении диагноза нагноения внутрибрюшного инфильтрата показана безотлагательная операция [1]. Выжидательная тактика с операцией угрожает серьезными осложнениями, в частности, прорывом гнойника в свободную брюшную полость с развитием разлитого перитонита, или в соседние органы (кишку, мочевой пузырь); возможно распространение гнойного процесса на забрюшинное пространство. Прорыв в кишку следует признать благоприятным исходом в сравнении с другими возможными осложнениями. В литературе описаны отдельные случаи прорыва гноя из Дугласова пространства во влагалище, слепую кишку, а у детей – в пупок.

Уникальным является наблюдение Морисона. Автором описан случай, когда правая фаллопиева труба послужила дренажем, через который произошла эвакуация гноя из Дугласовой ямки в полость матки. Больная выздоровела без хирургического вмешательства [1].

Внутренние свищи, сообщающие патологический очаг с трубой и маткой относятся к редким, и описываются как казуистика. Так, К.Л. Бохан (1993), изучив отечественную и зарубежную литературу, выявил 477 случаев аппендикулярно-органных свищей, из них 114 освещены в отечественной литературе. Описываются 16 видов аппендикулярно-органных свищей. По частоте на первом месте стоят аппендикулярно-кишечные свищи (61 %), реже встречаются аппендикулярно-мочепузырные (26 %), а аппендикулярно-трубно-маточные составляют всего 4,6 %. В этих случаях патологический очаг чаще находился в непосредственной близости от маточной трубы [2]. В литературе нам не встретилось описания опорожнения через внутренний свищ в маточную трубу межкишечного абсцесса, сформировавшегося вокруг инородного тела и находившегося на значительном от нее расстоянии.

В нашем наблюдении, вероятно, при отсутствии инородного тела в полости абсцесса, могло наступить выздоровление пациентки. Однако наличие инородного тела в брюшной полости предполагает проведение неотложного хирургического вмеша-



тельства. Вопрос относительно удаления матки с трубами в таких случаях нельзя решать однозначно. Возможно, что фаллопиева труба и полость матки, являющиеся проводящими гной путями и вовлеченные в воспалительный процесс вторично, могут быть сохранены при условии адекватного их опорожнения и мощной противовоспалительной и антибактериальной терапии в послеоперационном периоде. При неэффективности такой тактики удаление пораженных органов можно провести вторым этапом.

Решение о первичном удалении матки с трубами у данной пациентки было принято, учитывая наличие визуальных воспалительных изменений в органах, что в последующем подтвердило гистологическое исследование.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Иосетт Г.Я. Осложнения при остром аппендиците /Иосетт, Г.Я. //Острый аппендицит /Под ред. В.И. Колесова. – Л., 1959. – С. 177-217.
2. Бохан, К.Л. Внутренние аппендикулярно-органные свищи как осложнения острого аппендицита /Бохан К.Л. //Хирургия. – 1993. – № 12. – С. 73-74.

* * *