

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 4 (1771)

В последнее время среди гинекологических заболеваний наиболее частыми являются воспалительные процессы внутренних половых органов. В структуре патологии органов малого таза воспаление составляет 60-65%, причём у 4-15% женщин диагностируют гнойные воспалительные заболевания придатков матки (И.Сидорова, 2003). Воспалительный процесс в придатках матки характеризуется рецидивирующим течением, с последующим развитием спаечного процесса и бесплодия, а также формированием гнойных образований (тубоовариальные образования, пиосальпинкс и др.) (А.Стрижаков, 2005; J.Abbott, 2002). Причинами являются меняющаяся вирулентность и многообразие микрофлоры, вызывающие воспаление, а также сложности, связанные с рациональным и наиболее эффективным подбором лечения. При гнойных процессах в придатках матки часто встречается несоответствие между выраженностью жалоб, данными бимануального осмотра и инструментальными методами исследования.

На сегодняшний день своевременная диагностика абсцессов остаётся трудной и не всегда разрешимой задачей. Зачастую диагностика связана с отсутствием специфических признаков, а также с использованием антибактериальных и анальгетических препаратов, что стирает клиническую симптоматику и затрудняет своевременную верификацию (С.Mollen, 2006). Терапия гнойных образований придатков проводится за счёт воздействия на очаг инфекции, проявляющаяся в виде хирургической санации первичного очага, а также системной антибактериальной терапии, ограничивающей активность воспалительных процессов (И.Сидорова, 2003; H.Wiesefeld, 2005). В настоящее время существует несколько способов хирургического лечения абсцессов, к ним относятся лапаротомия, лапароскопия, кольпотомия, а также дренирование гнойников под визуальным УЗ/КТ-контролем (Т.Макухина, 2008). В последнее время наиболее часто применяется метод дренирования гнойников под контролем ультразвука или КТ с использованием специальных наборов для транскутанной пункции/дренирования либо через задний свод влагалища. Однако данная процедура не всегда бывает эффективной, в связи с возможной недостаточной санацией, наличием множественных гнойных образований и отсутствием элиминации первичного источника, что в итоге не позволяет избежать лапаротомии. На сегодняшний день общепризнанным и единственным путём к выздоровлению при гнойных воспалительных заболеваниях придатков матки остаётся хирургическая санация очага инфекции в виде удаления придатков (вопрос о гистерэктомии решается индивидуально), что и указано в данном клиническом наблюдении.



Рис. 1. Латеропозиция. Поддиафрагмальный абсцесс справа

Клиническое наблюдение

Больная Т., 59 лет, находилась на стационарном лечении после оперативного вмешательства в объёме радикальной мастэктомии слева по Холстеду – Майеру по поводу рака молочной железы T₂N₁M₀, IIb стадии. На 10-е сутки послеоперационного периода отмечено появление фебрильной лихорадки с гектическими размахами температурной кривой, а также боли в верхнем отделе живота. Лейкоцитов крови 12,4 × 10⁹/л. При пальпации в правом верхнем квадранте и эпигастрии отмечена резистентность передней стенки живота. Принимая во

Редкое наблюдение множественных абсцессов брюшной полости вследствие тубоовариальных образований

внимание данные осмотра и наличие язвенного анамнеза пациентке назначено дообследование в объёме ЭГДС (без острой патологии на момент осмотра) с последующей рентгенографией грудной клетки и брюшной полости. При рентгенологическом исследовании выявлено наличие уровня жидкости под правым куполом диафрагмы, заподозрен поддиафрагмальный абсцесс (рис. 1). Для верификации диагноза и оценки объёма последнего была выполнена спиральная компьютерная томография верхнего этажа брюшной полости (рис. 2). При СКТ в проекции поддиафрагмального пространства определяется жидкостное скопление с пузырьками воздуха объёмом до 800 см³, что подтверждено предоперационным выполнением сонографии «зоны интереса».

Учитывая криптогенный характер абсцесса, на первом этапе предложена пункция и дренирование полости абсцесса: под местной анестезией под сонографическим контролем в эпигастрии (в области оптимального «акустического окна») выполнена пункция стилет-катетером типа Malecot'a 14 Fr., одновременно получено до 900 см³ сливкообразного гноя с резким запахом (в последующем при посеве получен рост Pseudomonas aeruginosae с широким спектром чувствительности

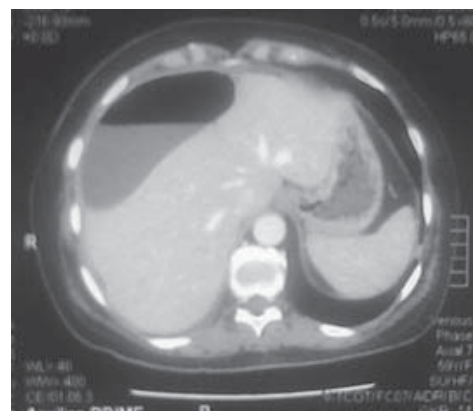


Рис. 2. КТ-картина поддиафрагмального абсцесса справа

практически ко всем имеющимся в арсенале стационара антибактериальным препаратам).

В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (абактал 400 мг 2 р/с в/в), промывание дренажа; при этом пациентке повторно выполнялась спиральная компьютерная томография с фистулографией. В ходе исследования как находка выявлены 2 абсцесса малого таза (рис. 3) над (до 200 см³) и под маткой (до 800 см³), при этом придатки не визуализировались, полностью скрываясь за данными жидкостными образованиями. Проведена беседа с пациенткой о целесообразности операции, последняя настаивала на повторных пункциях строго без лапаротомии. Под сонографическим контролем под внутривенной анестезией на спонтанном дыхании выполнено дренирование обоих образований дренажами типа Malecot'a: над маткой из надлобкового доступа дренажом корзинчатого типа 12 Fr., из позадиматочного пространства дренажом 12

Fr. через задний свод влагалища, получено гноевидное сливкообразное отделяемое с резким гнилостным запахом.

После опорожнения жидкостных образований при сонографии стало возможным локализовать правые и левые придатки матки, которые были увеличены и содержали «кистозные» полости суммарно до 200-250 см³ со взвесью. Пациентка осмотрена гинекологом, проведён консилиум, постановивший выполнение оперативного вмешательства в срочном порядке после предоперационной подготовки и санации данных полостей.

Пациентка оперирована совместной бригадой хирургов/гинекологов: выполнена нижнесрединная лапаротомия. В брюшной полости выпота нет. Имеется массивный слипчивый процесс в малом тазу, большой сальник «плащом» укутывает петли кишечника, припаян в нижнем этаже к париетальной брюшине. При ревизии в верхнем этаже (пальпаторно) спаечный процесс в проекции печени, последняя

ные образования. Множественные абсцессы брюшной полости (поддиафрагмальный абсцесс, абсцессы малого таза). Спаечный процесс малого таза».

Результаты гистологического заключения: в стенке правой маточной трубы выраженные признаки острого гнойного сальпингита. К стенкам трубы припаян кистозно-изменённый яичник с признаками острого оофарита с формированием кистозной полости, представленной соединительной тканью с диффузной лейкоцитарной инфильтрацией. Стенка кисты с гигантоклеточной реакцией, наличием гигантских многоядерных клеток инородных тел, а также примесью клеток, напоминающих клетки Пирогова (требует исключения туберкулёзной этиологии процесса). Стенка левого яичника идентична описаниям правого.

Послеоперационный период протекал гладко, проводилось обследование с целью исключения генитального туберкулёза:

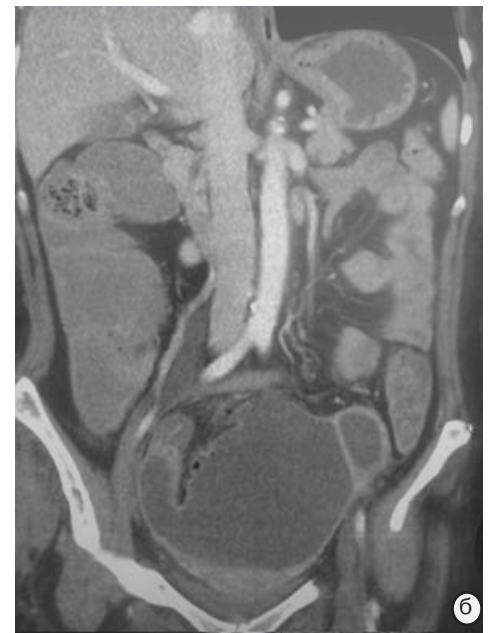


Рис. 3. При КТ-фистулографии как «находка» выявлено объёмное образование малого таза до 1000 см³ (а – боковая проекция, б – прямая)

пальпация доступна с трудом лишь в проекции левой доли. Мануально ревизована передняя стенка желудка, поперечно-ободочная кишка, область диафрагмы слева – патологии нет. Тупым и острым путём выполнена мобилизация большого сальника от париетальной брюшины подвздошной ямки справа. При этом вскрылся абсцесс объёмом до 150 см³ (посев – роста культуры не получено), стенками последнего являлись: петля подвздошной кишки, прядь большого сальника, париетальная брюшина, правые придатки (последние выполняли дно полости абсцесса). Продолжена мобилизация правых придатков, при этом выявлены ткани правого яичника и маточной трубы, инфильтрированные, синюшно-багровой окраски.

Произведена аднексэктомия справа. Пальпаторно матка волокниста в малый таз, малых размеров, плотная. Слева, после мобилизации большого сальника и висцеро-париетальных сращений при помощи Harmonic Scalpel Generator 300 выявлено, что сигмовидная кишка по типу «наездника» укутывает сверху и сзади левые придатки и левый маточный угол. Выполнен адгезиолизис, при этом после мобилизации матки в пузырно-маточном кармане вскрылся второй абсцесс до 15 см³. Выделен левый яичник размерами 7 × 7 см, синюшно-багровый, инфильтрированный, маточная труба не определяется (левосторонняя тубэктомия в анамнезе), произведена аднексэктомия слева. Принимая во внимание массивный спаечный процесс, диффузную кровоточивость тканей, отсутствие изменений серозного покрова матки, от выполнения гистерэктомии принято воздержаться. Ложе левых придатков дополнительно укрыто аппликационной гемостатической субстанцией Rangel 7 × 5 см – 2 шт. Санация, дренирование брюшной полости, ушивание лапаротомной раны. Срочная гистология – данных за онкопроцесс нет. Послеоперационное заключение: «Двусторонние тубоовариаль-

осмотрена фтизиатром, диагноз не подтверждён. Осложнений течения периода реконвалесценции не отмечено. На 8-е сутки после операции сняты кожные швы, больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара.

Заключение

Данное клиническое наблюдение демонстрирует редкий вариант распространения воспалительного процесса в брюшной полости, что отчасти и объясняется особенностями абдоминальной гидродинамики in vivo. С учётом невозможности (или неадекватности в обследовании) предоперационного выявления тубоовариальных образований как причины абдоминальной «катастрофы», выбранная этапная тактика представляется нам щадящей и в конечном итоге радикальной в плане элиминации источника инфицирования без чрезмерного риска для пациентки. С целью предупреждения подобных ситуаций в дальнейшем считаем целесообразным более полное, тщательное и прецизионное обследование пациентов. Выполнение на первом этапе декомпрессионного вмешательства позволит предупредить нежелательные риски инфицирования всей брюшной полости, подготовить пациентку к лапароскопии/лапаротомии, а также провести необходимое дообследование для формирования оптимальной операционной бригады с целью наиболее адекватного оказания хирургической помощи.

Владимир ФОМИН,
кандидат медицинских наук,
доцент кафедры госпитальной хирургии.

Милана ФОМИНА,
ассистент кафедры медицины катастроф
и безопасности жизнедеятельности.

Московский государственный медико-стоматологический университет
им. А.И.Евдокимова.