

ПОМИЛКИ ТА СКЛАДНІ ВИПАДКИ В ХІРУРГІЇ



УДК 617.55-002.3-003.6/7-089.878

АБСЦЕСС БРЮШНОЇ ПОЛОСТИ С НАЛИЧЧЕМ ИНОРОДНОГО ТЕЛА, ВСКРІВШИЙСЯ НА ПЕРЕДНЮЮ БРЮШНУЮ СТЕНКУ

А. Г. Аракелян, Е. А. Айбетова, А. А. Шевченко

Медицинский центр "Интермед", г. Харьков

ABDOMINAL ABSCESS WITH PRESENCE OF A FOREIGN BODY, BROKEN THROUGH ON ANTERIOR ABDOMINAL WALL

A. G. Arakelyan, E. A. Aybetova, A. A. Shevchenko

Medical Centre "Intermed", Kharkiv

В медицинский центр "Интермед" обратилась пациентка Н., 53 лет, через 8 мес от начала заболевания.

По данным анамнеза, больная находилась на лечении в Областном онкодиспансере, в июне 2015 г. выполнена операция экстирпации матки с придатками по поводу аденокарциномы тела матки (T1N0M0). Через неделю выписана в удовлетворительном состоянии. Назначен курс лучевой терапии продолжительностью 1 мес. Через 2 нед терапии состояние больной ухудшилось: повысилась температура тела, которая не снижалась при применении жаропонижающих препаратов и составляла 38,0 — 39,6 °С, появились судороги в конечностях, жидкий многократный стул (до 30 раз в сутки), вздутие живота, разлитая интенсивная боль в животе и пояснично—крестцовом отделе. В условиях дневного стационара проведена дезинтоксикационная терапия, назначали спазмолитики. Клинические анализы крови и мочи в пределах нормы. Другие лабораторные и инструментально—диагностические исследования не проводили.

По окончании курса лучевой терапии больная выписана под наблюдение онколога и гинеколога без положительной динамики: сохранялось повышение температуры тела (до 38 — 39 °С), увеличилась интенсивность боли в животе.

В поликлинике по месту жительства больной назначена дезинтоксикационная и антибактериальная терапия. На фоне лечения отмечено снижение температуры тела до субфебрильной, но после его отмены она снова повысилась до 39,6 °С, пациентка направлена врачом—гинекологом на консультацию к хирургу, который предположил наличие перитонита. Больная направлена в хирургический стационар одной из городских клинических больниц, где ей было отказано в помощи в связи с тем, что она находилась на учете в Областном онкологическом диспансере, в который ей порекомендовали обратиться.

В онкологическом диспансере проведены консервативная терапия в течение 3 нед, клинико—лабораторные исследования, УЗИ брюшной полости, рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости. Родственники больной неоднократно предлагали провести КТ, однако лечащий врач отказывался, установил диагноз: абсцесс полости малого таза, по поводу чего произведены лапаротомия, лаваж и дренирование абсцесса. После операции больной

проводили дезинтоксикационную, антибактериальную терапию, брюшную полость санировали растворами антисептиков. На фоне лечения отмечена заметная положительная динамика: снижение температуры тела, уменьшение выраженности болевого синдрома, улучшение самочувствия, нормализация стула. На 4—е сутки после операции температура тела вновь повысилась до 37,2 °С. Через 2 сут во время очередной перевязки из дренажей и операционной раны возник каловый запах. На следующее утро больная оперирована в неотложном порядке, произведены релапаротомия, obturatorная резекция сигмовидной ободочной кишки в связи с нагноением и некрозом ее стенки, возникновением калового перитонита; наложена одностольная сигмостома; лаваж и дренирование брюшной полости. На 5—е сутки после повторной операции отмечена положительная динамика. На 12—е сутки удалены 2 из 3 дренажных трубок. Отменена антибактериальная терапия. Пациентка выписана под наблюдение хирурга и гинеколога, температура тела 37,4 °С, в правой паховой области дренажная трубка, по которой продолжал вытекать гной, сохранилась интенсивная разлитая боль в животе.

На 13—е сутки образовались гнойные свищи, которые санировал хирург поликлиники. Через 1 нед температура тела повысилась до 38,4 °С. Больная обратилась в Областную клиническую больницу, проведены УЗИ брюшной полости, лаваж образовавшихся абсцессов в области послеоперационного рубца. Через 4 сут температура тела повысилась до 39,0 °С, увеличилась интенсивность боли в животе, появилась обильная, многократная рвота, кожа серовато—землистого оттенка. Рекомендована СКТ органов брюшной полости и полости малого таза как более точного метода исследования.

Заключение МСКТ: ниже конгломерата спавшихся петель тонкой кишки определяется полость размерами 73 × 24 мм, с пузырьками воздуха и гнойным содержимым, расположенным пристеночно. Стенка полости толщиной до 4 мм с признаками накопления контрастного вещества. В полости находится дренажная трубка. Полость гнойника сообщается свищевым ходом с передней брюшной стенкой от уровня пупка по ходу операционной раны кверху до уровня L_{II} позвонка, ширина его до 12 мм, выходит на пе-

реднюю брюшную стенку. Стенки мочевого пузыря, прямой кишки диффузно утолщены до 5 — 7 мм (состояние после лучевой терапии). Культя сигмовидной ободочной кишки, культя влагалища без инфильтративных изменений. По слушечной проктит, цистит.

В тот же день пациентка госпитализирована в неотложном порядке в Городскую больницу скорой и неотложной медицинской помощи, где дополнительно проведены УЗИ, рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, осмотрена смежными специалистами, произведена фистулография, визуализирован межпелетельный абсцесс полости малого таза со свищевым ходом во влагалище. Осуществлено дренирование абсцесса, отмечено обильное гнойное отделяемое с включениями узлов шовного материала, которыми, по словам больной, регулярно закупоривались дренажные трубки. Проведена дезинтоксикационная и антибактериальная терапия. Через некоторое время возникли нарушения мочеиспускания в виде недержания. На 20-е сутки лечения гнойные выделения прекратились, дренажи удалены, температура тела снизилась до 37,0 — 37,1 °C, боль в животе и пояснице сохранялась, но стала менее интенсивной. Больная выписана под наблюдение хирурга, онкогинеколога, терапевта по месту жительства.

Через 1 нед боль в животе усилилась, кожа его стала малиново-красной окраски. При натуживании произошло самопроизвольное вскрытие абсцесса на переднюю брюшную стенку в нижней трети послеоперационного рубца с истечением около 200 мл гноя. В тот же день пациентка повторно госпитализирована в Городскую больницу скорой и неотложной медицинской помощи. Из абсцесса извлечены фрагменты шовного материала. Установлен трубчатый дренаж, осуществлена санация растворами антисептиков, позже — рыхлое дренирование с мазью Левомексоль. Полость абсцесса закрылась, свищ в нижней трети послеоперационного рубца на передней брюшной стенке остался. Через 1 мес пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга.

В течение 3 мес из послеоперационного рубца периодически отходили узлы шовных нитей. Через 3 мес кожа пояснично-крестцовой области и верхней части ягодич стала багрово-красной окраски, отечная, болезненная при пальпации. Эти симптомы сохранялись в течении 2 нед, больная обратилась в поликлинику по месту жительства, высказано предположение: "протянуло, бурсит", назначен натрия диклофенак, возникла побочная реакция в виде боли в сердце, препарат отменен. Острая боль исчезла, но через некоторое время упомянутые симптомы возобновились.

В марте 2016 г. больная обратилась в Медицинский центр "Интермед". Во время первичного осмотра у больной выявлены гнойный свищ послеоперационного рубца в лобковой области, одностольная сигмостома, субфебрильная температура тела, жалобы на боль в животе, подвздошно-крестцовой области. По данным УЗИ брюшной полости, свищ сообщается с абсцессом брюшной полости. От госпитализации больная категорически отказалась, согласившись на амбулаторное лечение. В полость абсцесса хирург ввел трубчатый дренаж, осуществлена санация полости абсцесса растворами антисептиков. Назначены внутрь антибиотики юнидокс, азитромицин. На 3-и сутки температура тела нормализовалась, отделяемое по дренажу стало серозным. Антибиотики отменены на 10-е сутки, однако через 5 сут температура тела вновь повысилась до 38 — 39 °C, появилось гнойное отделяемое по дренажу. Затем произошло самопроизвольное вскрытие абсцесса в культю

прямой кишки. Предположено наличие инородного тела в брюшной полости.

По данным МСКТ с контрастированием свищевого хода в средней области живота по средней линии над и по задней стенке мочевого пузыря межпелетельно выявлена полость звездчатой формы, размерами 54 × 50 мм, с утолщенными стенками, накапливающимися контрастное вещество, в полости жидкое содержимое неоднородной структуры, пузырьки воздуха. Расстояние от передней брюшной стенки до начала полости — 4 см, до ее задней стенки — 8 см. Задняя стенка полости прилежит к культе сигмовидной ободочной кишки. Инфильтрация клетчатки забрюшинного пространства с вовлечением обоих мочеточников, двусторонняя пиелoureteroэктазия: лоханки — до 25 мм, мочеточники — до 14 мм. Экскреторная функция почек сохранена. После контрастирования через свищевой ход на передней брюшной стенке выявлена полость, неравномерно выполненная контрастным веществом, сообщается с культей прямой кишки. Тонкая кишка не расширена. Стенки мочевого пузыря, прямой кишки диффузно утолщены до 5 — 7 мм (состояние после лучевой терапии).

По результатам исследования принято решение осуществить полную ревизию свищевого хода.

Под внутривенной седацией и местной анестезией произведено контрастирование свищевого хода метиленовым синим, затем его расширение. Предварительно в культю прямой кишки введен ректороманоскоп, отмечено поступление контрастного вещества через свищ в стенке прямой кишки. Под визуальным контролем через ректороманоскоп лазером рассечена стенка культы кишки в области свища до 2 — 3 см. Тупым путем от брюшной стенки хирург пальцем проник в полость абсцесса за мочевой пузырь, где несколько слева обнаружено рыхлое образование, прилежащее к культе прямой кишки, которое продвинуто в культю прямой кишки через разрез. Осуществлена санация свищевого хода растворами перекиси водорода и декасан. Выявлены хлопья гноя, фрагмент шовного материала длиной около 15 см и фрагменты марлевого тампона в более плотном ступке гноя. Полость абсцесса дренирована со стороны передней брюшной стенки и через культю прямой кишки. После операции выполняли перевязки, антибактериальную терапию больной не проводили. Температура тела нормализовалась. Дренажи удалены на 7-е и 9-е сутки. Отделяемое серозное, в незначительном количестве. Свищи самопроизвольно закрылись на 13-е и 14-е сутки. Устранена боль в поясничной области и нижних отделах живота, нормализовалось мочеиспускание, улучшился аппетит, состояние удовлетворительное.

Таким образом, во время первого оперативного вмешательства в полости малого таза оставлен марлевый тампон. В последующем врачи невнимательно анализировали клинические симптомы, объясняя их онкологическим заболеванием и последующей лучевой терапией. Повторное хирургическое вмешательство также выполняли без должного анализа причин длительного, ремиттирующего фебрилитета и гнойных выделений. Во время третьей операции были вскрыты только видимые абсцессы, полная ревизия брюшной полости и полости малого таза не проведена. Все оперативные вмешательства осуществляли без проведения дополнительных более информативных визуализирующих методов исследования.

Отсутствие должного внимания к пациентке, нежелание анализировать клинические симптомы обусловило не только инвалидизацию больной, но поставило ее жизнь под угрозу.