

ВИПАДОК СКЛАДНОЇ НЕПОВНОЇ КИШКОВОЇ НОРИЦІ ВНАСЛІДОК ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Г.А.Прохоренко, Г.Є.Зурначян

**Військово-медичний клінічний центр Кримського регіону
Севастополь, Україна**

Наведений клінічний випадок утворення складної неповної кишкової норичі внаслідок гінекологічної операції при тривалому та рецидивуючому перебігу гнійного процесу в придатках матки.

Ключові слова: неповна кишкова норичя, генітальна норичя.

Вступ

Кишкова норичя — патологічний отвір в кишкової стінці, через який просвіт шлунково-кишкового тракту з'єднується з поверхнею тіла, порожнинами організму, гнійними ранами, а також з іншими порожнистими органами черевної порожнини.

До сформованих кишкових норичь відносяться губовидні та трубчасті кишкові норичі. Трубчаста кишкова норичя має тієї чи іншої довжини канал у тканинах, що з'єднує просвіт кишки з поверхнею шкіри або порожнисті органи між собою. Канал вистелений грануляційною та рубцевою тканиною. У трубчастій норичі розрізняють зовнішній та внутрішній отвори, останній відповідає отвору в кишкової стінці. При губовидних норичях слизова ураженої кишки по всьому колу зрощена зі шкірою. Губовидна норичя морфологічно має зовнішній отвір, що призводить і відводить ділянки кишківника, що несе норичю. Несформована кишкова норичя — це наскрізний дефект стінки кишки, включаючи неспроможність кишкових швів, коли відсутнє зрощення слизової оболонки безпосередньо кишкової норичі зі шкірою і немає сформованого норичевого ходу. Така норичя може відкриватися у вільну черевну порожнину, у гнійну рану черевної стінки, у порожнину абсцесу, у заочеревинну клітковину.

Для діагностики локалізації кишкових нориць найчастіше використовують методи з барвниками та пасаж контрастної речовини по кишечнику, рідше — різні варіанти фістуло- та фістулоентерографій. Однак як проба з барвниками, так і пасаж барію по кишечнику малоінформативні та не дозволяють визначити приналежність, довжину, локалізацію привідних та відвідних відділів кишківника.

Лікування хворих зі сформованими кишковими норицями має базуватися на наступних принципах. Трубочасті нориці найчастіше гояться самостійно. Губовидні нориці можна ліквідувати тільки хірургічним шляхом. Лікування хворих з несформованими кишковими норицями повинно базуватися на виборі оптимальної лікувальної тактики для кожного конкретного спостереження. Комплексне лікування хворих із зовнішніми кишковими норицями включає загальні та місцеві лікувальні заходи. Одна з найважливіших складових комплексного лікування кишкових нориць — заходи, спрямовані на мінімізацію втрат кишкового хімусу.

Серед причин утворення зовнішніх кишкових нориць гінекологічні операції становлять від 1,4% до 10,76%. Література, присвячена цьому питанню, нечисленна. Клінічна картина, діагностика та лікування кишкових свищів після гінекологічних операцій висвітлені недостатньо. Кишкові нориці після гінекологічних операцій локалізуються, як правило, на низхідному, сигмовидному, ректосигмоїдному відділах товстої кишки, сліпій кишці та термінальному відділі клубової кишки, що пов'язано з анатомічним розташуванням органів малого таза. Іноді зустрічаються множинні нориці. У літературі відсутня єдина класифікація цієї групи кишкових нориць за походженням. Так, В.І.Краснопольський і С.Н.Буянова виділяють кишково-генітальні нориці травматичного та запального генезу. Б.А.Віцин, Е.М.Благітко «норицями гінекологічного походження» називають такі, причиною утворення яких стала інфекція з передлежачих до кишкової стінки внутрішніх статевих органів.

Клінічне спостереження

Хвора Т., 30 років, була госпіталізована в гінекологічне відділення зі скаргами на наявність декількох норицевих ходів у ділянці післяопераційних рубців, періодичне виділення з них гнійного відділяемого, тягнучий, давлячий біль у правій здухвинній ділянці.

Анамнез захворювання: вважає себе хворою протягом 7 місяців, коли після проведеної гінекологічної операції (лапаротомія, пра-

вобічна аднексектомія, дренування черевної порожнини з приводу аднекстумору правого придатка) вперше з'явилися вищенаведені скарги. Протягом півроку проводилась комплексна консервативна терапія, що не досягла успіху.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви та видимі слизові чисті, звичайного кольору. Язик чистий, вологий. Молочні залози м'які, безболісні. Ps 72 уд. за хвилину. Артеріальний тиск 120/80 мм рт.ст., тони серця ясні, ритмічні. Дихання везикулярне, хрипів немає. Язик чистий, вологий. Живіт не вздутий, симетричний, рівномірно бере участь в акті дихання. Помірно болючий при глибокій пальпації в правій здухвинній ділянці. У надлобковій ділянці має місце окріпший післяопераційний рубець довжиною до 13 см, світло-рожевого кольору. У ділянці післяопераційного рубця після лапаротомії та післяопераційного рубця після дренування черевної порожнини мають місце два норицевих отвори діаметром 0,3-0,4 см. Зі скудним гнійним відділяємим. Перитонеальні симптоми негативні. Печінка, селезінка не збільшені. Фізіологічні відправлення не порушені.

Зовнішні статеві органи розвинені правильно. Оволосіння за жіночим типом. У дзеркалах: слизова піхви без видимої патології. Шийка циліндрична, слизова без патології. Виділення слизові, помірні.

При бімануальному дослідженні: піхва вільна, тіло матки звичайних розмірів, розташовано в anteflexio, форма рівна, туго еластичної консистенції, рухлива, чутлива. У ділянці правого придатка та позаду матки має місце болюче округле утворення розмірами 8,0×4,0 см. Лівий придаток не визначається. Склепіння глибокі, безболісні. Симптом дугласа негативний.

Результати трансабдомінального та трансагінального ультразвукового дослідження: матка розмірами 71×52×70 мм, овоїдної форми, в anteflexio, контури чіткі, рівні; міометрій злегка зниженої ехогенності, крупнозернистої ехоструктури; ендометрій товщиною 5 мм, базальний шар нечіткий, порожнина матки не розширена; шийка матки без особливостей; правий яечник видалений; лівий — 37×16×24 мм, розташований біля ребра матки, звичайної ехоструктури; маткові труби не візуалізуються, у пазаматковому просторі — скудна кількість вільної рідини. У підшкірній жировій клітковині по серединній лінії в проекції післяопераційного рубця візуалізується норицевий хід у вигляді гіпоехогенного тяжа, що йде косо догори в підшкірній жировій клітковині та м'язовому шарі на протязі 50 мм

та далі в черевну порожнину, де змінює хід донизу, до розгашованого параметрально інфільтрату 8,7×5,9×4,1 см. Структура інфільтрату низької ехогенності з наявністю гіперехогенних включень. У надлобковій ділянці справа візуалізується аналогічний норицевий хід, що йде в черевну порожнину в правій здухвинній ділянці довжиною 60 мм та далі через апоневроз у малу миску до раніше описаного інфільтрату.

Фістулографія: після введення контрасту в норицевий хід нижніх відділів живота справа контраст на глибині 7-8 см у здухвинній ділянці утворює кільцевидний хід місцями з нечіткими, переривчастими, нерівними контурами та виходом назовні через другий норицевий хід.

Лабораторні показники. ЗАК: лейкоцити $7,9 \times 10^9$ /л, гемоглобін 118 г/л, ШОЕ 11 мм/год, паличкоядерні 8%, сегментоядерні 73%, лімфоцити 15%, моноцити 3%, еозинофіли 1%. Біохімія крові: загальний білок 74,5 г/л, загальний білірубін 12,0 мкмоль/л, прямий білірубін 2,0 мкмоль/л, сечовина 3,6 ммоль/л, креатинін 98 моль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, амілаза 22,0 г/г*л. ЗАС: питома вага 1018, колір жовтий, реакція кисла, цукор негативний, білок негативний, епітелій одиничний у полі зору, лейкоцити поодинокі у полі зору, солі-оксалати.

Діагноз: багатоканальна зовнішня нориця, що виходить з черевної порожнини, абсцес малого таза.

Проведено оперативне лікування: лапаротомія з видаленням центральної нориці. При ревізії виявлено: у черевній порожнині норицевий хід розгалужується, йде до петлі клубової кишки на відстані близько 60 см від ілеоцекального кута, відтятий, кишка ушита. При подальшому виділенні нориця йде вліво і в малий таз, виявлено позаматковий абсцес та піосальпінгс лівої маткової труби. Виконано лівобічну тубектомію. Норицевий хід веде до абсцесу Дугласова простору та не диференціюється з іншими органами. Норицевий хід висічений, розкрито абсцес малого таза, останній дренований трубчастим дренажем. Дренаж виведений через контрапертуру в правій клубовій ділянці. Гемостаз повний. Черевна порожнина ушита пошарово. Норицевий хід у правій клубовій ділянці дренований резиновим випускником.

Діагноз після операції: багатоканальні зовнішні нориці черевної порожнини, що виходять з лівого піосальпінгсу, тонкого кишечника, абсцесу малого таза.

Післяопераційний період протікав гладко. Проводилась комплексна терапія. Дренаж вилучений на 7 добу. Хвора виписана на 10 добу.

Висновки

При гнійних придаткових утвореннях завжди є характерні зміни в прилеглих відділах кишечника (набряк та гіперемія слизової оболонки, точкові геморагії, іноді в поєднанні з ерозіями), і вже на ранніх етапах захворювання порушується нормальна функція різних відділів кишечника. Характер і глибина змін (аж до звуження просвіту) знаходяться в прямій залежності від давності і тяжкості основного запального процесу в придатках матки.

Тому одним з найбільш важливих особливостей перебігу гострого пельвіоперитоніту при наявності гнійного процесу в придатках є можливість розвитку тяжких ускладнень у вигляді перфорації гнійника в порожнисті органи з утворенням нориць, відбувається одноразова або багатократна перфорація тазових абсцесів. Одноразова перфорація гнійника в кишку, як правило, не призводить до формування функціонуючої нориці і визначається на операції як «гнійно-некротичні фіброзні деструктивні зміни стінки кишки».

Багаторазова перфорація в прилежачий відділ кишечника призводить до формування генітальних нориць. Важливо підкреслити, що перфорація абсцесу в тазові органи спостерігається у хворих з тривалим та рецидивуючим перебігом гнійного процесу в придатках матки. Найбільш часто нориці формуються в різних відділах товстої кишки, частіше в верхньоампулярному відділі або ректосигмоїдному куті, рідше в сліпій та сигмовидній кишках. Інтимне прилягання цих відділів кишки безпосередньо до капсули тубооваріального абсцесу та відсутність між ними шару клітковини призводить до більш швидкої деструкції стінки кишки та утворення нориць.

Література

1. Вицын Б.А., Блажитко Е.М. Сформированные и несформированные наружные кишечные свищи. — Новосибирск: Наука, 1983. — 143 с.
2. Грицман Ю.Я., Борисов А.И. Послеоперационные кишечные свищи. — М.: Медицина, 1972. — 152 с.
3. Дашкевич В.С. Кишечные свищи. — Минск: Беларусь, 1985. — 126 с.
4. Колченогов П.Д. Наружные кишечные свищи и их лечение. — М.: Медицина, 1964. — 234 с.