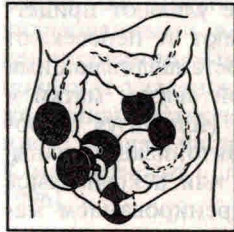


ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7
Глава 1. Локализация и распространение гнойных процессов в тазе	9
Глава 2. Флегмоны и абсцессы таза	24
Глава 3. Свищи при гнойно-воспалительных заболеваниях таза. Пролежни	79
Глава 4. Гнойное воспаление придатков матки	111
Глава 5. Гнойное воспаление тазовой брюшины	118
Глава 6. Гнойный простатит. Абсцесс предстательной железы	141
Глава 7. Парапроктит	149
Глава 8. Остеомиелит таза	171
Глава 9. Гнойные осложнения травматических повреждений таза	267
Список основной литературы	284

Вопросы гнойных заболеваний таза, в частности, гнойных заболеваний придатков матки, являются одними из наиболее актуальных в гинекологии. Это обусловлено тем, что в настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа случаев гнойных заболеваний таза, в частности, гнойных заболеваний придатков матки, в связи с распространением инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, и с применением внутриматочных контрацептивов.

Вопросы гнойных заболеваний таза, в частности, гнойных заболеваний придатков матки, являются одними из наиболее актуальных в гинекологии. Это обусловлено тем, что в настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа случаев гнойных заболеваний таза, в частности, гнойных заболеваний придатков матки, в связи с распространением инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, и с применением внутриматочных контрацептивов. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа случаев гнойных заболеваний таза, в частности, гнойных заболеваний придатков матки, в связи с распространением инфекционных заболеваний, передающихся половым путем, и с применением внутриматочных контрацептивов.



Глава 5. ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ ТАЗОВОЙ БРЮШИНЫ

Брюшина, покрывающая стенки брюшной полости, переходит в таз, покрывая изнутри подвздошную ямку с ее фасциями, клетчаткой, мышцей. Далее брюшина спускается в малый таз, где покрывает внутреннюю поверхность тазовой полости и органы малого таза. Эта часть единого брюшинного покрова называется тазовой брюшиной.

В мужском тазе брюшина с передней брюшной стенки переходит на верхнюю, боковые и частично заднюю стенки мочевого пузыря, образуя ближе к лобковому симфизу поперечную пузырную складку. При наполнении мочевого пузыря она сглаживается и отходит кверху. Спускаясь по задней стенке мочевого пузыря, брюшина покрывает внутренние края ампул семявыносящих протоков, верхушки семенных пузырьков, отстоит от предстательной железы на расстоянии 1—1,5 см. Затем брюшина переходит на прямую кишку, образуя прямокишечно-пузырное углубление, ограниченное по сторонам прямокишечно-мочевыми складками брюшины. Дно этого углубления фиксировано к сухожильному центру промежности брюшино-промежностной фасцией и является самой низкой точкой тазовой части брюшной полости. В прямокишечно-пузырном углублении может скапливаться воспалительный экссудат при остром аппендиците, перфорациях язвы; кровь при травмах паренхиматозных органов. Отграничиваясь спайками, выпот может образовывать гнойники, изолированные от свободной брюшной полости (рис. 5.1).

Перейдя с задней стенки мочевого пузыря на переднюю стенку прямой кишки, брюшина покрывает сначала ее узкий участок. Постепенно расширяясь кверху, брюшинный покров, заходя на боковые стенки, постепенно покрывает прямую кишку, смыкаясь на уровне позвонка S_{III}, далее переходит в ее брыжейку: участок, который считается переходом прямой кишки в сигмовидную ободочную.

В женском тазе брюшина, покрывая заднюю стенку мочевого пузыря, переходит далее на переднюю поверхность матки на уровне ее перешейка, образуя между ними неглубокое пузырно-маточное углубление. Спереди шейка матки и влагалище находятся подбрюшинно. Брюшина, охватив дно, тело и шейку матки сзади, спускается ниже шейки матки, образуя прямокишечно-

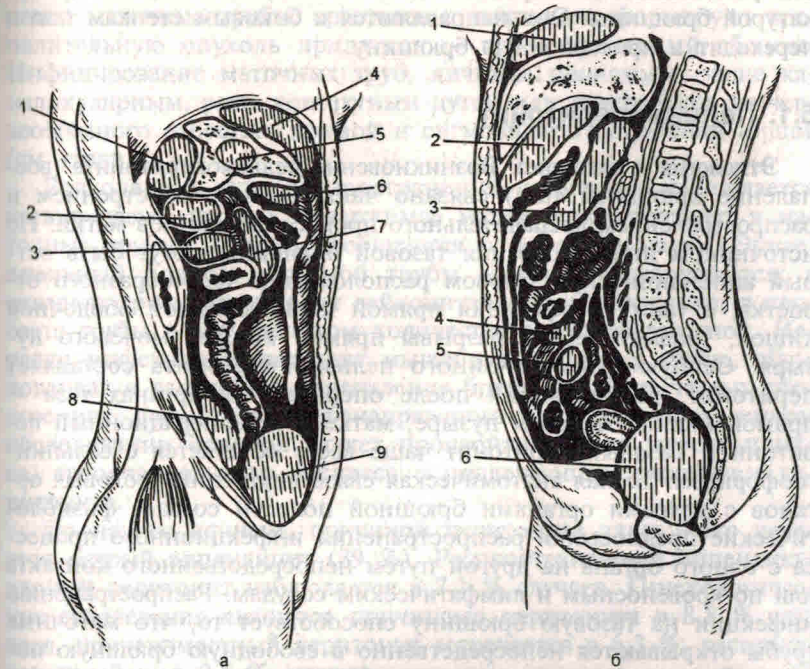


Рис. 5.1. Локализация внутрибрюшинных абсцессов.

а — левосторонний сагиттальный срез: 1 — левосторонний верхний поддиафрагмальный абсцесс, 2, 3 — левосторонний нижний поддиафрагмальный, 4 — правосторонний передневерхний поддиафрагмальный, 5 — наружный поддиафрагмальный, 6 — подпеченочный, 7 — абсцесс сальниковой сумки, 8 — ретроцекальный, 9 — тазовый; б — правосторонний сагиттальный срез: 1 — правосторонний передневерхний поддиафрагмальный абсцесс, 2 — правосторонний передневерхний поддиафрагмальный (подпеченочный), 3 — левосторонний нижний поддиафрагмальный (абсцесс сальниковой сумки), 4 — межкишечный, 5 — абсцесс брыжейки тонкой кишки, 6 — тазовый.

но-маточное углубление — дугласово пространство (карман), и переходит на прямую кишку. Соотношение дугласова пространства с задним сводом влагалища имеет практическое значение, позволяя пальпировать непосредственно через задний свод влагалища наличие скоплений: кровь, гной и др. Уточнению диагноза помогает пункция заднего свода влагалища. С боковых сторон дугласово пространство ограничено прямокишечно-маточными складками брюшины, которые прослеживаются до передней поверхности крестца. В основании складок заложены мышечно-фиброзные тяжи, играющие важную роль в фиксации матки. Прямокишечно-мочевая складка прикрывает дугласово пространство сверху, изолируя его в некоторой степени от общей полости малого таза. По сторонам от матки во фронтальной плоско-

сти располагаются широкие связки матки, являющиеся дубликатурой брюшины. Они направляются к боковым стенкам таза и переходят в пристеночную брюшину.

5.1. Пельвиоперитонит

Этиология и патогенез. Возникновение пельвиоперитонита (воспаление брюшины таза) связано чаще всего с обострением и распространением воспалительного процесса придатков матки. Но источником инфицирования тазовой брюшины могут быть острый аппендицит при тазовом расположении червеобразного отростка, а также перфорация прямой и сигмовидной ободочной кишок, травматические разрывы прямой кишки, мочевого пузыря. Особую форму гнойного пельвиоперитонита составляет перитонит, возникающий после операции на органах таза — прямой кишке, мочевом пузыре, матке (послеоперационный перитонит). Тазовый перитонит чаще всего сочетается с сальпингофоритом. Тесная анатомическая связь внутренних половых органов с другими органами брюшной полости создает физиологические предпосылки распространения инфекционного процесса с одного органа на другой путем непосредственного контакта или по кровеносным и лимфатическим сосудам. Распространению инфекции на тазовую брюшину способствует то, что маточные трубы открываются непосредственно в свободную брюшную полость. Реже инфекция распространяется лимфогенным и гематогенным путями.

Пельвиоперитонит относят к местному перитониту, который может быть ограниченным и неограниченным. Отграничение процесса происходит за счет старых спаек, формирования воспалительного инфильтрата за счет сальника, брюшины, петель кишечника, мочевого пузыря, матки и ее придатков. Местный неограниченный перитонит может распространяться на другие участки париетальной и висцеральной брюшины, что приводит к развитию распространенного гнойного перитонита (диффузный, а далее — разлитой).

Тяжелый деструктивный характер изменений в половых органах наступает при воспалительном процессе, вызванном туберкулезной и гонококковой гноеродной инфекцией. Воспалительный инфильтрат поражает всю стенку маточной трубы с выходом на серозную оболочку и нередко приводит к формированию в трубе гнойников. При этом возникают слипчивый процесс в различных отделах маточных труб (чаще в ампуле и маточной части) и одновременное скопление обильного секрета, которое расширяет маточную трубу, превращая ее в гнойное ретенционное образование — пиосальпинкс. Вовлечение в воспалительный процесс серозной оболочки маточных труб создает условия для формирования спаечного процесса с окружающими органами, которыми могут быть яичники, петли кишечника, что может

привести к явлениям спаечной кишечной непроходимости. Нередко маточные трубы, срастаясь с яичником, формируют воспалительную опухоль придатков — тубоовариальный абсцесс. Инфицирование маточных труб, яичника происходит чаще каналикулярным, реже контактным путем или лимфогенно из червеобразного отростка, прямой и сигмовидной ободочной кишок (см. главу 4).

Восходящий путь распространения инфекции наблюдается весьма часто, так как содержимое матки легко попадает в маточные трубы, которые сообщаются с полостью матки. Эпителиальный покров маточной трубы обычно не нарушается; в складках трубы происходит лейкоцитарная инфильтрация; в просвете трубы в значительном количестве скапливается гной. Нередко инфекция захватывает мышечную оболочку трубы, обуславливая в дальнейшем воспаление брюшины. При частых обострениях, физическом перенапряжении или грубо проведенном обследовании больной может произойти разрыв пиосальпинкса, тубоовариального абсцесса с последующим развитием перитонита.

По нашим данным, причиной перитонита чаще всего является острый аппендицит (39 %). Распространенный аппендикулярный перитонит наблюдается в 7,1 % случаев. Гинекологические заболевания являются причинами перитонита в 8,8 % случаев, причем местный перитонит встречается в 6,3 %, распространенный — в 2,5 % случаев.

Возникновение острого распространенного перитонита при акушерско-гинекологической патологии чаще всего обусловлено наличием у женщин хронического воспаления придатков, как правило, после выполнения той или иной акушерско-гинекологической операции. Особенностью течения острого распространенного перитонита при акушерско-гинекологической патологии является длительное наличие в брюшной полости деструктивного очага, большого количества распадающихся тканей с гнойным расплавлением клетчатки, постоянным длительным всасыванием продуктов распада в кровь, лимфу, развитием сепсиса. Можно с уверенностью говорить о тяжелом и злокачественном течении перитонита при акушерско-гинекологической патологии.

Гнойный перитонит — полиэтиологическое заболевание, но доминирующим возбудителем при пельвиоперитоните, гнойных заболеваниях придатков матки, при аппендикулярном перитоните или при перитоните, вызванном перфорацией толстой кишки, является эшерихия коли, которая обнаруживается у 45,5 % больных; другие аэробные возбудители: стафилококк, стрептококк, энтеробактерии, встречаются реже. В этиологии тяжело протекающих форм перитонита значительное место занимают бактероиды, пептококки, фузобактерии; важная роль отводится *B. fragilis*.

Известно, что реакция организма на внедрение микробов сопровождается местными и общими клиническими проявлениями. Внедрение любого из обнаруженных возбудителей в ткани организма вызывает местную воспалительную реакцию. Следует отметить влияние моноинфекции и ассоциативной микрофлоры на течение воспалительного процесса. Процесс, вызванный моноинфекцией, протекает значительно легче, чем воспаление, обусловленное несколькими возбудителями. При этом следует учитывать, что перитонит, возникающий на фоне деструктивного очага воспаления в каком-либо органе брюшной полости, является осложнением основного заболевания и развивается в поздние сроки. В этих случаях установить с полной достоверностью ведущую роль моноинфекции трудно, так как через место деструкции кишки или другого органа в брюшную полость свободно проникают различные виды микрофлоры. Возникнув в начале в виде местной реакции на внедрение возбудителя, воспалительный процесс прогрессирует и распространяется по брюшине.

Клиника и диагностика. Клиническая картина прободного гинекологического перитонита во многом сходна с таковой прободного перитонита при хирургических заболеваниях (аппендицит, перфорация язвы желудка и кишечника).

Острому началу заболевания предшествует плохое самочувствие, снижение работоспособности, субфебрильная температура тела, которая постепенно повышается. Появляются боли, локализующиеся главным образом внизу живота, в малом тазе с иррадиацией в паховую область и внутреннюю поверхность бедра; дискомфорт со стороны желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы (болезненность при дефекации; учащенное, болезненное мочеиспускание). При прободном гинекологическом перитоните прободению предшествуют схваткообразные боли внизу живота, сопровождающиеся тенезмами или дизурическими явлениями. Подобные симптомы могут быть связаны с прорывом гноя в кишку или мочевой пузырь. Ухудшение общего состояния сопровождается резким повышением температуры тела, которая достигает высоких цифр; учащается пульс. Вовлечение в процесс значительной части брюшины сопровождается тошнотой и рвотой; возникают задержка стула и газов, метеоризм, парез кишечника; нарастают симптомы раздражения тазовой брюшины. Прорыв гноя в свободную брюшную полость сопровождается коллапсом: появляются острые боли по всему животу, холодный липкий пот на лице, черты которого заостряются; пульс учащенный, слабого наполнения. Появляются симптомы перитонита: язык сухой, обложен; при пальпации живота — напряжение и болезненность; перкуторно можно определить притупление в отлогих местах живота, связанных с наличием жидкости в брюшной полости; положителен симптом Щеткина — Блюмберга. Перистальтика слабая или не выслушивается. В анализах крови нарастает лейкоцитоз. При вагинальном

исследовании определяется нижний край плотной болезненной опухоли, выпячивающей свод влагалища; смещение шейки матки резко болезненно.

Клиническая картина воспалительного процесса, локализованного во внутренних половых органах, весьма разнообразна. Симптоматика этих заболеваний имеет много общего, поэтому важна дифференциальная диагностика, так как в подавляющем большинстве гинекологических заболеваний можно обойтись консервативными методами лечения, в то время как хирургическая патология требует неотложной операции.

В первую очередь необходимо различать параметрит и пельвиоперитонит. В отличие от параметрита при пельвиоперитоните воспалительный экссудат располагается высоко у тела матки, выпот отделяется от стенки таза, слизистая оболочка сводов легко смещается, имеются признаки раздражения брюшины, которых при параметрите не бывает. Экссудат при пельвиоперитоните может подниматься кверху до паховых связок. При параметрите перкуссия верхних передних подвздошных остей дает приглушенный тон, при пельвиоперитоните — ясный тимпанит. При параметрите вследствие инфильтрата в околоматочной клетчатке нижний отдел крестцово-маточных связок не пальпируется, а сам инфильтрат чаще бывает односторонним, отходит непосредственно от шейки матки и распространяется до стенки таза с переходом на нее. При гнойном параметрите показаны кольпотомия с лечебной целью и последующее дренирование полости гноя, в то время как при тубоовариальной опухоли, которая может привести к формированию трубно-влагалищного хронического свища, кольпотомия противопоказана.

Гнойный пельвиоперитонит, вызванный восходящей гонококковой инфекцией, по симптомам весьма сходен с перитонитом другой этиологии. Пельвиоперитонит гонорейной этиологии является результатом перехода воспалительного процесса с придатков матки на брюшину малого таза. Воспаление имеет выраженную тенденцию к ограничению (неограниченный перитонит является исключением). Начало заболевания острое. Характерны резкие боли в животе, диспепсические расстройства, тахикардия, повышение температуры тела, симптомы раздражения брюшины в нижних отделах живота. Ограничение процесса наступает быстро, о чем свидетельствует пальпируемый выше входа в таз конгломерат петель кишечника и сальника. При вагинальном исследовании определяются признаки двустороннего сальпингоофорита и выбухание заднего свода влагалища, резко болезненного при пальпации, при пункции его в начальной стадии процесса получают серозный выпот. Для дифференциального диагноза используют УЗИ, лапароскопию (пельвиоскопию). Лапароскопические признаки при пельвиоперитоните такие же, как и при перитоните другой локализации и происхождения: наличие выпота — свободного гноя в малом тазе, наложения фибрина

на органах малого таза: матке, придатках, мочевом пузыре, а также на петлях тонкой кишки, спустившихся в малый таз. Определяются гиперемия и точечные кровоизлияния на париетальной брюшине малого таза и серозной оболочке тазовых органов. Эндоскопический диагноз гнойного перитонита при подобной картине беспорочен, так как он основан на абсолютных (прямых) признаках перитонита. Источник инфицирования определить при лапароскопии не всегда возможно, хотя в ряде случаев это удается: это могут быть разорвавшийся тубоовариальный абсцесс, выделение гноя из маточной трубы при пиосальпинксе, нагнаившаяся кровь в малом тазе или в разорвавшейся маточной трубе при внематочной беременности. Можно определить перфорированный червеобразный отросток, отверстие в прямой кишке, матке, внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря и др.

Местный пельвиоперитонит может локализоваться в дугласовом пространстве брюшины. Причины образования локализованного воспаления брюшины разнообразны: переход инфекции из маточных труб лимфогенным или контактным путем; ранение свода при попытке криминального аборта; распространение перитифлитического инфильтрата на тазовую брюшину; инфицирование позадматочного кровоизлияния при прервавшейся трубной беременности. Стенки гнойника образованы соседними органами: спереди — маткой, сзади — прямой кишкой, сверху — петлями кишечника и сальником. При нагноении кровоизлияния гной смешан с кровью, наличие эшерихии коли определяет каловый запах гноя.

В начальной стадии заболевания преобладают симптомы основного заболевания, ставшего причиной образования перитонита, которыми могут быть: аппендицит, деструктивный гнойный сальпингоофорит и др. Прогрессирующее скопление гноя в дугласовом пространстве вызывает симптомы общей интоксикации (озноб, лихорадка интермиттирующего характера, тенезмы, затруднения акта дефекации и мочеиспускания); прорыв гноя в мочевой пузырь может вызвать развитие восходящей инфекции мочевых путей; прорыв гноя во влагалище или прямую кишку может вызвать выздоровление или формирование свища; прорыв гноя в брюшную полость приводит к развитию распространенного перитонита.

Дифференциальная диагностика. Тазовый местный перитонит следует дифференцировать от ряда заболеваний. Параметрит не сопровождается столь резкими нарушениями общего состояния больной и болями, как экссудативный пельвиоперитонит. Инфильтрат при абсцессе дугласова пространства выпячивает задний свод и переднюю (но не боковые стенки) прямой кишки в виде языкообразной или полушарообразной «опухоли». Скопление гноя в дугласовом пространстве, в отличие от инфильтрата при параметрите не сливается со стенками таза.

Пиосальпинкс характеризуется вытянуто-овальной или ретор-

тообразной формой инфильтрата, часто является двусторонним, имеет неровную поверхность с перетяжками. Абсцесс яичника представляет собой опухолевидное образование округлой или овальной формы, располагается обычно сбоку от матки.

Инфицированное кровоизлияние при нарушенной внематочной беременности сопровождается задержкой менструации, характерны отсутствие лихорадки, предшествующей заболеванию, клинические признаки внутреннего кровотечения, постгеморрагическая анемия. Характерны также наличие лейкоцитоза, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В сомнительных случаях окончательному диагнозу помогает пункция заднего свода влагалища, при которой получают гной или кровь в пунктате. При наличии такого изолированного гнойного воспаления брюшины очень важно выявить основное заболевание, которое стало причиной формирования абсцесса. Заболевание часто возникает после криминального аборта и в первые же дни протекает с повышением температуры тела. При вагинальном или ректальном исследовании определяется инфильтрат с наличием флюктуации, выпячивающий свод влагалища в виде полушаровидной или языкообразной опухоли, но не переходящий на боковые стенки влагалища. Параметральный инфильтрат клиновидно выпячивает задний, а также боковые своды влагалища, близко подходит к матке и стенкам прямой кишки, охватывая ее полукольцом. Для дифференциальной диагностики важное значение имеет УЗИ с использованием трансвагинального или трансректального сканирования (см. главу 4).

Лечение. Лечение тазового перитонита может быть только хирургическим. Чем раньше выполнена операция, тем лучше будут ее результаты. Вопрос об объеме и характере операции решается индивидуально в зависимости от характера воспалительного процесса, источника перитонита.

Цели операции следующие:

- 1) устранение источника перитонита;
- 2) санация брюшинной тазовой полости;
- 3) адекватное дренирование.

Лапаротомию следует выполнять только нижнесрединным доступом, разрез Пфанненштиля или его модификации не дают возможности проведения полной ревизии малого таза и брюшной полости. Кроме того, при распространенном перитоните может возникнуть необходимость расширить хирургический доступ, что легко сделать при нижнесрединной лапаротомии: продлить разрез кверху, вплоть до мечевидного отростка.

При вскрытии брюшной полости электроотсосом сразу же удаляют экссудат, гной, после чего приступают к устранению источника перитонита. При ревизии органов малого таза следует принять во внимание состояние червеобразного отростка, который может быть как источником пельвиоперитонита, так и