



А.А. Маркович,
В.Н. Герасименко,
А.Е. Парай

ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ НЕОТЛОЖНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

КУ «Сакское
территориальное-медицинское
объединение», АР Крым

© Коллектив авторов

Резюме. Проведено обследование и лечение 27 больных с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами, находившихся на лечении в хирургическом отделении КУ«Сакское ТМО» за период с 2005 по 2011 год. Возраст больных от 31 до 82 лет. В диагностике использован динамический УЗИ-контроль, при возможности КТ брюшной полости. Лапаротомный и проекционный доступ использованы в лечении 16 больных, миниинвазивное эндовидеохирургическое лечение применено в лечении 11 больных. Комплексное лечение с применением миниинвазивной эндовидеохирургической методики и использованием иммуностимулятора Галавит, с целью воздействия на сниженную иммунореактивность, улучшают результаты лечения больных с послеоперационными абсцессами брюшной полости.

Ключевые слова: *внутрибрюшной абсцесс, миниинвазивное эндовидеохирургическое лечение, иммунореактивность, Галавит.*

Введение

Несмотря на совершенствование методов хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости, вопросы диагностики и лечения послеоперационных гнойно-септических внутрибрюшных осложнений остаются одной из наиболее актуальных проблем хирургии. Абсцессы брюшной полости встречаются у 0,8-2 % всех оперированных больных, с летальностью от 13,2 % до 83,5 % при развитии тяжелых форм послеоперационного перитонита [1, 3-5, 7-13]. В структуре всех послеоперационных осложнений частота абсцессов брюшной полости варьирует от 10,5 до 34,2 % [1-4, 8].

Частота возникновения послеоперационных абсцессов брюшной полости у больных оперированных в плановом порядке – 0,8 %, у больных оперированных в ургентном порядке 1,5 % [1, 3-6].

Цель исследования

Выявление основных характерных особенностей клинического течения, диагностики и лечения больных с послеоперационными абсцессами брюшной полости на основании собственных данных.

Материалы и методы исследования

Проанализированы результаты лечения 27 больных с послеоперационными внутрибрюшными абсцессами находившихся на лечении в хирургическом отделении КУ «Сакское ТМО» за период с 2005 по 2011 год в возрасте от 31 до 82 лет; мужского пола 13 (48,1 %), женского пола 14 (51,9 %).

Распределение больных по характеру операций, осложнившихся развитием послеоперационных абсцессов брюшной полости: аппендэктомии – 4 больных (14,8 %), холецистэктомия традиционная – 3 больных (11,1 %), лапароскопическая холецистэктомия – 2 больных (7,4 %), операции по поводу травм брюшной полости – 3 больных (11,1 %), гинекологические операции – 4 больных (14,8 %), операции на толстом кишечнике – 3 больных (11,1 %), операции на желудке и двенадцатиперстной кишке – 3 больных (11,1 %), операции по поводу ОКН – 3 больных (11,1 %), операции на органах гепатопанкреатодуоденальной зоны – 2 больных (7,4 %).

Распределение больных по локализации послеоперационных абсцессов брюшной полости: поддиафрагмальные – 8 больных (29,6 %), подпеченочные – 5 (18,5 %), межпеченочные – 2 (7,4 %), фланковые – 4 (14,8 %), тазовые – 3 (11,1 %), абсцессы сальниковой сумки – 5 (18,5 %).

До сих пор основными критериями в диагностике послеоперационных абсцессов брюшной полости оставались: анамнез (перенесенное оперативное вмешательство), жалобы (абдоминальный болевой синдром, повышение температуры тела, желтушность кожных покровов, слабость), объективных данных (наличие пальпируемого болезненного образования), рентгенологические методы исследования (наличие газа, уровней жидкости, смещение внутренних органов; при поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессах рентгенография грудной клетки может выявить плевральный выпот, высокое стояние купола диафрагмы, базиляр-

ные инфильтраты или ателектаз), лабораторные данные (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево) [1-3, 6, 8, 11]. Но современные подходы с использованием динамического УЗИ-контроля, КТ-исследования позволяют расширить рамки диагностики, что позволяет минимизировать уровень операционного подхода от пункционного до пальцевой ревизии гнойного очага с удалением инородного тела [1, 4, 5, 7].

При невозможности видеоэндоскопического лечения – 20 больных (41,6 %) санация гнойного очага производилась через лапаротомный доступ. Причинами перехода к лапаротомии были технические трудности выполнения малоинвазивного вмешательства. Эффективность лечения оценивалась по данным УЗИ в динамике, клиническим признакам (количеству и характеру отделяемого из дренажей, температуре, лейкоцитарной формуле).

Результаты исследования и их обсуждение

Клинические проявления послеоперационных абсцессов брюшной полости анализируемой группы больных: абдоминальная боль – 85 % больных, гипертермия с ознобами – 72 % больных, желтуха – 9 % больных, лейкоцитоз более $11,0 \times 10^9/\text{л}$ – 70 % больных, СОЭ более 30 мм/ч – 88 % больных.

Миниинвазивное эндовидеохирургическое лечение использовано в лечении 11 больных. У 16 больных оперативное лечение проведено с использованием лапаротомного или проекционного доступа. Всем больным проводилась предоперационная подготовка включающая: в/в инфузию глюкозо-солевых растворов, препаратов улучшающих микроциркуляцию (Ресорбилакт, Латрен, Трентал), гепатопротекторов (тиотриазолин, Реамберин), в/в введение антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины 3-4 поколений + аминогликозиды или фторхинолоны + аминогликозиды). Интраоперационно выполнялось: вскрытие полости абсцесса, эвакуация содержимого, санация гнойной полости растворами антисептиков. Объем абсцессов составлял от 8 до 250 мл. Во всех случаях операция заканчивалась дренированием полости абсцесса и при необходимости малого таза. Дренирование производили через отдельную контрапертуру, использовали трубчатый полихлорвиниловый дренаж диаметром 0,8-1,0см. Содержимое абсцесса в обязательном порядке направляли на бактериологическое исследование. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом с использованием миорелаксантов. В после-

операционном периоде всем больным проводили: инфузионную терапию, применяли антибиотики, анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, дезагреганты, антикоагулянты, пробиотики.

Учитывая, что все локальные гнойно-воспалительные процессы, как правило, протекают на фоне иммунодефицита (развивающегося после перенесенного тяжелого основного заболевания: деструктивного аппендицита, холецистита, пиосальпинкса; нередко на фоне тяжелой соматической патологии: сахарный диабет, бронхиальная астма и др.) с целью коррекции сниженной иммунореактивности свою терапию решили дополнить иммуностимулятором Галавит. Препарат Галавит вводили внутримышечно 2 раза в день – первые сутки, затем 1 раз в сутки в течение 10 суток послеоперационного периода. Курсовая доза составила 12 инъекций по 0,1 г Галавита.

Учитывая, что гнойная полость находится в капсуле, то в зависимости от наличия перифокального внутрибрюшного инфильтрата проводили лечение инфильтрата, согласно предложенной методике: внутритканевой ионофорез с добавлением 90 мг гидрокортизона и 1,5 г цефтриаксона. Перед сеансом внутритканевого ионофореза проводили локальное облучение зоны послеоперационного инфильтрата брюшной полости при помощи аппарата ЛУЧ СМВ-3 с частотой 2,45 ГГц в течение 15-20 минут с $T = 38,5 \pm 1^{\circ}\text{C}$.

Средняя длительность стационарного лечения больных до применения миниинвазивного видеоэндоскопического лечения (с включением иммуностимулятора Галавит) – 12-18 суток, после применения 6-11 суток.

Выводы

Таким образом, использование динамического УЗИ-контроля; при возможности, выполнение КТ брюшной полости позволяет обеспечить раннюю диагностику послеоперационных абсцессов брюшной полости и возможность выполнения миниинвазивных методов лечения. При невозможности проведения и неэффективности миниинвазивных методик – оперативное лечение с использованием лапаротомного или проекционного доступа.

Включение в проводимую комплексную терапию иммуностимулятора Галавит, с целью коррекции иммунореактивности, улучшает результаты лечения больных с послеоперационными абсцессами брюшной полости.



ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия [практическое руководство]*: под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. – М.: Литтерра, 2006. – 168 с.
2. *Белов С.Г.* Профилактика и лечение абсцесса брюшной полости в неотложной хирургии / С.Г. Белов, Т.И. Тамм, А.Я. Бардюк // *Клин. хирургия*. – 2003. – № 4 – 5. – С. 5 – 6.
3. *Бойко В.В.* Хирургический подход к лечению внутрибрюшных послеоперационных гнойных осложнений / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, Н.К. Голобородько // *Клінічна хірургія*. – 2003. – № 4 – 5. – С. 10 – 11.
4. *Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений* / А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, П.С. Глушков, И.Л. Андрейцев // *Хирургия*. – 2003. – № 8. – С. 19 – 23.
5. *Ерюхин И.А.* Хирургические инфекции: руководство / И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпкинова. – СПб.: Питер, 2003. – 864 с.
6. *Осложнения в хирургии живота: руководство для врачей* / В.В. Жебровский, А.Д. Тимошин, С.В. Готье и [др.] – М.: ООО «Мед. информ.агентство», 2006. – 448 с.
7. *Тимошин А.Д.* Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов. – М.: Триада, 2003. – 216 с.
8. *Томнюк Н.Д.* Структура послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии и ранние повторные операции / Н.Д. Томнюк, И.А. Рябков, Е.Н. Давыдова // «Успехи современного естествознания». – 2008. – № 2. – С. 32 – 35.
9. *Хаитов Р.М.* Изменение иммунитета при хирургических вмешательствах / Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1990. – Т. 3, № 2. – С. 100 – 110.
10. *Alan A Saber* Abdominal Abscess / Alan A Saber, Raymond DLa Raja. – 2009. – Режим доступа: <http://emedicine.medscape.com/article/189468-overview>.
11. *Hasper D.* Management of severe abdominal infections / D. Hasper, J.C. Scheffold, D.C. Baumgart // *Recent Pat Anti-infect Drug Discov*. – 2009. – Vol. 4, № 1. – P. 57 – 65.
12. *Intra-abdominal abscess after laparoscopic appendectomy for perforated appendicitis* / S.L. Krisher, A. Browne, A. Dibbins, N. Tkaczet [et al.] // *Arch. Surg*. – 2001. – Apr; 136(4). – P. 438 – 441.
13. *Ruben Peralta* Peritonitis and Abdominal Sepsis / Ruben Peralta, Thomas Genuit. – 2006. – Режим доступа: <http://emedicine.medscape.com/article/192329-overview>.

ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ
ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ
ПІСЛЯ НЕВІДКЛАДНИХ
ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

**О.А. Маркович,
В.М. Герасименко,
А.Е. Парай**

Резюме. Проведено обстеження та лікування 27 хворих с післяопераційними внутрішньочеревними абсцесами, які знаходилися на лікуванні у хірургічному відділенні КЗ «Сакське ТМО» за період з 2005 по 2011 рік. Вік хворих від 31 до 82 років. У діагностиці застосован динамічний УЗ-контроль, за можливістю КТ черевної порожнини. Лапаротомний та проєкційний доступ застосований у лікуванні 16 хворих, мініінвазивне ендовідеохірургічне лікування виконано у 11 хворих. Комплексне лікування із застосуванням мініінвазивної ендовідеохірургічної методики та використанням імуностимулятора Галавіт, з метою впливу на зниженну імунореактивність, покращують результати лікування хворих із післяопераційними абсцесами черевної порожнини.

Ключові слова: внутрішньочеревний абсцес, мініінвазивне ендовідеохірургічне лікування, імунореактивність, Галавіт.

TREATMENT
OF ABDOMINAL CAVITY
ABSCESSSES AFTER URGENT
SURGICAL MEASURES

**A.A. Markovich,
B.N. Gerasimenko,
A.E. Paray**

Summary. A survey and treatment of 27 patients with postoperative intra-abdominal abscesses treated at the surgical department of Municipal institution «Saki territorial and medical association» for the period from 2005 to 2011. The patients' age is from 31 to 82 years old. Dynamic ultrasound control was used and CT scan of the abdominal cavity, when possible. Laparotomy and projection access were applied in the treatment of 16 patients; minimally invasive endovideosurgical treatment was used in treatment of 11 patients. Combination therapy with usage of minimally invasive endovideosurgical technique and with appliance of Galavit immunostimulant, to influence the reduced immunoreactivity, improve outcomes in patients with postoperative abdominal abscesses.

Key words: intra-abdominal abscess, minimally invasive endovideosurgical treatment, immunoreactivity, Galavit.