

УДК 616.381-002: 616-0023: 617-089.48

*А.А. Маркович, В.Н. Герасименко, А.Е. Парай***ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИБРЮШНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ И АБСЦЕССОВ***КУ «Сакское территориальное-медицинское объединение», Саки*

В работе представлен опыт лечения 48 больных с внутрибрюшными инфильтратами и абсцессами. Эндовидеохирургический метод применен в лечении 28 больных. Наличие внутрибрюшного инфильтрата у 15, билиодигестивных свищей у 5 больных явились показанием к лапаротомии. Комплексное лечение с применением эндовидеохирургической методики и включением, с целью коррекции иммунореактивности, иммуностимуляторов (Полиоксидоний, Галавит) улучшают результаты лечения больных с внутрибрюшными инфильтратами и абсцессами.

Ключевые слова: внутрибрюшной инфильтрат, внутрибрюшной абсцесс; эндовидеохирургическое лечение; иммунореактивность.

Одной из наиболее сложных проблем абдоминальной хирургии остается лечение гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной полости и их осложнений. Увеличение количества деструктивных заболеваний органов брюшной полости, расширение объема абдоминальных хирургических вмешательств, изменение спектра и свойств патогенной флоры, нарушение иммунореактивности организма больного приводит к росту гнойных осложнений, в частности абсцессов брюшной полости. Абсцессы брюшной полости относятся к тяжелым осложнениям абдоминальной хирургии, встречаются у 1-2% оперированных и сопровождаются летальностью 13-16%. [1-9].

Целью нашего исследования было выявление основных характерных особенностей клинического течения и лечения больных с внутрибрюшными инфильтратами и абсцессами на основании собственных данных.

Материал и методы

В статье представлен опыт лечения 48 больных с внутрибрюшными инфильтратами и абсцессами находившихся в хирургическом отделении КУ «Сакское ТМО» за период с 2005-2010г. Возраст больных от 33 до 82 лет. Характер встретившейся патологии – абсцесс селезенки 3 (6,2%), над- или подпеченочные абсцессы – 24 (50%), абсцессы поджелудочной железы – 9 (18,7%), периаппендикулярный абсцесс – 10 (20,8%), тазовый абсцесс – 2 (4,1%) больных. Над- и подпеченочные абсцессы наиболее часто (20 больных) возникали вследствие деструктивных процессов гепатобилиарной системы, у 4 больных причина не выявлена.

Диагностика инфильтратов и абсцессов базировалась на анамнестических данных, клинических признаках (гипертермия, воспалительные сдвиги в крови, интоксикация, боли, наличие пальпируемого болезненного внутрибрюшного инфильтрата) [1-3, 6, 8]. Топическая диагностика осуществлялась на основе общепринятых лучевых методов: ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) [4, 5, 7]. У части больных 12 (25%) развитию внутрибрюшного абсцесса предшествовал внутрибрюшной инфильтрат. У 6 больных (12%) в связи с появлением клинико-лабораторных данных формирующегося внутрибрюшного абсцесса без четкого УЗИ-подтверждения с целью диагностики применена видеолaparоскопия.

При невозможности видеолaparоскопического 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 и обсуждение

Основными клиническими проявлениями гнойников были боль – 88%, гипертермия с ознобами – 76%, желтуха – 14%, лейкоцитоз более 10,0 Г/л -52%, СОЭ более 30 мм/ч – 84%.

Эндовидеохирургический метод применен в лечении 28 больных.

Произведено 25 видеоэндоскопических операций по поводу деструктивных форм острого холецистита с наличием подпеченочного абсцесса, 3 операции по поводу деструктивных форм острого аппендицита с наличием периаппендикулярного абсцесса. Из них 17 больных – женщины (68%), 5 больных – мужчины (32%), возраст от 35 до 82 лет. Всем больным проводили предоперационную подготовку включающую – в/в инфузию глюкозо-солевых р/ров, препаратов улучшающих микроциркуляцию – Реосорбилакт, Латрен, Трентал, в/в введение антибиотиков широкого спектра (цефалоспорины 3-4 поколений + аминогликозиды или фторхинолоны + аминогликозиды). Интраоперационно проводилось – вскрытие полости абсцесса, эвакуация содержимого, санация гнойной полости растворами антисептиков. Объем абсцессов составлял от 10 мл до 200 мл. Далее осуществляли холецистэктомия (аппендэктомия), гемостаз и повторную санацию полости абсцесса. Аппендэктомия осуществлялась антеградно или ретроградно с клипированием сосудов в брыжейке и основания отростка без перитонизации культи. Во всех случаях операция заканчивалась дренированием полости абсцесса и при необходимости малого таза. Дренирование производили через отдельную контрапертуру, использовали трубчатый полихлорвиниловый дренаж диаметром 0,8-1,0 см. Содержимое абсцесса в обязательном порядке направляли на бактериологическое исследование. Формирование плотного инфильтрата с участием петель кишечника и невозможность его атравматичного разделения в 4 наблюдениях послужило показанием к выполнению минилапаротомии и использования техники пальцевой ассистенции, в 11 наблюдениях наличие плотного инфильтрата послужило показанием к лапаротомии. В 5 наблюдениях с наличием билиодигестивных свищей мы были вынуждены выполнить лапаротомии. По поводу послеоперационного абсцесса над и подпеченочного пространства оперировано 2 больных. У одного больного формирование послеоперационного абсцесса возникло вследствие желчеистечения из желчных протоков в послеоперационном периоде, у второго вследствие нагноения послеоперацион-

ной надпеченочной гематомы. Произведено вскрытие и дренирование полости абсцесса. Исход – выздоровление. Все операции проводились под эндотрахеальным наркозом с использованием миорелаксантов. В послеоперационном периоде всем больным проводилась инфузионная терапия, применялись антибиотики, анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты, дезагреганты, антикоагулянты, иммуностропные препараты, пробиотики, физиолечение – УВЧ, СВЧ. С целью коррекции иммунного дефицита применяли Полиоксидоний (6 мг в/м ежедневно в течение 3 дней, далее через день, общий курс – 10 инъекций) или Галавит ((в/м или в свечах) 1 раз в день в дозе 100 мг в течение 10-12 суток). Летальность в данной группе больных составила – 0%. Средняя длительность стационарного лечения больных до внедрения видеоэндоскопической методики – 10-16 суток, после применения 5-10 суток. Наиболее сложными в диагностике и лечении оказались абсцессы поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. На фоне продолжающегося панкреонекроза помимо дренирования абсцесса применяли некрсеквестрэктомия и дренирование забрюшинного пространства.

Выводы

Таким образом использование эндохирургических вмешательств обеспечивает хороший клинический эффект, уменьшают стоимость лечения, способствуют снижению летальности и сроков стационарного лечения больных с внутрибрюшными инфильтратами и абсцессами. Включение в проводимую комплексную терапию иммуностимуляторов (Полиоксидоний, Галавит), с целью повышения иммунореактивности, улучшает результаты лечения больных с внутрибрюшными инфильтратами и абсцессами.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ ІНФІЛЬТРАТІВ ТА АБСЦЕСІВ

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

У роботі представлений досвід лікування 48 хворих із внутрішньочеревними інфільтратами та абсцесами. Ендовідеохірургічний метод застосований у лікуванні 28 хворих. Наявність внутрішньочеревного інфільтрату у 15, біліо-дигестивних норичь у 5 хворих стали показанням до лапаротомії. Комплексне лікування із застосуванням ендовідеохі-

рургічної методики і включенням, з метою корекції імунореактивності, імуностимуляторів (Полюксидоній, Галавіт) покращують результати лікування хворих із внутрішньочеревними інфільтратами та абсцесами.

Ключові слова: внутрішньочеревний інфільтрат, внутрішньочеревний абсцес; ендовідеохірургічне лікування; імунореактивність.

EXPERIENCE OF TREATMENT ABDOMINAL INFILTRATIONS AND ABSCESSSES

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

The article presents experience of treatment of 48 patients suffering from abdominal infiltrations and abscesses. In 28 cases the laparoscopic method of treatment was used. The indications for laparotomy were abdominal infiltration in 15 patients, and biliary-enteric fistulas in 5 patients. The study revealed that the combined treatment of patients with abdominal infiltrations and abscesses shows good results. The combined treatment included laparoscopic surgery and administration of immunomodulators ("Polyoxidonium" and "Galavitum").

Key words: abdominal infiltration, abdominal abscess, laparoscopic surgery, immunoreactivity.

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. Кригер А.Г. 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 / И.А. Ерюхин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпникова // Руководство. – СПб., 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. Післяопераційний абсцес черевної порожнини / С.М. Боровий, Ю.С. Семенюк, В.Ф. Денищук, С.В. Вовк // Клінічна хірургія. – 2003. – № 4-5. – С. 11.
8. Хайтов Р.М. Изменение иммунитета при хирургических вмешательствах / Р.М. Хайтов, Б.В. Пинегин // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3. – С. 100-110.
9. Alan A. Saber Abdominal Abscess / Alan A. Saber, D. Raymond, 2009. – Режим доступа [http:// emedicine.medscape.com/article/189468-overview](http://emedicine.medscape.com/article/189468-overview)

Стаття надійшла 01.03.2011