

ИНТРААБДОМИНАЛЬНЫЕ АБСЦЕССЫ — ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Профессор С.Г. БЕЛОВ, профессор Т.И. ТАММ, к.м.н. А.П. ЗАХАРЧУК

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Предложен способ профилактики и лечения интраабдоминальных абсцессов, основанный на активном дренировании брюшной полости путем введения по каналу трубчатого выпускника многокомпонентных препаратов на гидрофильной основе. Показаны высокая эффективность и целесообразность широкого применения способа в клинической практике.

Интраабдоминальный абсцесс является одним из наиболее грозных осложнений заболеваний и травм живота, которое несет непосредственную угрозу не только здоровью, но и жизни больного [1–3]. Частота его, по оценке разных авторов, составляет от 0,8 до 35% в зависимости от характера патологического процесса в брюшной полости, обусловившего данное осложнение. Наиболее высокий процент остаточных гнойников отмечается при неотложной хирургической патологии (острый аппендицит, холецистит, перфоративная язва, кишечная непроходимость и др.), особенно в случаях развития перитонита [4–6]. Возникновение абсцессов брюшной полости приводит не только к существенно-му (на 10%) росту летальности, но и к значительному увеличению сроков и стоимости лечения [2; 3]. Поэтому их профилактика имеет важное социально-экономическое значение и является одной из приоритетных задач клинической хирургии [7].

Общепринятая тактика оперативного вмешательства в случаях неотложных заболеваний органов брюшной полости, осложненных перитонитом, предусматривает, как правило, устранение очага деструкции (аппендэктомия, холецистэктомия и др.) в сочетании с дренированием зоны воспаления брюшины трубчатыми или перчаточными-трубчатыми выпускниками для обеспечения эвакуации гнойно-воспалительного экссудата [3; 4; 8]. Однако данная методика, основанная на пассивном оттоке содержимого, не позволяет полноценно его эвакуировать, особенно если учесть, что функция дренажа сохраняется только в течение сравнительно короткого времени — лишь в первые 24–48 ч [9; 10].

В клинике кафедры хирургии и проктологии ХМАПО разработан способ активного дренирования брюшной полости путем введения по каналу трубчатого выпускника многокомпонентных препаратов (в форме мазей) на гидрофильной основе, предназначенных для лечения ран и очагов гнойной инфекции. Эта методика применяется в клинике с 1985 г., а с 1993 г. входит как обязательная и важная составная часть в стандарт лечения больных с неотложными хирургическими заболеваниями брюшной полости.

Целью представленной работы явился анализ результатов использования указанного способа профилактики и лечения интраабдоминальных абсцессов за период с 1993 по 2002 г.

Применение методики обосновано экспериментальными и клиническими исследованиями, которые

показали, что многокомпонентные препараты оказывают комплексное разнонаправленное действие на основные составляющие патогенеза гнойно-воспалительного процесса — дегидратирующее, антибактериальное, нейротрофическое, — ускоряют очищение очага инфекции от гнойно-некротического субстрата и сокращают сроки появления грануляций, нормализуют течение местной воспалительной реакции. Способность комбинированных основ мазей препятствовать образованию фибриновых наложений и их осмотический эффект обеспечивают активную эвакуацию содержимого очага воспаления и позволяют сохранить функцию дренажа до 4–6 сут.

Очень важно, что гидрофильная основа препаратов за счет пенетрирующих свойств полиэтиленоксида (ПЭО) с молекулярной массой 400, образующего подвижные соединения с антибактериальными компонентами мазей, проводит последние в глубь тканей очага инфекции (рис. 1), одновременно усиливая их противомикробное действие. В бактериологических исследованиях *in vitro* и *in vivo* было установлено, что многокомпонентные мази обладают выраженной активностью в отношении основных возбудителей хирургической инфекции, как аэробных, так и анаэробных.

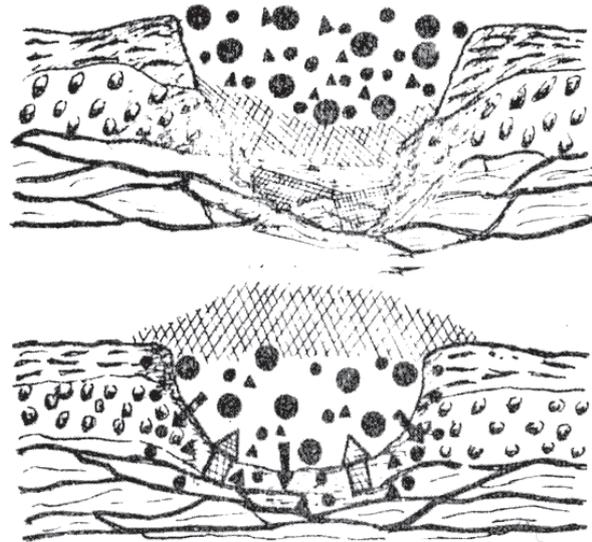


Рис. 1. Механизм лечебного действия многокомпонентных мазей в очаге инфекции (▲ — антибактериальные препараты; ● — ПЭО с молекулярной массой 1500; • — ПЭО с молекулярной массой 400)

Это определяет значительное преимущество использования данных препаратов для лечения очагов инфекции по сравнению с местным введением растворов антисептиков, оказывающих лишь одностороннее действие. Доказательством служат сравнительные исследования динамики количественного уровня микрофлоры пиемического очага в процессе местного лечения 1% раствором диоксилина, мазью левомиколь и сложным раствором диоксизоль. Было установлено, что к 5-м суткам у больных, лечение которым проводили многокомпонентными препаратами, уровень бактериального обсеменения существенно снижился, а к 7-м суткам не превышал 10^2 , что близко к практически чистой ране, в то время как при лечении раствором диоксилина уровень микробного обсеменения оставался в пределах «уровня критического обсеменения тканей» (рис. 2).

Вместе с тем при выборе средств для внутрибрюшного введения следует учитывать, что препара-

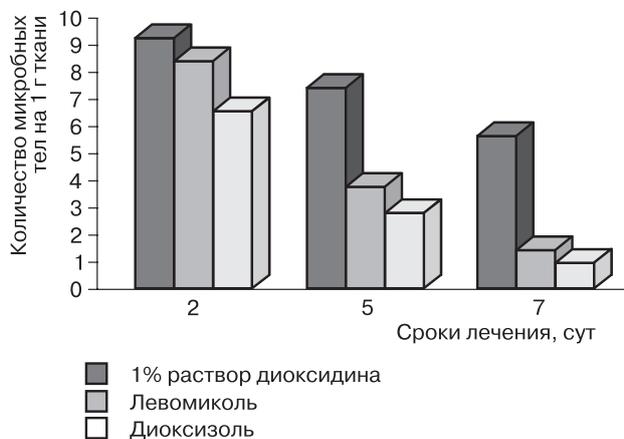


Рис. 2. Динамика уровня микрофлоры очага инфекции в зависимости от средства местного медикаментозного лечения

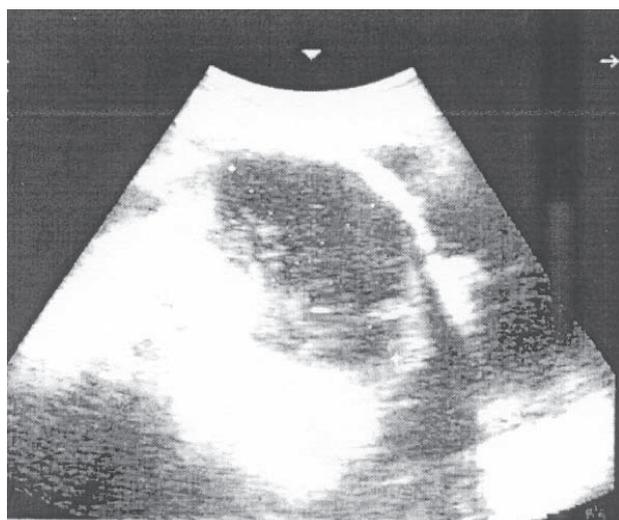


Рис. 3. Эхограмма брюшной полости больного К. Подпеченочный абсцесс на 6-е сутки после холецистэктомии по поводу острого гангренозного калькулезного холецистита

ты, обладающие высокой сорбционной активностью, могут вызвать повреждение тканей паренхиматозных органов, клетки которых разрушаются вследствие гиперосмолярного шока. Этот недостаток полиэтиленоксидной основы многокомпонентных мазей первого поколения (левосин, левомиколь, диоксиколь и др.) ограничивает их применение с указанной целью только для лечения больных с изолированными гнойниками, имеющими выраженную перифокальную реакцию. Новое поколение многокомпонентных мазей, основа которых состоит из смеси пропиленгликоля, полиэтиленоксида-400 и проксанола-268, защищает клетки здоровых тканей от гиперосмолярного шока, сохраняя при этом должное сорбционное действие [10]. Экспериментальными и клиническими исследованиями установлено, что включенные в состав прописи антибактериальные компоненты — диоксидин, офлоксацин, нитацид — обладают широким спектром антибактериального действия, усиленного основной композицией, и сохраняют свою активность на протяжении 16–18 ч.

Это обеспечивает эффективное подавление основных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний брюшной полости, в том числе микроорганизмов семейства кишечных бактерий и неклостридиальных анаэробов (включая *b. fragilis*). Представленные данные дают основание рекомендовать для профилактики и лечения абсцессов брюшной полости как диоксидин-содержащий препарат в форме сложного раствора или аэрозоля (диоксизоль), так и мази офлокаин, нитацид. Ассортимент названных средств позволяет сделать выбор соответственно характеристике возбудителей инфекции. Методика лечения, заключающаяся во введении с помощью шприца по дренажу 20–25 мл 2 раза в сутки одного из названных препаратов, доступна для использования в хирургических учреждениях разного уровня.

Клиническое применение способа более чем у 500 больных с целью профилактики остаточных

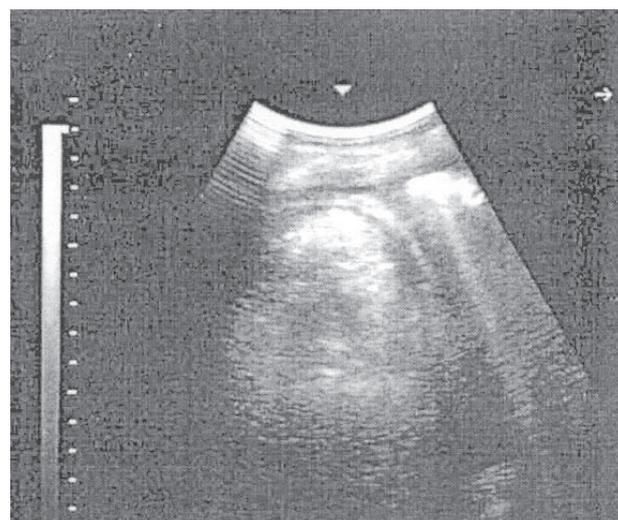


Рис. 4 Эхограмма брюшной полости того же больного. Состояние после чрескожной пункции и дренирования полости абсцесса (3-и сутки после вмешательства). Полость отсутствует

гнойников брюшной полости показало его высокую эффективность, обеспечившую снижение их формирования в 2,3 раза.

Данный метод был применен нами также у 64 больных с абсцессами брюшной полости различной локализации: поддиафрагмальными (27 пациентов, или 42,2%), межкишечными (16, или 25,0%), тазовыми (19, или 29,7%), абсцессом сальниковой сумки (2 человека, или 3,1%). Диагностику гнояников и контроль эффективности их лечения осуществляли на основании клинических проявлений, лабораторных анализов и данных УЗИ брюшной полости в динамике (рис. 3, 4). После вскрытия гнояника и аспирации его содержимого полость дренировали с последующим введением указанных многокомпонентных препаратов. Как было установлено, предложенный способ обеспечил во всех наблюдениях быструю положительную динамику процесса. Ко 2–3-м суткам температура тела не превышала субфебрильных цифр, к 5–7-м суткам отделяемое из полости гнояника приобрело серозный характер, на

2–3 порядка снижался количественный уровень микрофлоры, нормализовались показатели лейкоформулы крови. Средние сроки лечения остаточных гнояников по разработанной методике составили $16,7 \pm 1,2$ койко-дня, что существенно ниже, чем при стандартном лечении – $30,1 \pm 2,3$ дня.

У 21 пациента с поддиафрагмальными и внутриорганными абсцессами (в печени) лечение было проведено мини-инвазивным способом – чрескожной пункцией, аспирацией содержимого и дренированием полости гнояника под контролем УЗИ с последующим промыванием ее раствором диоксизоль. Лишь в двух случаях в дальнейшем потребовалось открытое дренирование гнояника, в остальных применение мини-инвазивной методики принесло успех.

Представленный метод профилактики и лечения абсцессов брюшной полости, эффективность которого подтверждена значительным количеством клинических наблюдений, свидетельствует о целесообразности его широкого применения.

Литература

1. Карпова Р.В., Лотов А.Н. Диагностика и лечение под контролем УЗИ внеорганных отграниченных жидкостных скоплений в брюшной полости // Хирургия. – 1999. – 4. – С. 63–67.
2. Кривицкий Д.И., Поляков Н.Г., Мамич В.И. Послеоперационные абсцессы брюшной полости. – К.: Здоров'я, 1990. – 120 с.
3. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Березницкий Я.С. Послеоперационные внутрибрюшные и забрюшинные абсцессы // Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии. – М.: Медицина, 1990. – С. 84–133.
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. Послеоперационные осложнения у больных перитонитом / Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский, П.С. Глушков // Там же. – 4. – С. 32–35.
6. Wittman D.N. Intraabdominal infection // Pathophysiology and treatment. – N.Y.: Marcel Dekker, 1991. – 321 p.
7. Шевченко В.С., Малик С.В., Федорина Е.О. Актуальні проблеми профілактики, діагностики та комплексного лікування гнійно-запальних ускладнень // Клін. хірургія. – 2003. – 4-5. – С. 39–40.
8. Головацкий Б.В. Лапароскопическая диагностика абсцессов брюшной полости // Хирургия. – 1991. – 5. – С. 30–32.
9. Савчук В.Д. Перитонит. – М.: Медицина, 1981. – С. 364–365.
10. Теория и практика местного лечения гнойных ран / Под ред. Б.М. Даченко. – К.: Здоров'я, 1995. – 384 с.

Поступила 17.11.2003

INTRA-ABDOMINAL ABSCESSSES: PREVENTION AND TREATMENT

S.G. Belov, T.I. Tamm, A.P. Zakharchuk

Summary

A method of prevention and treatment of intra-abdominal abscesses based on active drainage of the abdominal cavity by introduction through the canal of a tube probe of multicomponent drugs on hydrophilic base is suggested. High efficacy and reasonability of wide use of this method in clinical practice are shown.