

Ф.Г. НАЗЫРОВ¹, А.В. ДЕВЯТОВ¹, Д.Ш. ХОДЖИЕВ²,
А.Х. БАБАДЖАНОВ¹, Р.Ю. САДЫКОВ³

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АБСЦЕССОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В.Вахидова¹, г. Ташкент,
Министерство здравоохранения Республики Каракалпакстан²,
Каракалпакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи³, г. Нукус,
Республика Узбекистан

Цель. Улучшить результаты лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости путем оптимизации ранней диагностики и тактики лечения.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов повторных вмешательств у 88 пациентов с абсцессами брюшной полости после первичных экстренных и плановых операций, выполненных в различных по уровню клиниках Республики Узбекистан.

Результаты. Проведенный анализ показал, что в структуре всех интраабдоминальных осложнений на долю развития ограниченных гнойных образований приходится 4,0-12,7% случаев после экстренных вмешательств и 9,9-15,2% после плановых операций. В зависимости от тяжести проявлений синдрома системной воспалительной реакции (SIRS), частота летальности после повторных вмешательств по поводу этих осложнений достигает 25,6-33,3% при SIRS средней степени и 63,2-66,7% при SIRS тяжелой степени. С учетом полученных результатов исследования предложен тактический алгоритм выбора оптимальной тактики лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости.

Заключение. Наиболее оптимальным вариантом стандартизации протоколов ведения этой категории пациентов является применение прогностических интегральных шкал, совокупность результатов которых позволяет адекватно оценить риск повторного оперативного вмешательства и соответственно оптимизировать выбор тактики лечения. Практическая ценность разработанного алгоритма позволяет определить степень риска релапаротомии и соответственно оптимизировать хирургическую тактику в отношении срочности и выбора адекватного объема предполагаемого вмешательства, что позволит существенно улучшить результаты хирургического лечения этой категории пациентов.

Ключевые слова: абдоминальная хирургия, послеоперационные абсцессы брюшной полости, повторные операции

Objectives. To improve treatment results of the postoperative abdominal abscesses by optimizing early diagnosing and treatment strategy.

Methods. The analysis of the repeated interventions in 88 patients with the abdominal cavity abscesses after the initial emergency and planned operations carried out in various hospitals of the Republic of Uzbekistan was carried out.

Results. The performed analysis has shown that in the structure of all intraabdominal complications, the limited purulent formations after emergency surgery make up 4,0-12,7% and 9,9-15,2% after planned operations. Depending on the severity of systemic inflammatory response syndrome (SIRS), mortality rate after the repeated interventions for these complications amounts to 25,6-33,3% at average SIRS and 63,2-66,7% at severe SIRS. Taking into account the results of research the tactical algorithm to select the optimum treatment strategy of the postoperative abdominal abscesses has been proposed.

Conclusions. The best option for the standardization of protocols of this category of patients is the use of integrated prognostic scales, summation results of which let adequately to assess the risk of a repeated surgical intervention and thus optimize the choice of the treatment tactics. The practical value of the worked out algorithm permits to determine the risk of relaparotomy and, accordingly, to optimize the surgical tactics in relation to urgency and the choice of an adequate amount of the alleged interference, which will significantly improve the results of surgical treatment for these patients.

Keywords: abdominal surgery, postoperative abdominal abscesses, repeated operations

Novosti Khirurgii. 2012; Vol 20 (3): 43-54

Optimization of treatment diagnosing and tactics of the abdominal cavity postoperative abscesses

F.G. Nazyrova, A.V. Devyatov, D.Sh. Hodjiev, A.H. Babadjanov, R.Yu. Sadikov

Введение

Послеоперационные абсцессы брюшной полости являются серьезным осложнением

в абдоминальной хирургии, что обусловлено высокой частотой их развития и летальностью [1, 2, 3]. Абсцессы брюшной полости, требующие повторного вмешательства, развиваются в

0,1-1,8% случаев [4, 5, 6]. Их частота составляет 8,7-34,2% от числа послеоперационных осложнений, требующих выполнения релапаротомии [7]. У 40,3% пациентов абсцессы образуются после операций, произведенных на фоне перитонита [8].

Наиболее частыми причинами развития внутрибрюшных абсцессов являются: неадекватная санация и дренирование брюшной полости, недостаточный гемостаз, технические погрешности при выполнении операции, высокая вирулентность инфекции и сниженная реактивность организма [9, 10]. Длительное существование внутрибрюшных абсцессов приводит к развитию осложнений: реактивного и гнойного перитонита, механической кишечной непроходимости, кишечных свищей [4]. Летальность при внутрибрюшных абсцессах во многом зависит от своевременности диагностики и вида оперативного вмешательства. Она составляет 8,3-47% при оперативном лечении и 3,8-11% при дренировании под контролем УЗИ [5, 11, 12]. Отсутствие единой стандартизированной тактики ведения этой категории пациентов обуславливает эмпирический подход к выбору целесообразности, сроков и способа повторной операции. В связи с этим основной задачей этого исследования является попытка внедрения стандартизированных протоколов ведения послеоперационных гнойников в брюшной полости на основе различных прогностических критериев с их адаптацией под индивидуальные возможности различных звеньев хирургической службы Здравоохранения Узбекистана.

Цель. Улучшить результаты лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости путем оптимизации ранней диагностики и тактики лечения.

Материал и методы

Для проведения анализа в исследование включены результаты лечения 88 пациентов с послеоперационными абсцессами в брюшной полости, пролеченных в 16 стационарах, которые были распределены на 3 группы исследования. В группу 1 (Республиканский уровень) включено 67 пациентов (32 пациента после первичных экстренных операций и 35 после плановых вмешательств), которые наблюдались в РСЦХ имени академика В.Вахидова во всех абдоминальных отделениях за период с 1976 по 2008 гг включительно. В группу 2 (городской и областной уровень) включено 14 пациентов, которые наблюдались в различных клиниках городского и областного уровня хи-

рургической службы за 2000-2008 гг. В группу 3 (районные клиники) включено 7 пациентов после первичных экстренных операций, которые наблюдались в районных клиниках Республики Каракалпакстан за 2000-2008 гг.

Женщин было 38 (43,2%), мужчин – 50 (56,8%), средний возраст пациентов составил в группе 1 – $45,7 \pm 14,8$ лет, в группе 2 – $42,6 \pm 19,5$ лет и группе 3 – $32,7 \pm 13,2$ лет. Следует отметить, что в группе 3 средний возраст пациентов был достоверно ($p < 0,05$) меньше чем в группах 1 и 2.

Все выполненные первичные операции по категории сложности были распределены на следующие типы:

1. Общехирургические операции: аппендэктомия, традиционная холецистэктомия, паллиативное лечение осложнений язвенной болезни (ушивание перфорации и остановка кровотечения), лечение кишечной непроходимости (иссечение спаек, выведение стомы, обходные анастомозы), неотложные операции при травмах органов брюшной полости без резекционных технологий, операция Пациоры, неосложненные формы эхинококкоза органов брюшной полости, традиционная герниопластика. Другими словами, это вмешательства не требующие специфического хирургического инструментария, расширения объема предполагаемого вмешательства, длительной реанимации и соответственно специалистов специфического профиля.

2. Высокотехнологичные операции: радикальное лечение осложнений язвенной болезни (резекция желудка), калькулезные холециститы, осложненные механической желтухой, лапароскопические холецистэктомии и аппендэктомии, наложение обходного холедоходуоденоанастомоза (ХДА) и холецистоэнтероанастомоза (ХЭА), тотальное разобщение гастроэзофагеального коллектора (операция Назырова Ф.Г.), наружное дренирование желчных протоков при постхолецистэктомическом синдроме (ПХЭС), операции при острых панкреатитах. Выполнение этого типа операций зависит от двух составляющих, с одной стороны это хирургическое, диагностическое и реанимационно-анестезиологическое оснащения клиники, а с другой – квалификация хирурга.

3. Операции, выполняемые преимущественно в Республиканских специализированных центрах: радикальное лечение опухолей ЖКТ (гастрэктомии, гемиколонэктомии), реконструктивно-восстановительные операции на желчных протоках, реконструктивные операции на желудке при болезнях оперированного желудка (БОЖ). Этот тип операций в ос-

новном характерен для республиканского звена хирургической службы, касается тяжелой категории пациентов и напрямую зависит от узкой специализации и квалификации хирурга, адекватного оснащения диагностическим, специальным хирургическим оборудованием и инструментарием, возможностями динамического мониторинга, квалифицированными специалистами реаниматологической и анестезиологической служб. Характер первичных операций отражен в таблице 1.

Наиболее часто послеоперационные гнойники в брюшной полости возникали после холецистэктомий, аппендэктомий (в группах 2 и 3), эхинококкэктомий, неадекватной санации брюшной полости при ПХЭС, операций по поводу острого панкреатита, операций на желудке и кишечнике.

Оценка тяжести пациентов проводилась при помощи определения выраженности син-

дрома системной воспалительной реакции (ССВР) и сепсиса, сформулированным на Согласительной конференции Американского колледжа пульмонологов и Общества медицины критических состояний в Чикаго в 1991 г. с дополнениями R. Bone (1997), M. Rangel-Frausto и R. Wenzel (1997).

Результаты и обсуждение

Для выработки тактического алгоритма выбора оптимального способа и в некоторых случаях сроков повторного хирургического вмешательства необходим стандартизированный для любого уровня хирургической службы подход не только к виду и тяжести осложнения, но и сопутствующих проявлений функциональных нарушений других органов и систем.

Согласно данным литературы, развитие ограниченных гнойников в брюшной полости

Таблица 1

Общая структура первичных операций, осложнившихся абсцессами брюшной полости

Категория операций	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	Экстрен. Абс.	Плановые %	Экстрен. Абс.	Плановые %	Экстрен. Абс.	Плановые %
Общехирургическая категория						
Аппендэктомия			3	42,9%		3 42,9%
Ушивание перфорации или оставнока кровотечения при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки	1	3,1%	2	28,6%		1 14,3%
Операции на тонкой кишке						1 14,3%
Операции на толстой кишке	1	3,1%	2	28,6%		
Холецистэктомия	5	15,6%	3	8,6%		1 14,3%
Эхинококкэктомия	6	18,8%	7	20,0%	2	28,6%
Санация брюшной полости	1	3,1%				1 14,3%
Высокотехнологичная категория						
Резекция желудка	3	9,4%	12	34,3%	5	71,4%
Холецистэктомия с дренированием холедоха	2	6,3%				
Наружное дренирование желчных путей	5	15,6%	4	11,4%		
Вскрытие сальниковой сумки, секвестрэктомия	3	9,4%				
Операции при грыже пищеводного отверстия диафрагмы			1	2,9%		
Категория, выполняемая преимущественно в Республиканских центрах						
Реконструктивные операции на желудке	1	3,1%				
			3	8,6%		
Гастрэктомия						
Гемиколэктомия			2	5,7%		
Билиодигестивный анастомоз	1	3,1%	1	2,9%		
Реконструктивно-восстановительные операции на гепатикохоледохе	3	9,4%				
Портосистемное шунтирование			1	2,9%		
Панкреатодуоденальная резекция			1	2,9%		
ИТОГО	32	100%	35	100%	7	100%
			7	100%	7	100%

в большинстве случаев связано с неадекватной санацией и дренированием брюшной полости, недостаточным гемостазом, техническими погрешностями при выполнении операции, высокой вирулентностью инфекции и сниженной реактивностью организма. В наших наблюдениях частота развития этого осложнения среди прочих интраабдоминальных осложнений (перитонит, кровотечение, панкреатит, кишечная непроходимость и др.) составила в группе 1 – 32 пациента (12,7%) после экстренных вмешательств и 35 (9,9%) после плановых операций; в группе 2 – 7 (4,0%) и 7 (15,2%) пациентов соответственно; в группе 3 – 7 (9,1%) пациентов после экстренных операций.

Частота развития этих осложнений в общей структуре первичных операций рассмотрена в группах исследования за равнозначный временной период – с 2000 по 2008 гг. За этот период в РСЦХ выполнено 3979 экстренных и 13957 плановых операций и отмечено 12 случаев развития послеоперационных абсцессов в брюшной полости, которые потребовали повторного вмешательства. Соответственно в структуре всех экстренных первичных вмешательств частота этих осложнений составила 9 случаев (0,23%), а плановых – 3 случая (0,02%). В группе 2 частота абсцессов составила – 7 из 32843 операций (0,02%) после экстренных и 7 из 12564 (0,06%) после плановых операций. В группе 3 – 7 из 20239 (0,03%) после экстренных операций. Наиболее часто абсцессы локализовались в подпеченочном пространстве – 21,4-38,8%, поддиафрагмально справа – 20,9-42,9% и между петлями кишечника – 17,9-28,6% (таблица 2).

В диагностическом плане наиболее информативным было УЗИ, позволяющее не только выявить абсцесс, но и в динамическом плане в совокупности с клинико-лабораторными исследованиями оценивать динамику процесса. Во всех группах абсцессы диагностированы в сроки от 7 до 11 суток после операции, составив в среднем $8,1 \pm 0,7$ суток.

Во всех случаях в группах 2 и 3 проводи-

лось традиционное вскрытие полости абсцесса с санацией, и дренированием полости. В группе 1 проведено 27 традиционных вмешательств и 5 успешных лапароскопических санаций, применяемых с 2006 года. Успешные лапароскопические операции проведены при подпеченочных абсцессах у 3 пациентов после ХЭК и абсцессах в правом поддиафрагмальном пространстве у 2 пациентов (после ХЭК с дренированием холедоха и эхинококкэктомии). Следует отметить, что попытка выполнения лапароскопии была предпринята у 8 пациентов, однако в 3 случаях миниинвазивная санация оказалась невозможной у пациентов с поддиафрагмальными абсцессами после резекции желудка и 1 человека с межкишечными множественными абсцессами после ХЭК с дренированием холедоха. Наличие солитарного очага независимо от локализации при доступности и возможности лапароскопии обуславливает вероятность применения этого малоинвазивного вмешательства при этих осложнениях, при наличии нескольких очагов лапароскопическая санация рискованна в плане адекватности санационных мероприятий. Тампонирование для ограничения осуществлено в 21 (31,3%) случае в группе 1, в 4 (28,6%) случаях в группе 2 и в 2 (28,6%) случаях в группе 3. Оперативное лечение проводилось после неэффективности консервативных мероприятий в сроки $9,4 \pm 1,2$ суток после первичной операции. В структуре послеоперационных осложнений после вскрытия абсцессов наиболее часто развивались бронхолегочные осложнения, составившие 31,3-71,4% и полиорганная недостаточность (ПОН) – 14,3-42,9%.

В структуре причин летальности преобладали бронхолегочные осложнения и ПОН. Так, в группе 1 на фоне бронхолегочных осложнений умерло 4 (6,0%) пациента, на фоне ПОН – 4 (6,0%) человека. В группе 2 – 8 (14,3%) и 1 (7,1%) соответственно. В группе 3 умер 1 (14,3%) пациент на фоне ПОН. Сводная частота летальности по группам исследования приведена на рисунке 1.

Таблица 2

Локализация абсцессов в брюшной полости

Локализация	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Подпеченочно	26	38,8%	3	21,4%	2	28,6%
Внутрипеченочно	11	16,4%	2	14,3%		0,0%
Поддиафрагмально слева	4	6,0%	1	7,1%		0,0%
Поддиафрагмально справа	14	20,9%	5	35,7%	3	42,9%
Межпетлевые абсцессы	12	17,9%	3	21,4%	2	28,6%
Всего	67	100%	14	100%	7	100%

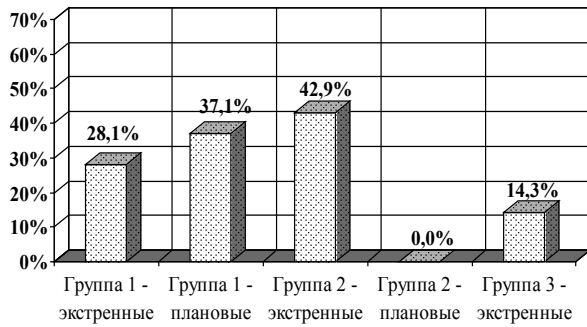


Рис. 1. Сводная частота летальности после повторных вмешательств по поводу абсцессов в брюшной полости

Из приведенных данных обращает на себя внимание отсутствие летальности в группе 2 после первичных плановых операций и низкая частота летальности в группе 3. Анализируя истории болезни мы предприняли попытку оценить тяжесть состояния пациентов на момент повторной операции по значению синдрома системной воспалительной реакции (ССВР-SIRS). Как оказалось, в группах 2 и 3 50-57,1% пациентов были без значительных проявлений системного воспалительного процесса, тогда как в группе 1 в большинстве случаев выявлено наличие 3 или 4 критериев по системе SIRS (таблица 3). Летальность при различных значениях ССВР приведена на рисунке 2.

Учитывая эти обстоятельства, тактический алгоритм ведения этой категории пациентов можно основывать на выраженности ССВР (рис. 3). Попытки консервативного разрешения ограниченных гнойных образований в брюшной полости должны проводиться только до развития средней степени ССВР (наличие 3 критериев по SIRS). То есть при наличии 1-2 критериев возможна попытка консервативного лечения с включением комбинаций антибактериальных препаратов широкого спектра действия, иммуностимулирующей терапии, так как одним из факторов развития этих осложнений является снижение реактивности организма, коррекции других нарушений. Обязательно выполнение динамического УЗИ для оценки эффективности проводимого лече-

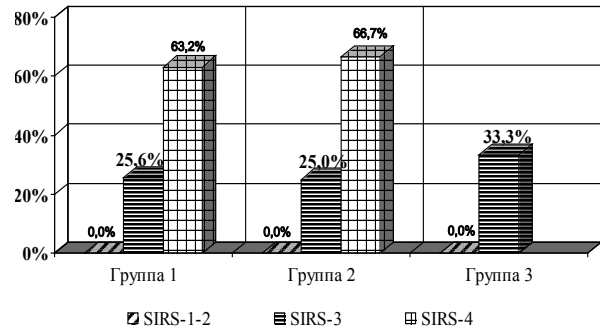


Рис. 2. Летальность в зависимости от значения синдрома системной воспалительной реакции (SIRS)

ния по размерам очага. При положительном эффекте консервативные мероприятия проводятся до разрешения проблемы.

При неэффективности консервативных мероприятий или при наличии 3-4 критериев по SIRS рекомендуется выполнить повторное вмешательство для санации патологического очага. При этом особое значение как минимально инвазивного вмешательства мы отводим лапароскопии. Конечно, случаи использования лечебной лапароскопии ограничены целым рядом факторов, однако ее практическая эффективность и миниинвазивность делают этот вид вмешательства операций выбора, особенно для пациентов с выраженным проявлением ССВР. При наличии доступного для лапароскопии солитарного очага выполняется лапароскопическая санация с дренированием. В случаях, когда лапароскопия невозможна или имеется несколько очагов в брюшной полости, следует проводить релапаротомию с адекватной санацией, дренированием и при необходимости тампонированием ложа абсцесса.

Интраоперационно обязательно проводится забор содержимого абсцесса для проведения бактериологического анализа и выявления чувствительности высеванных микроорганизмов к различным группам антибиотиков. Из особенностей дренирования следует отметить возможность сквозного промывания полости абсцесса, для чего в ложе абсцесса подводится либо двухпросветный дренаж, либо два дренажа с контрлатеральных сторон.

Таблица 2

Распределение пациентов с послеоперационными абсцессами в брюшной полости по значению синдрома системной воспалительной реакции (SIRS)

Показатель	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
SIRS 1-2	9	13,4%	7	50,0%	4	57,1%
SIRS 3	39	58,2%	4	28,6%	3	42,9%
SIRS 4	19	28,4%	3	21,4%		0,0%

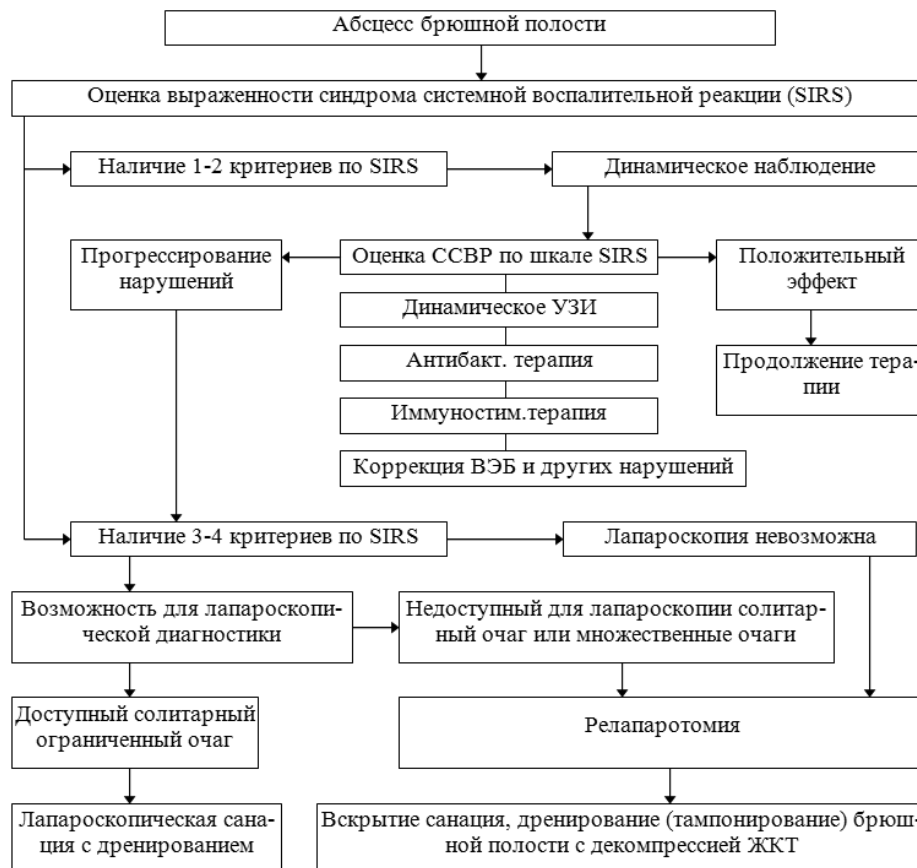


Рис. 3. Алгоритм выбора тактики хирургического лечения послеоперационных абсцессов брюшной полости

Выводы

1. В структуре всех интраабдоминальных осложнений на долю развития ограниченных гнойных образований приходится 4,0-12,7% случаев после экстренных вмешательств и 9,9-15,2% после плановых операций, а основной причиной является неадекватная санация и дренирование брюшной полости, недостаточный гемостаз и технические погрешности при выполнении первичной операции.

2. В подавляющем большинстве случаев выбор тактики лечения пациентов с послеоперационными интраабдоминальными осложнениями осуществляется эмпирически, при этом наиболее оптимальным вариантом стандартизации протоколов ведения этой категории пациентов является применение прогностических интегральных шкал, совокупность результатов которых позволяет адекватно оценить риск повторного оперативного вмешательства и соответственно оптимизировать выбор тактики лечения.

3. В зависимости от тяжести проявлений синдрома системной воспалительной реакции (SIRS), частота летальности после повторных вмешательств по поводу этих осложнений мо-

жет достигать 25,6-33,3% при SIRS средней степени и 63,2-66,7% при SIRS тяжелой степени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусейнов С. А. Диагностика и лечение послеоперационных абсцессов брюшной полости, вызванных неклостридиальной анаэробной инфекцией / С. А. Гусейнов // *Анналы хирургии*. – 1999. – № 4. – С. 78–80.
2. Частота и диагностика внутрибрюшных абсцессов в раннем послеоперационном периоде / Л. Г. Заверный [и др.] // *Вестн. хирургии*. – 1993. – № 4. – С. 123–126.
3. An update in the treatment of intra-abdominal abscesses / G. Vadala [et al.] // *Minerva Chir.* – 1999. – Vol. 54, N 4. – P. 245–250.
4. Жебровский В. В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости : практ. рук. / В. В. Жебровский. – Симферополь : КГМУ, 2000. – 688 с.
5. Bufalari A. Postoperative intraabdominal abscesses: percutaneous versus surgical treatment / A. Bufalari, G. Giustozzi, L. Moggi // *Acta Chir. Belg.* – 1996. – Vol. 96, N 5. – P. 197–200.
6. Factors affecting the successful management of intraabdominal abscesses with antibiotics and the need for percutaneous drainage / R. R. Kumar [et al.] // *Dis. Colon. Rectum.* – 2006. – Feb. – Vol. 49, N 2. – P. 183–189.

7. Повторное чревосечение после экстренных операций / Г. М. Соловьев [и др.] // *Анналы хирургии*. – 1999. – № 6. – С. 109–111.
8. Зюбрицкий Н. М. Об осложнениях послеоперационных внутрибрюшных абсцессов / Н. М. Зюбрицкий, А. М. Семко // *Клин. хирургия*. – 1986. – № 1. – С. 18–20.
9. Григорян Р. А. Релапаротомия в хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки / Р. А. Григорян. – М.: МИА, 2005. – 400 с.
10. Кок К. У. Laparoscopic drainage of postoperative complicated intra-abdominal abscesses / К. У. Кок, S. K. Yapp // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech*. – 2000. – Vol. 10, N 5. – P. 311–313.
11. Men S. Percutaneous drainage of abdominal abscess / S. Men, O. Akhan, M. Koroglu // *Eur. J. Radiol*. – 2002. – Vol. 43, N 3. – P. 204–218.
12. Saleem M. Ultrasound guided percutaneous drainage of abdominal abscesses / M. Saleem, N. Ahmad, I. Ahsan // *J. Pak. Med. Assoc.* – 2000. – Vol. 50, N 2. – P. 50–53.

Адрес для корреспонденции

100115, Республика Узбекистан,
г. Ташкент, ул. Фархадская, д. 10,
Республиканский специализированный
центр хирургии им. акад. В.Вахидова,
отделение хирургии портальной
гипертензии и панкреатодуоденальной зоны,
тел.: +99890-175-17-03,
e-mail: azam746@mail.ru,
Бабаджанов Азам Хасанович

Сведения об авторах

Назыров Ф.Г., д.м.н., профессор, директор Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В.Вахидова.
Девятов А.В., д.м.н., профессор, главный научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В.Вахидова.
Ходжиев Д.Ш., к.м.н., министр здравоохранения

Республики Каракалпакстан.
Бабаджанов А.Х., к.м.н., старший научный сотрудник отделения хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны Республиканского специализированного центра хирургии имени академика В.Вахидова.
Садыков Р.Ю., врач-ординатор отделения хирургии Каракалпакского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Поступила 3.04.2012 г.