

К.Н. БАРСУКОВ<sup>1</sup>, Г.П. РЫЧАГОВ<sup>2</sup>

## АБСЦЕССЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК ПРИЧИНА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИТОНИТА

УЗ «Костюковичская ЦРБ»<sup>1</sup>,

УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>2</sup>,

Республика Беларусь

**Цель.** Изучить закономерности возникновения внутрибрюшных абсцессов, особенности диагностики и тактики лечения.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения более 40000 пациентов в 2003-2008 гг. в 5 различных больницах. Выявлено 104 случая развития послеоперационных абсцессов.

**Результаты.** Абсцессы брюшной полости в 28,5% являются причиной релапаротомии, в 82% возникают после экстренных операций. В 68,2% диагноз выставлялся на 6-9 сутки. Для ликвидации осложнения в 70% пациенту выполнена одна релапаротомия, в 18% – две, в 7,6% – три, в 5% – четыре. В 36 (35%) случаях релапаротомия выполнена из доступа непосредственно над очагом и в 68 (65%) – из срединного доступа. В 68% микрофлора была представлена аэробно-анаэробными ассоциациями, и в 24% – анаэробной моноинфекцией. Летальный исход наблюдался в 17 (16,3%) случаях.

**Заключение.** Своевременная диагностика послеоперационных абсцессов остается трудной и не всегда разрешимой задачей. Наиболее частой нозологией, при которой развиваются абсцессы, являются закрытая травма живота – 5,9%, осложненный рак толстого кишечника – 2,8%, острый панкреатит – 2,3%.

*Ключевые слова:* внутрибрюшные абсцессы, релапаротомия, послеоперационный перитонит

**Objectives.** To study the regularities of intra-abdominal abscesses, peculiarities of their diagnostic and treatment strategies.

**Methods.** The retrospective analysis of the treatment results of more than 40000 patients during the period of 2003-2008 in 5 different hospitals was carried out. 104 cases of the postoperative abscesses development were revealed.

**Results.** Abscesses of the abdominal cavity in 28,5% are the cause of relaparotomy, in 82% they occur after an urgent surgery. In 68,2% they are diagnosed on the 6-9 days. To eliminate complications in 70% a patient underwent one relaparotomy; in 18% – two relaparotomies; in 7,6% – three; in 5% – four. In 36 (35%) cases relaparotomy was performed from the access directly over the focus and in 68 (65%) – from the median access. In 68 (65%) microflora was represented by aerobic-anaerobic associations; in 24% – by anaerobic mono-infection. The lethal outcome was registered in 17 (16,3%) cases.

**Conclusions.** Timely diagnostics of postoperative abscesses still remains rather problematic and not always a soluble problem. The most frequent nosology at which abscesses develop is a closed abdominal trauma – 5,9%, a complicated colon cancer – 2,8%, acute pancreatitis – 2,3%.

*Keywords:* intraabdominal abscesses, relaparotomy, postoperative peritonitis

### Введение

С развитием медицины, совершенствованием оперативной техники, появлением новых методов диагностики растет качество оказания медицинской помощи вообще и пациентам с хирургической патологией в частности. Тем не менее, избежать послеоперационных осложнений удается не всегда [1, 2, 3]. Внутрибрюшные абсцессы остаются подводным камнем на пути пациентов к выздоровлению и камнем на душе у хирурга, утяжеляя течение, а иногда и определяя исход заболевания. О значимости проблемы свидетельствует то, что интраабдоминаль-

ные абсцессы осложняют течение послеоперационного периода при любых внутрибрюшных операциях и составляют около 20% в структуре осложнений оперативных вмешательств, требующих релапаротомии [1, 2, 3, 4, 5, 6].

**Цель исследования:** изучить закономерности возникновения внутрибрюшных абсцессов после хирургических вмешательств, особенности диагностики и тактики лечения.

### Материал и методы

Работа основана на ретроспективном анализе результатов лечения более 40000 пациен-

Таблица 1

**Частота развития абсцессов в зависимости от нозологической формы**

Заболевание	Количество операций	Количество пациентов	%
Травма органов брюшной полости	287	17	5,9
Осложненный рак толстого кишечника	425	12	2,8
Острый панкреатит	586	13	2,3
Язвенная болезнь, осложненная кровотечением	313	4	1,3
Острая кишечная непроходимость	672	8	1,2
Язвенная болезнь, осложненная стенозом и пенетрацией	335	2	0,6
Острый аппендицит	10487	30	0,3
Язвенная болезнь, осложненная прободением	736	3	0,4
Холецистэктомия	6876	14	0,2
Проникающее ножевое ранение	573	1	0,2
Всего	21290	104	0,5

тов, оперированных на органах брюшной полости в экстренном и плановом порядке в 2003 – 2008 гг. Исследование проводилось на базе районной больницы Минской области, двух клинических больниц города Минска и двух областных больниц, всего в 5 лечебных учреждениях. За указанный период релапаротомия выполнялась 365 пациентам. Всего выполнено 430 релапаротомий. В среднем выполнено 1,2 релапаротомии при расчете на одного пациента.

Абсцессы брюшной полости как послеоперационное осложнение встретились в 104 случаях, что составило 0,26% оперированных, и 28,5% от всех осложнений, потребовавших выполнения релапаротомии.

Из работы исключены случаи, когда локальное скопление гноя удавалось окончательно ликвидировать пункцией под УЗИ контролем. Между тем, среди 104 пациентов, участвовавших в нашем исследовании, у 17,3% была произведена попытка чрескожного дренирования, которая была не эффективна, и не позволила избежать релапаротомии.

По возрасту пациенты распределились следующим образом: до 40 лет – 22 (20,8%), 41 – 50 лет – 61 (58,4%), 51 – 60 лет – 14 (13,5%), и старше 60 лет – 7 (6,4%). Лиц женского пола – 40 (38,2%), мужского – 64 (61,8%).

При проведении анализа учитывались данные клинического обследования, лабораторных, микробиологических, инструментальных исследований, а также характер и результаты проведенного консервативного и оперативного лечения.

**Результаты и обсуждение**

В результате проведенного исследования

было установлено, что основной причиной релапаротомии являлся послеоперационный перитонит – 48% (177) случаев. Абсцессы брюшной полости составили немногим менее 60% от всех случаев развития послеоперационного перитонита. Основные нозологические формы, послеоперационное течение при которых, осложнялось развитием абсцессов, представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы 1, абсцессы брюшной полости наиболее часто развивались после операций по поводу закрытой травмы живота – 5,9%, осложненного рака толстого кишечника – 2,8%, острого панкреатита – 2,3%, язвенной болезни, осложненной кровотечением – 1,3%, острой кишечной непроходимости – 1,2%.

В то же время, рассматривая структуру нозологий, при которых развивались послеоперационные абсцессы брюшной полости, возникает иная зависимость, которая представлена в таблице 2.

Как видно из таблицы 2, практическому хирургу чаще приходится иметь дело с абсцессами после аппендэктомии (28,9%), травмы органов брюшной полости (16,3%), холецистэктомии (13,5%), что обусловлено количеством операций, выполняемых по поводу этих нозологий.

В 86 (82%) случаях первичная операция выполнена в экстренном порядке и только в 18 (14%) – в плановом. Абсцессы брюшной полости обнаруживались с 5 по 54-е сутки послеоперационного периода (рис. 1). В 68,2% (71 случай) диагноз абсцесса брюшной полости выставлялся на 6 – 9 сутки.

Изучая закономерности локализации абсцессов, прослеживается четкая зависимость между зоной первичной операции и зоной последующего формирования абсцесса. Так если



**Рис.1. Распределение выявления абсцессов в зависимости от суток послеоперационного периода**



**Рис. 2. Частота возникновения абсцессов разных локализаций**

первичная операция выполнялась по поводу аппендицита, более 90% абсцессов были межкишечными, в правой подвздошной области. При закрытой травме живота все абсцессы формировались после ранения полых органов и в 100% случаев были межкишечными. После холецистэктомии в 60% случаев абсцессы были расположены в подпеченочном пространстве, в межпетлевом – 25%, в малом тазу – 15%. После операций по поводу панкреатита 45% абсцессов локализовались в сальниковой сумке, 28% – в межпетлевом пространстве, 13% – в поддиафрагмальном справа, и по 7% – в малом тазу и подпеченочном пространстве. При раке толстого кишечника абсцессы с равной вероятностью располагались в поддиафрагмальном, правом подпеченочном, межпетлевом пространствах – по 30%. Частота локализации абсцессов представлена на рисунке 2.

Как показано на рисунке 2, наиболее часто встречались межпетлевые абсцессы – 34 (33%), поддиафрагмальные справа – 16 (15,1%), подпеченочные – 14 (13,5%), множественные абс-

цессы, более чем одной локализации встретились в 14 (13,5%), сальниковой сумки – 12 (11,5%), малого таза – 9 (8,9%), поддиафрагмальные слева – 5 (4,8%).

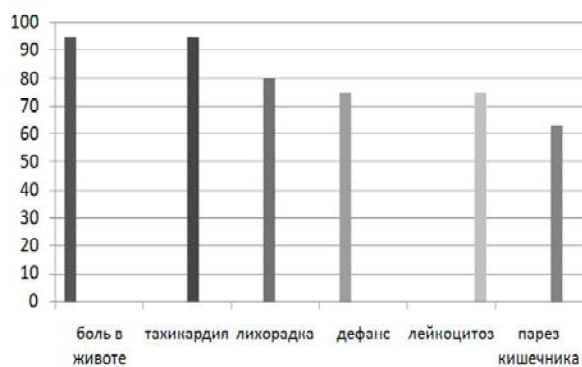
Причиной возникновения абсцессов является вновь образованный или недостаточно санированный инфекционный очаг в брюшной полости. Так основной причиной возникновения абсцессов можно считать недостаточную санацию и дренирование брюшной полости, которая послужила причиной формирования абсцессов в 47% случаев. Такой вывод можно сделать, основываясь на том, что во время релапаротомии не было обнаружено новых источников инфицирования брюшной полости, которые могли бы привести к формированию абсцессов. Также имеет значение несостоятельность швов полых органов и анастомозов, которая послужила причиной формирования абсцессов в 31% случаев, и продолжающееся желче- или кровоистечение, организующееся в абсцесс в 22% случаев.

Диагноз абсцесса брюшной полости основывался на клинических данных, данных лабо-

Таблица 2

**Структура нозологий, приводящих к развитию послеоперационных абсцессов**

Заблевание	Количество пациентов	%
Острый аппендицит	30	28,9
Травма органов брюшной полости	17	16,3
Холецистэктомия	14	13,5
Острый панкреатит	13	12,5
Осложненный рак толстого кишечника	12	11,5
Острая кишечная непроходимость	8	7,7
Язвенная болезнь, осложненная кровотечением	4	3,8
Язвенная болезнь, осложненная прободением	3	2,9
Язвенная болезнь, осложненная стенозом и пенетрацией	2	1,9
Проникающее ножевое ранение	1	0,9
Всего	104	100



**Рис. 3. Клинические проявления абсцессов брюшной полости**

ракторных методов исследования, УЗИ органов брюшной полости и рентгенологических методах исследования и в тяжелых случаях КТ. Практически всегда клинические проявления абсцессов складывались из перитонеальных симптомов, синдрома интоксикации, паралитической кишечной непроходимости. Так вновь развивающаяся боль в животе была изменены у 95% пациентов, напряжение мышц передней брюшной стенки – у 75%, фебрильная лихорадка – у 80%, тахикардия – у 95%, признаки паралитической кишечной непроходимости – 63% (рис. 7). Из лабораторных методов исследования имели значение определение уровня лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов. У 75% пациентов лейкоцитоз сохранялся на протяжении всего послеоперационного периода вплоть до релапаротомии. У 25% пациентов уровень лейкоцитов возвращался к норме на 7-9 сутки, но дальнейшее течение послеоперационного периода протекало с нарастанием уровня лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов.

Оценивая данные инструментальных методов исследования, а именно обзорных рентгенограмм органов брюшной полости, можно прийти к выводу, что специфических признаков абсцессов брюшной полости не существует. Заподозрить абсцесс брюшной полости позволяют наличие признаков паралитической кишечной непроходимости, газа в зоне абсцедирования на рентгенограмме, который выявляется не более чем в 20% случаев.

Релапаротомии производились в срок от 1 до 54 суток от момента операции, среднее время между первичной операцией и релапаротомией составило 12 суток. В 71 (70%) пациенту выполнена одна релапаротомия, в 19 (18%) – две, в 8 (7,6%) – три, и в 6 (5%) – более трех релапаротомий. В 18 (17,3%) производились по-

пытки дренирования абсцессов под УЗИ контролем, что, однако, не привело к желаемому результату – излечению. Это было связано с неадекватностью дренирования, наличием нескольких полостей абсцесса, массивных секвестров в гнойной полости.

В 36 (35%) случаях релапаротомия выполнена из лапаротомного доступа непосредственно над очагом и в 68(65%) случаев – из срединного доступа. Выбор доступа к абсцессу диктовали конкретные клинические условия. Показаниями к срединной лапаротомии были: множественные абсцессы, межкишечные абсцессы, абсцессы сальниковой сумки, невозможность точно локализовать гнойник или источник инфицирования, ранний послеоперационный период. Соответственно, показаниями к лапаротомии над очагом были: точно локализованный единичный абсцесс, поддиафрагмальный или тазовый абсцесс, поздний послеоперационный период. Оба варианта имеют свои преимущества при взвешенной тактике. Лапаротомия в проекции абсцесса может быть правильным решением, если существует уверенность, что мы имеем дело с единичным абсцессом, доступ к которому может быть осуществлен из разреза над очагом, который в то же время окажется достаточным для полноценной ревизии и адекватного дренирования в послеоперационном периоде. При соблюдении названных условий, выбирая этот метод, мы сокращаем время операции и уменьшаем риск обсеменения интактных участков брюшины. В действительности, ситуации, удовлетворяющие перечисленным критериям, встречаются не часто, и надежнее прибегнуть к срединной лапаротомии, которая позволяет полноценно ревизировать органы брюшной полости, вскрыть «карманы» и «затетки» при их наличии, обеспечивает возможность адекватно ликвидировать и контролировать источник инфицирования, создает условия для санации и дренирования.

Средняя длительность лечения абсцессов составила 30 дней. После адекватного дренирования температура нормализовалась на 3-5 сутки у 90% оперированных.

Во всех случаях дренирования абсцесса изучалась микрофлора содержимого абсцесса. Микрофлора различалась в зависимости от причины первичной операции, зоны вмешательства, и не зависела от локализации самого абсцесса. В 68% случаев флора была представлена аэробно-анаэробными ассоциациями, и в 24% случа-

ев – анаэробной моноинфекцией. В 8% посев роста не дал, либо был получен эпидермальный стафилококк. Чаще всего встречались комбинации энтеробактерий с облигатными анаэробами. Другие стафилококки либо стрептококки встречались с частотой чуть менее 20% - 20 (19,4%). Энтеробактерии высевались практически в 70% случаев (73), псевдомонады – в 14,5% (15). Из анаэробов преобладала *V. fragillis*.

В тех случаях, когда проводились повторные посеы микрофлоры из полости абсцесса после дренирования, характер микрофлоры значительно менялся. Исчезали анаэробные бактерии, а их место занимали ассоциации аэробов – энтеробактерии высевались в 80% случаев, стафилококки – 40%, энтерококки – 30%. Это связано с элиминацией анаэробных возбудителей под действием кислорода с одной стороны и дополнительной контаминацией полости абсцесса экзогенной микрофлорой в процессе вскрытия, дренирования и послеоперационного периода.

Всем пациентам проводилась антибактериальная терапия: вначале эмпирическая, а затем при необходимости – целенаправленная, согласно результатам посева.

При анализе чувствительности микрофлоры к антибиотикам выявлена следующая закономерность: несмотря на то, что всем пациентам проводилась практически одинаковая эмпирическая терапия (цефалоспорины I – II поколения, аминогликозиды I – II поколения, метронидазол или ципрофлоксацин), в 69% случаев, микрофлора обнаруженная в абсцессах брюшной полости, была чувствительна к проводимой антибиотикотерапии, что не помешало развитию осложнения.

Летальный исход наблюдался в 17 случаях, что составило 16,3% оперированных, у которых развились послеоперационные абсцессы брюшной полости. Общая послеоперационная летальность по данному осложнению составила 0,08%. Летальность после одной релапаротомии составила 9,8% (7 пациентов), после двух релапаротомий 31,6% (6 пациентов) и после трех релапаротомий 50% (4 пациента). Во всех случаях летальный исход наблюдался после экстренных операций. Мужчин было 11 (64,7%), женщин 6 (35,3%), что соответствует половому разделению группы с данным осложнением. Лица моложе 60 лет составили 70,6% (12 пациентов), старше 60-29,4% (5 пациентов). Таким образом, имеется явная зависимость вероятности леталь-

ного исхода от возраста, так из 7 человек, у которых послеоперационный период осложнился формированием абсцесса, у 5 наблюдался неблагоприятный исход. Из 17 летальных случаев 7 (41,2%) первично оперированы по поводу осложнений рака толстого кишечника, 4 (23,5%) по поводу деструктивного панкреатита, 3 (17,6%) по поводу язвы осложненной кровотечением, 2 (11,8%) язвы осложненной стенозом, и один пациент (5,9%) оперированный по поводу закрытой травмы живота.

## Выводы

1. Диагностика послеоперационных абсцессов брюшной полости вызывает затруднения, несмотря на расширяющийся арсенал диагностических методов. Использование антибиотиков, анальгетиков и других современных методов интенсивной терапии стирает клиническую симптоматику и затрудняет раннюю диагностику гнойников.

2. Чаще всего послеоперационные абсцессы возникают после экстренных операций 82%. Наиболее часто абсцессы развиваются после операций по поводу тупой травмы живота – 5,9%, осложненного рака толстого кишечника – 2,8%, острого панкреатита – 2,3%. Среди пациентов с абсцессами брюшной полости основную долю составляют оперированные, которым выполнялись аппендэктомия (28,9%), вмешательства по поводу травмы органов брюшной полости (16,3%) и холецистэктомия (13,5%).

3. При лечении абсцессов выполнение срединной лапаротомии позволяет полноценно ревизировать органы брюшной полости, обеспечивает возможность ликвидировать источник инфицирования, создает условия для санации и дренирования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Зубков, М. Н. Современные аспекты антимикробной терапии смешанных анаэробно-аэробных инфекций в абдоминальной хирургии / М. Н. Зубков // Фарматека. Хирургия. – 2010. – №16 (111). – С. 9-14.
2. Кригер, А. Г. Диагностика и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений / А. Г. Кригер, Б. К. Шуркалин, П. С. Глушков // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. – 2003. – № 8. – С. 21-27.
3. Динамика инфекционного процесса при интраабдоминальных абсцессах у больных с перитонитом / А. В. Леванов [и др.] // Медицина в Кузбассе. – 2005. – № 3. – С. 49-51.

4. Карасева, О. В. Лапароскопические операции при абсцедирующих формах аппендикулярного перитонита у детей / О. В. Карасева, В. А. Капустин, А. В. Брянцев // Дет. хирургия. – 2007. – № 3. – С. 23-27.
5. Гельфанд, Б. Р. Антибактериальная терапия хирургической абдоминальной инфекции и абдоминального сепсиса / Б. Р. Гельфанд, В. А. Гологорский, С. З. Бурневич // Consilium medicum. – 2000. – Т. 2, № 9. – С. 36-44.
6. McCann, J. W. Image-guided drainage of multiple intraabdominal abscesses in children with perforated appendicitis: an alternative to laparotomy / J. W. McCann, S. Maroo // Pediatr. Radiol. – 2008. – N 38. – P. 661-668.

#### **Адрес для корреспонденции**

213640, Республика Беларусь,  
Могилевская область, г. Костюковичи,  
ул. Юношеская, 111,  
УЗ «Костюковичская ЦРБ»,  
хирургическое отделение,  
тел. раб.: +375 224 52-37-40,  
тел. моб.: +375 29 166-61-60,  
e-mail: kirylbarsukou@mail.ru, needcare@mail.ru  
Барсуков К. Н.

*Поступила 10.05.2011 г.*

---

## **ГЛУБОКОУВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!**

**с 24-25 ноября 2011 года**

**в г. Москве планируется проведение Четвертого съезда амбулаторных хирургов  
Российской Федерации**

**Место проведения:** в конференц-залах ВНИИАЗ Газпром, по адресу: Московская обл., Ленинский р-н, пос. Развилка

#### **Научная программа съезда:**

- Организация и совершенствование хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.
- Организационные формы стационарозамещающих технологий хирургической помощи на современном этапе.

- Диагностика и лечение хирургических заболеваний в амбулаторных условиях.
- Диагностические и лечебные стандарты в амбулаторной хирургии.

#### **В ходе съезда будут проведены секционные заседания:**

- Организация амбулаторной хирургической помощи.
- Ангиология и сосудистая хирургия
- Амбулаторная анестезиология.
- Хирургическая инфекция в амбулаторных условиях.
- Амбулаторная герниология.
- Урологические и гинекологические заболевания в амбулаторной практике.
- Реконструктивная, пластическая хирургия. Микрохирургия.
- Эндоскопические методы диагностики и лечения в амбулаторной хирургии.
- Общие вопросы (детская хирургия, травматология и ортопедия, термические поражения, эндокринная хирургия).

**Организатор:** Консалтинговый центр «Балтика-XXI»

**Контактные данные организатора:** (812) 329-71-47, (812) 292-32-43,

**Тел/факс:** (812) 292-34-62,

**e-mail:** ambsurgery@mail.ru

**Контактное лицо:** Безуглый Андрей Валентинович, моб. тел. 89013018109

**Web:** <http://uzrf.ru>