

А.А. Маркович

КУ «Сакское территориальное-
медицинское объединение»,
АР Крым, г. Саки.

© А.А. Маркович

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Резюме. В работе представлен опыт лечения 42 больных с послеоперационными внутрибрюшными инфильтратами. Комплексное лечение с применением предложенной методики внутритканевого ионофореза и электромагнитного излучения СВЧ-диапазона улучшает результаты лечения больных с инфильтратами, что приводит к уменьшению частоты абсцедирования послеоперационных инфильтратов брюшной полости с 34,2 до 17,5 %.

Ключевые слова: *послеоперационный инфильтрат брюшной полости; внутритканевой ионофорез, СВЧ-облучение.*

Введение

Профилактика гнойно-воспалительных заболеваний и послеоперационных осложнений, а также их комплексное лечение является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Число гнойно-воспалительных заболеваний и осложнений, составляющих от 4,3 до 29,6 %, не имеет тенденции к снижению, особенно у лиц трудоспособного возраста, что обуславливает высокую социальную значимость проблемы [1, 4, 6, 8, 9].

Любое гнойно-воспалительное заболевание брюшной полости чревато возникновением абсцессов и инфильтратов брюшной полости. Абсцессы брюшной полости встречаются у 1–2 % всех оперированных больных и сопровождаются летальностью 13–17 % [1, 3, 4, 5, 6, 9]. Отдельных публикаций посвященных проблеме инфильтратов брюшной полости, несмотря на скрупулезный анализ литературы, нами не выявлено.

Целью нашего исследования было улучшение результатов комплексного лечения послеоперационных внутрибрюшных инфильтратов путем включения в комплексную терапию внутритканевого ионофореза и электромагнитного излучения СВЧ-диапазона согласно предложенной методике.

Материалы и методы исследования

В работе представлен опыт лечения 42 больных с послеоперационными внутрибрюшными инфильтратами, находившихся на лечении в хирургическом отделении КУ «Сакское ТМО» за период с 2005–2011 г. Возраст больных от 21 до 84 лет. Предшествующие оперативные вмешательства: аппендэктомия – 11 больных (26,1 %), лапароскопическая холецистэктомия – 4 больных (9,5 %), традиционная холецистэктомия – 6 больных (14,2 %), гемиколэктомия – 4 больных (9,5 %), рассечение спаек – 3 больных (7,1 %), лапаротомия при проникающих ранениях брюшной полости –

3 больных (7,1 %), резекция желудка – 1 больной (2,3 %), резекция тонкого кишечника – 3 больных (7,1 %), гинекологические операции – 6 больных (14,2 %). Больным с послеоперационными инфильтратами брюшной полости, на фоне стандартно назначаемой терапии, использовали методику внутритканевого ионофореза с добавлением 90 мг гидрокортизона и 1,5 г цефтриаксона. Перед сеансом внутритканевого ионофореза проводилось локальное облучение зоны послеоперационного инфильтрата брюшной полости при помощи аппарата ЛУЧ СМВ–3 с частотой 2,45 ГГц в течение 15–20 минут с $T 38,5 \pm 1^\circ\text{C}$.

Результаты исследований и их обсуждение

Диагностика послеоперационного инфильтрата брюшной полости в послеоперационном периоде может представлять большую трудность вследствие следующих причин: применения анальгетиков для купирования болевого синдрома, «смазывания» клинической картины массивной инфузионной и антибактериальной терапией (уменьшение выраженности перитонеальных симптомов, лихорадки, лейкоцитоза) [1, 5, 6, 8]. Клиническая симптоматика заболевания нечеткая: обычно небольшое повышение температуры, боль в животе – соответственно локализации инфильтрата, паралитическая кишечная непроходимость, местное напряжение мышц передней брюшной стенки, отсутствие аппетита, слабость, тошнота [1, 5, 8]. Как правило, интенсивность симптомов связана с размерами инфильтрата, его локализацией, органами и тканями, участвующими в его образовании, а так же естественно с интенсивностью проводимого лечения. Напряжение мышц и боль обычно более выражены при инфильтратах, расположенных близко к передней брюшной стенке; поддиафрагмальные инфильтраты практически всегда сопровождаются менее выраженной местной симптоматикой. В крови можно выявить лейкоцитоз со сдвигом фор-



мулы влево. Контрастное исследование желудочно-кишечного тракта может выявить отеснение кишечника или желудка воспалительным послеоперационным инфильтратом [4–6]. Основным в диагностике послеоперационного инфильтрата брюшной полости являются данные анамнеза (перенесенное оперативное вмешательство) и наличие пальпируемого инфильтрата брюшной полости. При пальпаторном исследовании инфильтрата выявляется его локализация, размеры, подвижность, консистенция, болезненность при пальпации. Внедрение ультразвукового исследования и компьютерной томографии брюшной полости позволило расширить диагностику послеоперационного инфильтрата брюшной полости [6, 8, 9].

Анализируя данные литературы с 2000 года мы не выявили единства взглядов на лечение инфильтратов брюшной полости, что и явилось причиной исследования. Различными авторами предлагались разные методы лечения инфильтратов брюшной полости – мазовые компрессы, физиотерапия (УВЧ, электрофорез), антибиотикотерапия (антибиотики широкого спектра действия), использование нестероидных противовоспалительных препаратов, компрессы с димексидом. В дальнейшем, с развитием определения «инфильтрат» стали использовать методику А.В.Алексеевко, в отдельных случаях гормоны [2, 8].

В Большой медицинской энциклопедии понятие инфильтрат брюшной полости не определено. Есть общее понятие инфильтрата – «скопление клеточных элементов в тканях и органах носит название инфильтрата; в образовании последнего при воспалении наряду с форменными элементами принимает участие выходящая из сосудов кровяная плазма и лимфа».

На мой взгляд инфильтрат брюшной полости представляет собой патологический конгломерат воспалительно измененных, спаянных между собой органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного, поврежденного органа или ткани (желчного пузыря, червеобразного отростка, дивертикула, поджелудочной железы), инородного тела. Биологический смысл инфильтрата состоит в предотвращении распространения воздействующего фактора, отграничении его от других отделов брюшной полости, инкапсуляции очагов некроза, инородных тел. Если степень повреждения тканей, количество и вирулентность проникших в рану микроорганизмов настолько велики, что организм не в состоянии самостоятельно и с помощью консервативного лечения локализовать и подавить инфекцию в самом начале, то происходит нагноение инфильтрата и развивается абсцесс.

Анализируя наш материал (больные находившиеся на стационарном лечении в хирур-

гическом отделении КУ «Сакское ТМО» за период 2000–2011 гг.) мы выявили 88 больных с инфильтратами брюшной полости. Из них 42 больных с послеоперационными инфильтратами брюшной полости,

Всем больным проводили стандартное лечение включающее – в/в инфузию глюкозосолевых растворов, препаратов улучшающих микроциркуляцию – Реосорбилакт, Латрен, Трентал; в/в введение антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспорины 3–4 поколений + аминогликозиды или фторхинолоны + аминогликозиды), нестероидные противовоспалительные препараты (Диклоберл, Мовалис), гепатопротекторы (тиотриазолин), анальгетики, пробиотики.

Больным с послеоперационными инфильтратами брюшной полости на фоне стандартно назначаемой терапии использовали методику внутритканевого ионофореза с добавлением 90 мг гидрокортизона и 1,5 г цефтриаксона. Совместное применение электрофореза, антибиотика и гормонального препарата позволяет взаимно усилить действие каждого фактора в отдельности. Гидрокортизон тормозит воспалительную реакцию, электрофорез позволяет накапливать антибиотик широкого спектра действия в патологическом очаге, повышая. Перед сеансом внутритканевого ионофореза проводилось локальное облучение зоны послеоперационного инфильтрата брюшной полости при помощи аппарата ЛУЧ СМВ–3 с частотой 2,45 ГГц в течение 15–20 минут сТ 38,5± 1°С. Согласно данным литературы СВЧ–облучение улучшает микроциркуляцию в данной области, затем проводили внутритканевой ионофорез с антибиотиком и гормональным препаратом, что позволяет максимально воздействовать на инфильтрат [7]. Вышеуказанную методику применяли с момента выявления инфильтрата и проводили ежедневно в течение 10–14 суток, прекращали при рассасывании инфильтрата, по мере стабилизации состояния пациентов и стихания воспалительных явлений. При выявлении абсцедирования инфильтрата к комплексу проводимого консервативного лечения добавляли оперативное.

В динамике исследования клинического анализа крови отмечено достоверное снижение уровня лейкоцитоза уже к 5–7 суткам исследования (табл.). Нормализацию лейкоцитарной формулы наблюдали уже к 10–12 суткам о начала лечения.

Для оценки степени эндогенной интоксикации и контроля за динамикой воспалительного процесса использовали подсчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по формуле Я.Я. Кальф-Калифа:

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4\text{Мц} + 3\text{Ю} + 2\text{П} + \text{С}) \times (\text{ПлК} + 1)}{(\text{Мон} + \text{Лимф}) \times (\text{Эоз} + 1)}$$

где: Мц – миелоциты; ПлК – плазматические клетки; Ю – юные; Мон – моноциты; Пя – палочкоядерные; Лимф – лимфоциты; Ся – сегментоядерные; Эоз – эозинофилы.

Таблица
Данные клинических лабораторных исследований крови у больных с послеоперационными инфильтратами брюшной полости

Показатели	Сроки		
	1 сутки	5 сутки	10 сутки
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	17,9 \pm 2,84	12,3 \pm 1,86	8,5 \pm 1,33
Эозинофилы, %	0,1 0,03	0,8 \pm 0,05	1,1 \pm 0,35
Палочкоядерные, %	14,8 \pm 2,64	12,7 \pm 3,67	6,1 \pm 1,14
Сегментоядерные, %	56,1 \pm 8,24	62,9 \pm 5,18	65,8 \pm 6,11
Лимфоциты, %	14,7 \pm 2,24	16,9 \pm 3,45	22,7 \pm 4,11
Моноциты, %	3,2 \pm 0,57	4,2 \pm 0,83	6,5 \pm 1,15
ЛИИ	4,3 \pm 0,24	2,2 \pm 0,45	1,2 \pm 0,56

В норме ЛИИ составляет 0,5–1 ед. Увеличение индекса до 3 ед. указывает на преимущественно ограниченный характер воспалительного процесса, а его повышение до 4 и более – на значительную эндогенную интоксикацию.

Использование данной методики позволило добиться более качественных результатов – уменьшения частоты абсцедирования послеоперационных инфильтратов брюшной полости с 34,2 до 17,5 %.

Выводы

Послеоперационные инфильтраты брюшной полости осложняют течение острых хирургических заболеваний в 5–18 % случаев. Используемые методы позволяют качественно улучшить результаты лечения, что приводит к уменьшению частоты абсцедирования послеоперационных инфильтратов брюшной полости с 34,2 до 17,5 %.

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. *Алексеев А.В.* Внутритканевой электрофорез / А.В. Алексеев. – Черновцы, 1991. – 85 с.
3. *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.
4. *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.
5. *Диагностика* и лечение послеоперационных внутрибрюшных осложнений / А.Г. Кригер, Б.К. Шуркалин, П.С. Глушков, И.Л. Андрейцев // *Хирургия.* – 2003. – № 8. – С. 19–23.
6. *Ерехин И.А.* Хирургические инфекции / И.А. Ерехин, Б.Р. Гельфанд, С.А. Шляпникова: руководство. – СПб.: Питер. – 2003. – 864 с.
7. *Иванова Ю.В.* Использование электромагнитного излучения в комплексном лечении резидуальных внутрибрюшных абсцессов / Ю.В. Иванова, И.В. Гусак // *Вісник Української медичної стоматологічної академії.* – Том 7. – Вип. 1–2 (17–18). – 2007. – С. 217–220.
8. *Осложнения* в хирургии живота: руководство для врачей / В.В. Жебровский, А.Д. Тимошин, С.В. Готье и др. – М.: ООО «Мед. информ. агенство», 2006. – 448 с.
9. *Післяопераційний* абсцесс черевної порожнини / С.М. Боровий, Ю.С. Семенюк, В.Ф. Денищук, С.В. Вовк // *Клінічна хірургія.* – 2003. – № 4–5. – С. 11.



КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ
ІНФІЛЬТРАТІВ ЧЕРЕВНОЇ
ПОРОЖНИНИ.

О.А. Маркович

Резюме. У роботі представлений досвід лікування 42 хворих із післяопераційними внутрішньочеревними інфільтратами. Комплексне лікування із застосуванням запропонованої методики внутрішньо-тканинного іонофорезу та електромагнітного випромінювання СВЧ-діапазону покращує результати лікування хворих із інфільтратами, що приводить до зниження частоти абсцедування після операційних інфільтратів черевної порожнини з 34,2 до 17,5 %.

Ключові слова: *післяопераційний інфільтрат черевної порожнини; внутрішньо тканинний іонофорез; НВЧ-опромінення.*

COMBINATION THERAPY
OF POSTOPERATIVE
INFILTRATES OF THE
ABDOMINAL CAVITY.

A.A. Markovich

Summary. This paper presents the experience of treating 42 patients with postoperative intra-abdominal infiltrates. Combination therapy using the proposed method of ionophoresis and interstitial electromagnetic microwave radiation improves outcomes in patients with infiltrates, which leads to a reduction in frequency of abscess formation of postoperative infiltrates in the abdominal cavity from 34.2 to 17.5 %.

Key words: *postoperative infiltrate of the abdominal cavity, interstitial ionophoresis.*