



Ф.И. Махмадов,
К.М. Курбонов

Таджикский государственный
медицинский университет
им. Абуали ибн Сино

© Коллектив авторов

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ПОДДИАФРАГМАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ

Резюме. В работе обобщён опыт хирургического лечения 127 пациентов, у которых при хирургическом лечении заболеваний печени, желчных путей и желудка применены усовершенствованные методики операций и дренирования, позволившие увеличить надёжность оперативного вмешательства и тем самым уменьшить риск развития гнойных осложнений, в том числе послеоперационных поддиафрагмальных абсцессов (ППА). Авторами на основании детализации причин развития ППА разработаны прогностические критерии, способствующие развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде. Эффективность разработанной программы составляла 82 %. А также с целью повышения герметичности швов анастомоза, профилактики желчеистечения, кровотечения и послеоперационного панкреатита разработаны ряд оригинальных методов, что в результате цифры послеоперационных осложнений у данного контингента больных снизилось до 3,1 %.

Ключевые слова: *послеоперационный поддиафрагмальный абсцесс, несостоятельность швов анастомоза.*

Введение

Одним из наиболее тяжелых гнойно-септических осложнений оперативного вмешательства на органах брюшной полости по праву считаются послеоперационные поддиафрагмальные абсцессы (ППА). По данным литературы это осложнение встречается у 0,6 % больных оперированных в плановом и у 1,5 % – в ургентном порядке. При этом летальность в этой группе больных до настоящего времени недопустимо высока и составляет от 27 до 98 % [1, 2, 5, 6]. Основными факторами, способствующими возникновению ППА, являются: нарушение микроциркуляции в области сформированных анастомозов, девитализация тканей в ране, травматичное и грубое выполнение отдельных хирургических приемов, скопление в поддиафрагмальном пространстве вследствие неадекватного дренирования крови, желчи, содержимого полых органов [1-3]. Немаловажное значение в развитии ППА имеет нерациональное выполнение интраоперационного и послеоперационного методов профилактики. В этой связи требуется дальнейшее усовершенствование оперативно-технических приёмов.

Целью исследования было определить пути эффективных методов профилактики послеоперационных поддиафрагмальных абсцессов.

Материалы и методы исследования

В основе настоящего исследования лежит опыт лечения 127 пациентов, у которых при хирургическом лечении заболеваний печени,

желчных путей и желудка применены усовершенствованные методики операций и дренирования, позволившие увеличить надёжность оперативного вмешательства и тем самым уменьшить риск развития гнойных осложнений, в том числе ППА.

Подавляющее большинство больных было старше 40 лет, при этом мужчин было 91 (71,7 %), женщин 36 (28,3 %). Следует отметить, что у всех больных наблюдались длительные сроки заболевания, особенно это касается больных с язвенной и желчнокаменной болезнью.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенный нами комплексный анализ причин развития ППА у ранее оперированных больных (n=63), позволил выделить среди них факторы, от которых зависит возникновение ППА, на основании чего нами были разработаны критерии прогнозирования возникновения ППА. К вызывающим ППА факторам относили и неадекватное дренирование поддиафрагмального пространства, приводящее к накоплению в этой области микробов и патологической жидкости. Существенную роль в возникновении ППА, наряду с вызывающими факторами играют предрасполагающие, среди которых можно выделить дооперационные и интраоперационные. Анализ дооперационного состояния больных с ППА позволил установить, что практически во всех случаях имелись условия, способствующие инфицированию



поддиафрагмального пространства. Факторами, затрудняющими техническое выполнение хирургической операции и способствующие попаданию инфицированного содержимого в брюшную полость, в 18,2 % были острые воспалительные заболевания органов брюшной полости, а в 81,8 % случаях – хронически протекающие осложнения язвенной, желчнокаменной и эхинококковой болезней.

На основании детализации причин развития ППА нами разработаны прогностические критерии, способствующие развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде, и успешно использовались при хирургическом лечении 127 больных. Использование прогностических критериев в клинической практике при лечении 127 больных с хирургическими заболеваниями живота показало, что развитие гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных перспективной группы достоверно снижается по сравнению с ретроспективной (6,1–3,1 % соответственно). Эффективность разработанной программы составляет 82 %.

Таблица 1

Структура оперативных вмешательств и характер осложнений

Название операции	Кол-во	%	Ослож.
Холецистэктомия. Дренирование холедоха по Холстеду-Пиковскому	48	37,8	1
Резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру	39	30,7	
Холецистэктомия с холедоходуоденоанастомозом по Кишнеру и Юрашу-Виноградову	15	11,8	1
Эхинококкэктомия. Дренирование эхинококковой кисты и поддиафрагмального пространства	25	19,7	2
Всего	127	100	4 (3,1 %)

Одним из грозных осложнений раннего послеоперационного периода после операций на желудке и двенадцатиперстной кишки, выполняемых по поводу язвенной болезни и ее осложнений, является несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки, приводящей к развитию ППА. Это осложнение возникает при резекции желудка по способу Бильрот II. Ведущую роль в профилактике этого осложнения играют мероприятия, направленные на борьбу с причинами, вызывающие его. В связи с этим, с целью снижения инфицированности брюшной полости, операционного поля, повышения герметичности швов, для быстрого заживления дуоденальной культи первичным натяжением разработан способ закрытой обработки дуоденальной культи. По предлагаемой методике культи ушивается под зажимом П-образными капроновыми швами с последующим подшиванием её к капсуле поджелудочной железы. Таким способом опериро-

вано 14 больных с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

При снижении физической герметичности швов дуоденальной культи у 2 больных к линии швов дуоденальной культи подвели пластины Тахокомба с антибиотиками (приорит. справка № 107 от 05.06.2001 г.), что удовлетворительно повышало физическую и биологическую герметичность швов.

Послеоперационный панкреатит считается одной из причин развития несостоятельности швов дуоденальной культи и ППА. Для профилактики этого осложнения у 12 больных успешно применяли пролонгированную перидуральную анестезию, что позволило своевременно восстановить моторную деятельность дуоденальной и желудочной культи, тем самым снижается риск развития послеоперационного панкреатита. Профилактический эффект пролонгированной перидуральной анестезии объясняется блокадой симпатической иннервации, которая предупреждает развитие спазма сосудов дуоденальной культи. Блокада болевых раздражителей на уровне периферического звена рефлекторной дуги, снижает тонус симпато-адреналовой системы, увеличение выброса адреналина и возникновение ишемии и развития несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки. Применение разработанного комплекса мер профилактики у 39 больных после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру способствовало снижению несостоятельности швов дуоденальной культи до нуля.

С целью профилактики желчеистечения и кровотечения из ложи желчного пузыря у 4 больных с деструктивным холециститом ложе желчного пузыря аппликировали пластинами Тахокомба в сочетании с антибиотиком (канамицин). Для профилактики осложнений, возникающих вследствие раннего выпадения дренажа из общего желчного протока и развития подпеченочного абсцесса, разработан способ дренирования общего желчного протока двойным катетером по типу «дренаж в дренаже». Таким образом, дренирование общего желчного протока предупреждает раннее выпадение дренажа из общего желчного протока, а в случае его выпадения желчеистечение продолжается через наружный дренаж. Вышеописанным способом с удовлетворительными ближайшими результатами проведено дренирование общего желчного протока у 16 больных с желчнокаменной болезнью.

При наличии нагноившегося эхинококкоза печени, перивезикальных абсцессах с явлением местного перитонита у 9 больных с целью исключения попадания инфицированного экссудата из полости эхинококковых кист, а также для профилактики истечения желчи,



полость эхинококковой кисты, ложе желчного пузыря и место выхода полихлорвиниловых и холедохотомических трубок изолировали от подпеченочного углубления пришиванием в виде фартука большого сальника к париетальной брюшине задней брюшной стенки. Применение разработанных методов профилактики ППА у 127 больных с хирургическими заболеваниями желудка, печени и желчевыводящих путей показало, что данное осложнение наблюдалось всего у 4 (3,1 %) больных. При этом в плановом порядке оперировано 84 (66,2 %), в экстренном – 43 (33,8 %) больных.

Выводы

1. Непосредственными причинами развития поддиафрагмальных абсцессов являются:

недостаточность швов дуоденальной культи, наличие гематомы, желчеистечение и неадекватное дренирование поддиафрагмального пространства, способствующее развитию инфекционного процесса.

2. Тяжесть течения ППА зависит, прежде всего, от характера и объема первично выполненной операции и расположения гнойника. При локализации гнойника над печенью наблюдаются нарушения функции печени и внешнего дыхания.

3. Наиболее эффективным методом хирургического лечения ППА является внесерозное дренирование гнойников, как традиционным методом, так и под контролем УЗИ.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абдуллаев Г.А.* Лечебная тактика при послеоперационных осложнениях у больных с эхинококкозом печени с поражения желчных протоков / Г.А. Абдуллаев, Р.М. Агаев // Хирургия. – 2006. – № 7. – С. 21 – 26.

2. *Виноградов И.А.* Диагностика и лечение несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.27 / И.А. Виноградов. – М., 2007. – 22 с.

3. *Кадыров Д.М.* Комплексная профилактика несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по поводу язвенной болезни: метод. рекомендации. / Д.М. Кадыров. – Душанбе, 2000. – 17 с.

4. *Каншин Н.Н.* Хирургическое лечение послеоперационного перитонита вызванного несостоятельности кишечных швов / Н.Н. Каншин. – Москва, 2004. – 63 с.

5. *Малоинвазивные технологии* в диагностике и лечении неосложненных абсцессов брюшной полости после операций на желудке и двенадцатиперстной кишке / И.А. Цыбульская [и др.] // Сборник трудов Первого Съезда хирургов Южного Федерального округа с международным участием. – Ростов-на-Дону, 2007. – С. 36 – 37.

6. *Новые направления в лечении* при абсцессах печени / Ю.А. Пархисенко [и др.] // Вестник хирургии. – 2000. – № 4. – С. 53 – 55.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ПІДДІАФРАГМАЛЬНИХ АБСЦЕСІВ.

*Ф.И. Махмадов,
К.М. Курбонов*

Резюме. У роботі узагальнений досвід хірургічного лікування 127 пацієнтів, у яких при хірургічному лікуванні захворювань печінки, жовчних шляхів і шлунку застосовані вдосконалені методики операцій і дренивання, що дозволили збільшити надійність оперативного втручання і тим самим зменшити ризик розвитку гнійних ускладнень, у тому числі післяопераційних піддіафрагмальних абсцесів (ППА). Авторами на підставі деталізації причин розвитку ППА розроблені прогностичні критерії, сприяючі розвитку ускладнень в ранньому післяопераційному періоді. Ефективність розробленої програми складала 82% також з метою підвищення герметичності швів анастомозу, профілактики жовчевитічіння, кровотечі і післяопераційного панкреатиту розроблений ряд оригінальних методів, що в результаті цифри післяопераційних ускладнень у цього контингенту хворих знизилася до 3,1.

Ключові слова: післяопераційний піддіафрагмальний абсцес, неспроможність швів анастомозу.



MODERN APPROACHES
ARE IN PROPHYLAXIS
OF POSTOPERATIVE
SUBPHRENIC ADSCESSES

*F.I. Mahmadv,
K.M. Kurbonov*

Summary. Experience of surgical treatment is in-process generalized 127 patients at that at a surgical hepatotherapy, bilious ways and stomach the improved methodologies of operations and catchment, allowing to increase reliability of operative intervention and to decrease the risk of development of festering complications the same, are applied, including postoperative subphrenic abscesses. Authors on the basis of working out in detail of reasons of development of postoperative subphrenic abscesses are work out the prognostic criteria assisting development of complications in an early postoperative period. Efficiency of the worked out program made 82A also with the purpose of increase of impermeability of guy-sutures of anastomosis, prophylaxis of biliary fistula, bleeding and postoperative pancreatitis the row of original methods is worked out, that as a result of number of postoperative complications at this contingent of patients went down to the 3,1 %.

Key words: *postoperative subphrenic abscess, insolvency of guy-sutures of anastomosis.*