УДК 617

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИБРЮШНЫХ АБСЦЕССОВ: САНАЦИЯ ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ, ВОЗДЕЙСТВИЕ НА МИКРОФЛОРУ И МАКРООРГАНИЗМ

Стяжкина С.Н.

Научный руководитель, д.м.н., профессор, хирург высшей категории, заслуженный врач УР, заведующий кафедрой «Топографическая анатомия и оперативная хирургия»

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»,

РФ, г. Ижевск

Широбокова Д.А.,

Студент 3 курса лечебного факультета,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»,

РФ, г. Ижевск

Шихова В.А.,

Студент 3 курса лечебного факультета,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»,

РФ, г. Ижевск

Сайфуллина А.И.

Студент 3 курса лечебного факультета,

ФГБОУ ВО «Ижевский государственный медицинский университет»,

РФ, г. Ижевск

Аннотация. В обзоре проанализированы основные принципы комплексного лечения внутрибрюшных абсцессов (ВБА) с учётом их топографо-анатомической локализации, характера гнойно-воспалительного процесса и общего состояния пациента. Освещаются методы хирургического лечения, принципы санации очага воспаления, основные направления воздействия на микрофлору и макроорганизм. Особое внимание уделяется выбору оперативного доступа, адекватному дренированию гнойной полости, рациональной антибактериальной терапии и коррекции системных нарушений. Рассматривается значение своевременного и полноценного лечения для предупреждения распространения инфекции, развития сепсиса и повторного образования абсцессов.

Ключевые слова: внутрибрюшной абсцесс, абсцесс брюшной полости, оперативная хирургия, топографическая анатомия, санация гнойного очага, дренирование, антибактериальная терапия, комплексное лечение.

COMPREHENSIVE TREATMENT OF INTRAABDOMINAL ABSCESSES: SANITIZATION OF THE INFLAMMATORY FOCUS, EFFECT ON MICROFLORA AND MACROORGANISM

Styazhkina S.N.

Doctor of Medical Sciences, Professor, Surgeon of the Highest Category, Honored Doctor of the Udmurt Republic, Head of the Department of Topographic Anatomy and Operative Surgery,

Izhevsk State Medical University,

Russian Federation, Izhevsk.

Shirobokova D.A.,

Third-year student of the Faculty of Medicine

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Izhevsk State Medical University",

Russian Federation, Izhevsk

Shikhova V.A.,

Third-year student of the Faculty of Medicine

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Izhevsk State Medical University",

Russian Federation, Izhevsk

Sayfullina A.I.

Third-year student of the Faculty of Medicine

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "Izhevsk State Medical University",

Russian Federation, Izhevsk

Abstract. The article examines the main principles of comprehensive treatment of intra-abdominal abscesses, taking into account their topographic and anatomical location, the characteristics of the inflammatory process, and the patient's general condition. Surgical treatment methods, principles of infection source control, and approaches to targeting microorganisms and supporting the patient's systemic response are discussed. Particular attention is paid to the choice of surgical access, adequate abscess drainage, rational antimicrobial therapy, and correction of systemic disturbances. The importance of timely and effective treatment in preventing the spread of infection, sepsis, and recurrent abscess formation is emphasized.

Keywords: intra-abdominal abscess, operative surgery, topographic anatomy, infection source control, drainage, antimicrobial therapy, comprehensive treatment.

Введение

Внутрибрюшные абсцессы представляют собой ограниченные скопления гноя, формирующиеся в брюшной полости, забрюшинном пространстве или непосредственно в тканях органов. Они могут возникать вследствие острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости, перфорации полых органов, послеоперационных осложнений, инфицирования скоплений жидкости и распространения инфекции из соседних анатомических областей.

Внутрибрюшные абсцессы представляют значимую проблему абдоминальной хирургии, поскольку могут сопровождаться выраженной интоксикацией, нарушением функции внутренних органов, распространением воспаления на брюшину и развитием сепсиса. Особую опасность представляет сохранение несанированного гнойного очага, который продолжает поддерживать инфекционный процесс даже при проведении антибактериальной терапии.

Согласно монографии В. И. Никольского и А. Ю. Сапожкова «Абсцессы живота», важное место в лечении данной патологии занимают особенности хирургического доступа, способы санации полости гнойника, дренирование и антибактериальная терапия. Авторы также рассматривают методы воздействия на реактивность организма и комплексную оценку результатов лечения.

Современные принципы лечения внутрибрюшных инфекций подтверждают необходимость сочетания контроля источника инфекции, рациональной антимикробной терапии и интенсивной поддерживающей терапии при наличии системных нарушений [2, 3].

Цель работы - рассмотреть основные направления комплексного лечения внутрибрюшных абсцессов, уделив особое внимание санации очага

воспаления, воздействию на микрофлору и макроорганизм, а также результатам проводимого лечения.

Основные принципы лечения

Тактика определяется локализацией, размерами и количеством абсцессов, наличием перегородок и сообщающихся полостей, причиной инфекции, возможностью устранения первичного источника, выраженностью воспаления и общим состоянием пациента. С топографо-анатомической точки зрения важно отношение гнойника к печени, селезёнке, кишечнику, диафрагме, крупным сосудам и забрюшинным структурам: эти особенности определяют безопасность доступа и возможность полноценного дренирования.

Лечение объединяет три направления: контроль источника инфекции, антибактериальную терапию и поддержание жизненно важных функций. Они дополняют друг друга и не должны применяться изолированно.

Хирургическое лечение и выбор доступа

Основная задача вмешательства — устранить гнойный очаг и прекратить поступление инфицированного содержимого. В зависимости от локализации, строения абсцесса и состояния пациента применяют чрескожное дренирование под контролем УЗИ или компьютерной томографии (КТ), лапароскопическое вмешательство либо открытую операцию.

Чрескожное дренирование позволяет эвакуировать гной и установить дренаж через небольшой доступ. Его выбирают при доступных, хорошо отграниченных скоплениях, если можно безопасно провести дренаж и обеспечить отток. Лапароскопия даёт возможность осмотреть брюшную полость, уточнить локализацию очага, удалить содержимое и выполнить дренирование. Открытая операция может потребоваться при неэффективности малоинвазивных методов, сложном расположении, множественных или сообщающихся полостях, некротизированных тканях либо продолжающемся загрязнении брюшной полости.

Предпочтителен наименее инвазивный метод, обеспечивающий адекватный контроль источника инфекции [2]. При выборе доступа необходимо учитывать анатомические взаимоотношения и риск повреждения соседних органов.

Этапы операции

Основные этапы включают доступ к гнойному очагу; эвакуацию содержимого; забор материала для микробиологического исследования по показаниям; оценку стенок абсцесса и окружающих тканей; устранение первичного источника инфекции, если это возможно; санацию полости; установку дренажа при необходимости; послеоперационный контроль.

Важно не только опорожнить абсцесс, но и прекратить дальнейшее поступление инфекции. При перфорации полого органа, несостоятельности анастомоза или другом сохраняющемся источнике одно лишь дренирование может быть недостаточным.

Санация и дренирование гнойного очага

Санация — комплекс мероприятий по удалению гноя, инфицированной жидкости и нежизнеспособных тканей, снижению микробной нагрузки и созданию условий для заживления. Успех зависит не только от объёма удалённого содержимого, но и от устранения причины, поддерживающей инфекцию.

Максимально полная эвакуация гноя уменьшает количество микроорганизмов и продуктов воспаления, снижает давление внутри полости и способствует восстановлению тканей. При наличии перегородок, нескольких камер или сообщающихся полостей необходимо исключить сохранение недренированных участков: неполное опорожнение повышает риск продолжения воспаления и рецидива.

Способ обработки полости выбирают с учётом характера содержимого, анатомических особенностей и принятой хирургической методики. Исторические способы местной обработки следует отличать от современной

практики; растворы и манипуляции должны соответствовать актуальным требованиям безопасности. Многократное промывание само по себе не заменяет устранения источника инфекции.

Дренаж обеспечивает постоянный или периодический отток содержимого и позволяет контролировать его количество и характер. Эффективность зависит от правильного положения и проходимости дренажа, соответствия его параметров полости и полноценного отведения экссудата. При многокамерных абсцессах могут понадобиться дополнительные дренажи или повторное вмешательство. Решение об удалении дренажа принимают индивидуально с учётом состояния пациента, динамики воспалительных показателей, отделяемого и данных контрольных исследований.

Воздействие на микрофлору

Микрофлора ВБА может включать аэробные и анаэробные микроорганизмы. Её состав зависит от первичного заболевания, источника инфекции, предшествующих операций, длительности госпитализации и применения антибиотиков. Эффективность антимикробного лечения во многом определяется полноценным контролем гнойного очага.

Системную антибактериальную терапию назначают для подавления возбудителей, предотвращения распространения инфекции и лечения системных осложнений. Начальный выбор препаратов зависит от предполагаемого источника, тяжести состояния, вероятного состава микрофлоры и риска устойчивости. При осложнённых внутрибрюшных инфекциях учитывают возможность участия грамотрицательных бактерий и анаэробов. При сепсисе или септическом шоке особенно важно своевременно начать лечение, одновременно обеспечивая контроль источника.

Материал из гнойной полости, полученный во время вмешательства, позволяет определить возбудителя и его чувствительность к препаратам. По результатам исследования первоначальную схему корректируют, при возможности сужая спектр до наиболее подходящего средства. IDSA

рекомендует получать внутрибрюшные культуры у пациентов с осложнённой инфекцией, которым выполняют процедуру контроля источника [3].

Продолжительность терапии зависит от полноты санации, клинического ответа и наличия осложнений. Согласно рекомендациям Surgical Infection Society 2024 года, взрослым после адекватного контроля источника обычно рекомендуется курс не более четырёх суток, если клиническая ситуация не требует иного [2]. Этот подход нельзя автоматически переносить на пациентов с сохраняющимся очагом, недостаточным дренированием, бактериемией или другими осложнениями. При отсутствии улучшения необходимо искать остаточные полости, оценивать дренирование и пересматривать терапию, а не только увеличивать её длительность.

Воздействие на макроорганизм

Внутрибрюшная инфекция может сопровождаться интоксикацией, лихорадкой, нарушениями водно-электролитного баланса, белкового обмена и гемодинамики, а также дисфункцией внутренних органов. Выраженность нарушений определяется распространённостью воспаления, длительностью заболевания и исходным состоянием пациента.

При дефиците жидкости и расстройствах кровообращения проводят индивидуально подобранную инфузионную терапию для восстановления объёма циркулирующей крови и тканевой перфузии. При тяжёлом состоянии оценивают гемодинамические показатели, диурез, лабораторные данные и ответ на лечение, учитывая риск перегрузки жидкостью.

Потери жидкости, лихорадка, рвота, кишечная дисфункция и недостаточное питание могут приводить к электролитным и метаболическим нарушениям. Лечение включает коррекцию выявленных изменений натрия, калия и других электролитов, контроль функции почек, обеспечение адекватного питания и восполнение белково-энергетического дефицита. При нарушении моторики желудочно-кишечного тракта тактику питания и дополнительные мероприятия выбирают с учётом клинической ситуации.

При тяжёлом течении возможно развитие дыхательной, почечной, сердечнососудистой и иной органной дисфункции. В таких случаях необходимы интенсивное наблюдение и поддержка нарушенных функций; при септическом шоке могут потребоваться вазопрессоры. Поддержка восстановительных реакций организма прежде всего включает устранение источника инфекции, полноценное питание, коррекцию метаболических нарушений и лечение системных осложнений. Иммуномодулирующие и физиотерапевтические методы не являются универсальной заменой санации и антибиотикотерапии и требуют самостоятельных показаний.

Результаты комплексного лечения

Эффективность лечения определяется своевременностью диагностики, полнотой контроля источника инфекции, качеством дренирования, обоснованностью антибактериальной терапии и коррекцией системных нарушений. При успешном лечении уменьшаются интоксикация и боль, нормализуется температура, улучшается общее состояние и динамика лабораторных показателей. Сокращается количество отделяемого по дренажам, а контрольные УЗИ или КТ показывают уменьшение либо исчезновение остаточной полости. Постепенно восстанавливаются функции желудочно-кишечного тракта, питание и повседневная активность.

Недостаточная санация, неэффективное дренирование или сохранение первичного источника могут привести к рецидиву абсцесса, появлению новых гнойных очагов, перитониту, свищам, сепсису и органной дисфункции, а также необходимости повторного вмешательства. Особую сложность представляют множественные сообщающиеся полости, когда дренирование одного очага не обеспечивает контроля всей зоны воспаления.

Оценка результата включает клиническое состояние, температуру, показатели воспаления, функцию органов, количество и характер отделяемого, а также данные визуализации. При отсутствии ожидаемого улучшения следует исключить остаточный очаг, нарушение проходимости

дренажа, продолжающееся загрязнение брюшной полости и устойчивость возбудителя. Количественные показатели эффективности по доступным материалам достоверно установить не удалось, поэтому они не приводятся.

Заключение

Лечение внутрибрюшных абсцессов требует учёта локализации гнойника, его анатомических взаимоотношений, характера инфекции и общего состояния пациента. Основу составляет полноценный контроль источника: эвакуация гноя, санация полости, адекватное дренирование и устранение причины инфицирования. Чрескожный, лапароскопический или открытый доступ выбирают по клиническим показаниям и возможности безопасно добиться результата.

Воздействие на микрофлору включает своевременную рациональную антибактериальную терапию и её коррекцию по данным микробиологического исследования. Воздействие на макроорганизм направлено на восстановление водно-электролитного и метаболического равновесия, поддержание питания и функций жизненно важных органов. Успех определяется не количеством мероприятий, а устранением источника инфекции и восстановлением функций организма. Знание топографо-анатомических особенностей ВБА необходимо для выбора обоснованной хирургической тактики и профилактики тяжёлых осложнений.

Библиографический список

1. Никольский В. И., Сапожков А. Ю. Абсцессы живота. — Пенза, 1994. — 204 с.

2. Huston J. M., Barie P. S., Dellinger E. P. et al. The Surgical Infection Society Guidelines on the Management of Intra-Abdominal Infection: 2024 Update // Surgical Infections. — 2024. — Vol. 25, No. 6. — DOI: 10.1089/sur.2024.137.

3. Infectious Diseases Society of America (IDSA). 2024 Guideline Update on the Risk Assessment, Diagnostic Imaging, and Microbiological Evaluation of

Complicated Intraabdominal Infections in Adults, Children, and Pregnant People. — 2024.

4. World Society of Emergency Surgery (WSES). The management of intra-abdominal infections from a global perspective: 2017 WSES guidelines for management of intraabdominal infections // World Journal of Emergency Surgery. — 2017. — Vol. 12. — Article 29. — DOI: 10.1186/s13017-017-0141-6.

5. Sartelli M. et al. Recommendations for intra-abdominal infections consensus report // World Journal of Emergency Surgery. — 2017. — Vol. 12. — Article 22. — DOI: 10.1186/s13017-017-0132-7.