

УДК 616.361-002.1-07+616.361-002.1-08

Хірургічна тактика у хворих на абдомінальний сепсис та абсцеси черевної порожнини різної локалізації

І.М. ШЕВЧУК, М.Г. ШЕВЧУК, М.М. ДРОНЯК

Івано-Франківський державний медичний університет

THE SURGICAL TACTICS IN TREATING PATIENTS WITH ABDOMINAL SEPSIS AND ABDOMINAL CAVITY ABSCESES OF DIFFERENT LOCALIZATION

I.M. SHEVCHUK, M.H. SHEVCHUK, M.M. DRONYAK

Ivano-Frankivsk State Medical University

У період з 2002 до 2007 року нами проліковано 116 хворих на абдомінальний сепсис та абсцеси черевної порожнини різної локалізації. Абсцеси печінки діагностовано у 38 (32,8 %) хворих, абсцеси підшлункової залози у 32 (27,6 %) пацієнтів, лівобічний піддіафрагмальний абсцес у 11 (9,5 %) хворих, підпечінковий абсцес у 9 (7,8 %) хворих, правобічний піддіафрагмальний абсцес у 5 (4,3 %) пацієнтів, міжпечельні абсцеси у 5 (4,3 %) хворих. Гострий деструктивний апендицит ускладнився сепсисом та періапендикулярним абсцесом у 7 (6 %) хворих, абсцеси малого таза діагностовано у 8 (6,9 %) хворих. При абсцесах черевної порожнини найбільш ефективною вважаємо хірургічну тактику, яка передбачає пріоритетне застосування міні-інвазивних методик, зокрема черезшкірного пункційно-дренуючого втручання під контролем ультразвукового дослідження (УЗД). Застосування таких підходів дозволило в більшості хворих уникнути відкритих оперативних втручань, зменшити тривалість стаціонарного лікування та загальну летальність.

During the period 2002-2007 116 patients with abdominal sepsis and abdominal cavity abscesses of different localization have been treated. Abscesses of liver were detected in 38 (32,8 %) patients, abscesses of pancreas – in 32 (27,6 %) patients, left subdiaphragmatic abscess in 11 (9,5 %) patients, subhepatic abscesses – in 9 (7,8 %) cases and right subdiaphragmatic abscess was revealed in 5 (4,3 %) patients. The acute destructive appendicitis was complicated with sepsis and periapendicular abscess in 7 (6 %) patients, abscesses of small pelvis were detected in 8 (6,9 %) patients. Surgical tactics with the priority use of minimally-invasive methods, particularly, percutaneous puncture drainage procedure under ultrasonographic guidance is suggested to be the most effective while treating the patients with abdominal abscesses. The usage of such approaches in most cases allows to avoid opened surgical procedures and to decrease inpatient treatment period and decrease total lethality.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Абдомінальний сепсис (АС), на думку багатьох фахівців, є системною реакцією організму на масивну інтервенцію мікробних агентів та продуктів їх метаболізму [3, 7]. Згідно з сучасними визначенням, сепсис – це системна реакція організму на інфекцію при наявності вогнища інфекції [5]. Джерелом інтоксикації переважно є абсцеси черевної порожнини різної локалізації, зокрема абсцеси підшлункової залози, печінки, підпечінкові, піддіафрагмальні, міжпечельні, періапендикулярні та абсцеси малого таза [5, 6]. Абсцеси підшлункової залози виникають внаслідок інфікування гострих постнекротичних псевдокіст підшлункової залози у хворих на гострий некротичний панкреатит [4]. Абсцеси печінки утворюються внаслідок гнійного холангіту, холедохолітазу чи як післяопераційне ускладнення після лапароскопічних та лапаротомних холецистектомій [1, 2]. Підпечінкові, піддіафрагмальні, міжкишкові абсцеси та абсцеси малого таза виникають після різноманітних оперативних втру-

чань на органах черевної порожнини, періапендикулярні абсцеси виникають після апендектомій із приводу деструктивного гострого апендициту [6]. Хірургічна тактика при лікуванні абдомінального сепсису та абсцесів черевної порожнини на даний час остаточно не вирішена і є предметом дискусії. Застосування ендоскопічних, відеолапароскопічних і пункційно-дренуючих втручань під контролем УЗД, а також сучасні досягнення в інтенсивній та антибактеріальній терапії сприяли значному зниженню летальності від абдомінального сепсису при абсцесах черевної порожнини [2, 6].

Матеріали і методи. У період з 2002 до 2008 року нами проліковано 116 хворих на абсцеси черевної порожнини різної локалізації. Вік хворих коливався від 18 до 80 років, чоловіків було 72 (62,1 %), жінок – 44 (37,9 %). Абсцеси печінки виявлено у 38 (32,8 %) хворих. З них холангіогенні абсцеси печінки діагностовано у 25 (65,8 %) хворих, після закритої травми печінки – у 9 (23,7 %) пацієнтів, криптогенні

абсцеси печінки – у 4 (10,5 %) хворих. Абсцеси підшлункової залози виявлено у 32 (27,6 %) хворих. Екстрапанкреатична локалізація абсцесів ПЗ відзначена у 23 (71,9 %) пацієнтів, інтрапанкреатична – у 9 (28,1 %) хворих. Ураження головки ПЗ виявлено у 5 (15,6 %) хворих, тіла – у 17 (53,1 %) пацієнтів, хвоста – у 10 (31,3 %) хворих. Лівобічний піддіафрагмальний абсцес діагностовано у 11 (9,5 %) хворих, з них у 5 (45,4 %) після спленектомії з приводу абсцесів селезінки, у 2 (18,2 %) пацієнтів після резекції шлунка з приводу виразкової хвороби, у 2 (18,2 %) після висічення проривної виразки з пілоропластикою та у 2 (18,2 %) хворих після дистальної резекції підшлункової залози. Підпечінковий абсцес виявлено у 9 (7,8 %) хворих. З них після лапароскопічної холецистектомії – у 4 (44,5 %) хворих, після лапаротомії, холецистектомії з приводу деструктивного холециститу, перитоніту – у 3 (33,3 %) пацієнтів, після лапаротомії, холецистектомії, зовнішнього дренивання загальної жовчної протоки з приводу калькульозного холециститу, холедохолітіазу, гнійного холангіту – у 2 (22,2 %) хворих. Правобічний піддіафрагмальний абсцес діагностовано у 5 (4,3 %) пацієнтів, з них у 2 (40 %) після лапароскопічної холецистектомії з приводу деструктивного холециститу, у 2 (40 %) хворих після зашивання печінки з приводу закритої травми живота і розриву печінки та у одного (20 %) після висічення проривної виразки та пілоропластики. Міжпелетельні абсцеси виникли у 5 (4,3 %) хворих, з них після кишкової непрохідності – у 3 (60 %) хворих та після висічення проривної виразки з пілоропластикою – у 2 (40 %) хворих. Гострий деструктивний апендицит ускладнився сепсисом та періапендикулярним абсцесом у 7 (6 %) хворих. Абсцеси малого таза діагностовано у 8 (6,9 %) хворих, з них у 5 хворих після защемлення гриж із некрозом кишечника і перитонітом та у 3 хворих після апендектомії з приводу гострого деструктивного апендициту.

Для діагностики абсцесів черевної порожнини, крім лабораторних даних, застосовували УЗД, езофагогастроуденофіброскопію (ЕФГДС), ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ), відеолапароскопію, комп'ютерну томографію (КТ) з контрастним підсиленням.

Бактеріологічне дослідження крові, жовчі, гною проводили у бактеріологічній лабораторії ОКЛ із визначенням аеробної та анаеробної мікрофлори з динамічним мікробіологічним моніторингом. Для оцінки тяжкості стану хворих і прогнозу захворювання застосовували шкалу APACHE-II та Marshall J.C.

Результати досліджень та їх обговорення. У 32 (84,2 %) із 38 хворих на абдомінальний сепсис та абсцеси печінки застосовано черезшкірні пункційно-дренуючі втручання під контролем УЗД, при цьому гнояк дренивали стилет-катетером типу "pig tail", який фіксували до шкіри, після видален-

ня гною у порожнину абсцесу вводили цефалоспори III покоління (цефтріаксон) або фторхінолони (ципринол). В подальшому проводили щоденне промивання гнояка розчинами антисептиків. Дренаж у порожнині абсцесу утримували до повної його санації та відсутності залишкової порожнини при контрольному УЗД. Відкриті оперативні втручання виконано у 6 (15,8 %) із 38 хворих. З них у 4 (66,7 %) через наявність секвестрованих ділянок печінки великих розмірів та у 2 (33,3 %) хворих із приводу множинних абсцесів печінки, які сформувалися в ділянках посттравматичних підкапсульних гематом печінки. Об'єм операції у 5 хворих включав лапаротомію, дренивання абсцесу печінки, дренивання черевної порожнини. У одного хворого з абсцесом печінки в ділянці VI сегмента проведено резекцію ураженої частини печінки разом з абсцесом. Померли 5 із 38 хворих внаслідок наростання явищ сепсису та ПОН, з них 2 хворих після застосування міні-інвазивних методик і 3 хворих після відкритих оперативних втручань.

У 32 (27,6 %) хворих на абдомінальний сепсис діагностовано абсцеси підшлункової залози. При відсутності даних за гострий калькульозний холецистит, холангіт, обтураційну жовтяницю після проведення консервативної інфузійної терапії у 23 (71,9 %) хворих виконано черезшкірне дренивання гнояка під контролем УЗД стилет-катетером. Вміст абсцесу максимально аспірували, в порожнину абсцесу вводили цефалоспори III покоління. За наявності обтураційної жовтяниці, явищ холангіту у 9 (28,1 %) хворих, з метою декомпресії жовчовивідних шляхів, першим етапом виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ), після чого проводили черезшкірне дренивання абсцесу під контролем УЗД. При сприятливому перебігу захворювання та ліквідації абсцесу сальникової сумки за допомогою міні-інвазивних технологій у 6 (66,7 %) з них виконали ЛХЕ.

У 12 (37,5 %) хворих на абдомінальний сепсис та абсцес сальникової сумки черезшкірне дренивання гнояка було неефективним. На 14-21 добу після госпіталізації виникли гнійно-септичні ускладнення панкреонекрозу, секвестрування ПЗ, які потребували відкритого оперативного втручання. Обсяг оперативного втручання у 3 хворих включав панкреатосеквестрєктомію, широке дренивання парапанкреатичних гнояків, заочеревинної флегмони. Застосовували методику формування замкненої сальникової сумки з проведенням тривалого постійного промивання її після операції. У двох хворих на абсцес хвоста підшлункової залози проведено дистальну резекцію ПЗ. Після відкритих оперативних втручань померли 5 (15,6 %) хворих від поліорганної недостатності та арозивної кровотечі.

Абдомінальний сепсис та лівобічний піддіафрагмальний абсцес діагностовано у 11 (9,5 %) хворих. У 9 (81,8 %) пацієнтів абсцеси дреновано стилет-кате-

тером під контролем УЗД. У 2 (18,2 %) хворих через неможливість застосування міні-інвазивних технологій виконано релaparотомію, дрeнування гнояка та черевної порожнини. Всі хворі залишилися живі.

Абдомінальний сепсис виявлено у 9 (7,8 %) хворих на підпечінкові абсцеси. У пацієнтів ефективним було черезшкірне дрeнування абсцесу стилет-катетером під контролем УЗД. У 2 проведено лапаротомію, санацію і дрeнування гнояка та черевної порожнини. Помер один хворий внаслідок наростання поліорганної недостатності.

Абдомінальний сепсис діагностовано у 5 (4,3 %) хворих на правобічний піддіафрагмальний абсцес. У 3 (60 %) пацієнтів черезшкірне дрeнування гнояка стилет-катетером під контролем УЗД привело до видужання. У 2 (40 %) проведено лапаротомію, розкриття, санацію і дрeнування гнояка та черевної порожнини.

У 5 (4,3 %) хворих на абдомінальний сепсис та міжпелетельні абсцеси проведено лапаротомію, санацію і дрeнування черевної порожнини. У 2 (40 %) пацієнтів у післяопераційному періоді стан погіршувався, виникла повна евентрація, їм проведено повторне оперативне втручання, після чого вони померли від наростання поліорганної недостатності.

У 7 хворих на абдомінальний сепсис та періпендикулярний абсцес проведено розкриття, санацію і дрeнування гнояка через доступ у правій здухвинній ділянці. Всі хворі вижили.

У 6-ти із 8 хворих на абдомінальний сепсис та абсцеси малого таза проведено нижньо-серединну лапаротомію, розкриття, санацію і дрeнування гнояка. У 2 хворих абсцес розкрито через пряму кишку. Всі хворі вижили.

Забір гною для бактеріологічного дослідження проводили в стерильну пробірку під час дрeнування гнояка стилет-катетером або відкритого оперативного втручання. При цьому у всіх хворих результати посіву були позитивними. Найчастіше висівали кишкову паличку – в 28 (24,1 %) пацієнтів, неклостридіальні анаероби – у 16 (13,8 %), синьогнійну паличку – у 9 (7,8 %), асоціації мікроорганізмів – у 63 (54,3 %) хворих. Відповідно до чутливості мікроорганізмів змінювали і антибактеріальні препарати.

ЛІТЕРАТУРА

1. Колкін Я.Г., Шаталов О.Д., Хацко В.В., Івашенко А.В. Сучасне малоінвазивне лікування хворих на бактеріальні абсцеси і непаразитарні кісти печінки // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2006. – Т. 10, № 3. – С. 33-34.
2. Мошківський Г.Ю. Особливості лікування холангіогенних абсцесів печінки шляхом черезшкірних втручань під контролем ультразвукового дослідження // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 35-річчю ІХТ ім. О.О. Шалімова “Актуальні проблеми клінічної хірургії” // Клінічна хірургія. – 2007. – № 5-6. – С. 31.
3. Сидорчук Р.І., Іващук О.І., Михайлівський О.В. та ін. Динаміка змін специфічної імунної реактивності при абдоминаль-

Антибактеріальну терапію проводили в усіх хворих на абдомінальний сепсис та абсцеси черевної порожнини з часу госпіталізації їх в стаціонар. Спочатку проводили емпіричну антибіотикотерапію, яка полягала в комбінації цефалоспоринів III-IV поколінь або фторхінолонів з антианаеробними препаратами. Після отримання результатів бактеріального дослідження та визначення чутливості флори до антибіотиків, відповідно, змінювали і препарати. У 78 % хворих флора виявилася чутливою до вищезгаданих препаратів. У решти хворих із тяжким сепсисом застосовували антибіотики групи карбапенемів, зокрема меронем (меропенем) в дозі 1,0 г внутрішньовенно 3 рази на добу. Для профілактики грибкової патологічної колонізації і суперінфекції при проведенні довготривалої антибактеріальної терапії застосовували дифлюкан (флуконазол) в добовій дозі 50-100 мг.

Тривалість стаціонарного лікування у хворих, яким виконувалися черезшкірні дрeнування абсцесів черевної порожнини, становила в середньому (9,6±0,7) доби, у хворих, яким виконували лапаротомії, – (16,3±1,50) доби.

Після відкритих оперативних втручань 11 (9,5 %) хворих померли від поліорганної недостатності. Після застосування міні-інвазивних методик – 2 (1,7 %) хворих. Всього померли 13 (11,2 %) із 116 хворих.

Висновок. Найбільш ефективною хірургічною тактикою при абсцесах черевної порожнини є застосування міні-інвазивних методик, зокрема, черезшкірних пункційно-дрeнуючих втручань під контролем ультразвукового дослідження у поєднанні з комплексною інтенсивною консервативною та антибактеріальною терапією. Відкриті оперативні втручання здійснювали тільки за неможливості та неефективності міні-інвазивних технологій. Застосування таких підходів дозволило в більшості хворих уникнути відкритих оперативних втручань, зменшити тривалість стаціонарного лікування та загальну летальність до 11,2 %.

Перспективи подальших досліджень. Вивчення частоти післяопераційних ускладнень при застосуванні відкритих операцій та міні-інвазивних технологій.

- нуму сепсисі // Львівський медичний часопис. – Т. XIV, № 3. – 2008. – С. 104-107.
4. Шалимов А.А., Калита Н.Я. Хирургическое лечение некротического панкреатита // Клін. хірургія. – 2003. – № 1. – С. 3.
5. Bone R.C. Sir Isaac Newton, sepsis, SIRS, and CAPS // Crit. Care Med. – 1996. – V. 24. – P. 1125-1129.
6. Delattre J.F., Levy Chazal N., Lubrano D., Flament J.B. Percutaneous ultrasound-guided drainage in the surgical treatment of acute severe pancreatitis // Ann. Chir. – 2004. – Vol. 129, N 9. – P. 497-502.
7. Emmanuel K., Weighardt H., Bartels H., Siewert J.R., Holzmann B. Current and future concepts of abdominal sepsis // World J. Surg. – 2005. – Vol. 29, № 1. – P. 3-9.