

УДК 616.361-002.1-07+616.361-002.1-08

© І.М. ШЕВЧУК, М.Г. ШЕВЧУК, М.М. ДРОНЯК, А.О. ВАЦЕБА

Івано-Франківський національний медичний університет

Сучасні аспекти хірургічного лікування хворих на абсцеси печінки, ускладнені абдомінальним сепсисом

I.M. SHEVCHUK, M.H. SHEVCHUK, M.M. DRONYAK, A.O. VATSEBA

Ivano-Frankivsk National Medical University

MODERN ASPECTS IN SURGICAL TREATING PATIENTS WITH HEPATIC ABSCESES COMPLICATED WITH ABDOMINAL SEPSIS

Протягом 2000–2008 років у клініці лікували 49 хворих на абсцеси печінки. Чоловіків було 22 (44,9 %), жінок – 27 (55,1 %), вік пацієнтів становив 19–74 роки. У 36 (73,5 %) хворих були виявлені холангіогенні абсцеси, у 8 (17,4 %) пацієнтів абсцеси печінки були наслідком закритої травми печінки, у 5 (10,2 %) хворих вони мали криптогенний характер. При абсцесах печінки, ускладнених абдомінальним сепсисом, найбільш ефективною вважаємо хірургічну тактику, яка передбачає пріоритетне застосування міні-інвазивних методик, зокрема черезшкірного пункційно-дренуючого втручання під контролем ультразвукового дослідження. Застосування таких підходів дозволило у більшості хворих уникнути відкритих оперативних втручань, зменшити тривалість стаціонарного лікування та загальну летальність.

There have been treated 49 patients during the period of 2000–2008 with hepatic abscesses in clinic. Among them have been 22 (44,9 %) men, 27 (55,1 %) – women aged from 19 to 74. 36 (73,5 %) patients had holangiogenic abscesses, 8 (17,4 %) patients had hepatic abscesses as a result of closed hepatic injuries, 5 (10,2 %) patients had abscesses with cryptogeneous character. Surgical tactics with the priority use of miniminvasive methodics, particularly, percutaneous puncture drainage procedure under ultrasonographic guidance is suggested to be the most effective treating method for the patients with hepatic abscesses complicated with abdominal sepsis. The usage of such approaches in most cases allowed to avoid open surgical operations and to decrease inpatient treatment period and decrease total lethality.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Завдяки широкому використанню ультразвукового дослідження і комп'ютерної томографії абсцеси печінки почали виявляти частіше, що відкрило шлях до застосування міні-інвазивної хірургії [1, 5]. Абсцеси печінки виявляють у 0,08–1 % випадків серед госпіталізованих хворих [4, 5]. До цього часу проблема своєчасного виявлення і вибору лікувальної тактики при абсцесах печінки повністю не вирішена, що зумовлено особливостями клінічної симптоматики та неналежними інструментальними методами обстеження хворих. Причинами виникнення абсцесів печінки найбільш часто є гнійно-запальні захворювання органів черевної порожнини. Вони утворюються внаслідок гнійного холангіту, як післяопераційне ускладнення лапароскопічних та лапаротомних холецистектомій, нагноєння кісти чи гематоми печінки, новоутворення печінки [1, 4, 5, 8].

Під час проведення клініко-лабораторного обстеження хворих частота діагностичних помилок абс-

цесів печінки складає 50–70 % [1, 5, 8], внаслідок пізньої діагностики летальність може сягати 30–80 % [5, 7, 8]. Чутливість і ефективність УЗД при абсцесах печінки складає 91 %, КТ – 98 % [2, 7]. Перевага КТ особливо відчутна при наявності малих абсцесів, а також порожнистих утворів, які містяться в зоні воріт печінки. Лапароскопія дозволяє виявити абсцеси печінки в доступних огляду зонах з використанням малоінвазивної пункції [5, 7]. Доцільно проводити черезшкірну пункцію печінки під контролем УЗД чи КТ із подальшим візуальним, цитологічним, бактеріологічним і біохімічним дослідженням матеріалу [2, 4, 5]. Інколи УЗД використовують під час лапаротомії, що дозволяє встановити датчик практично на кожному ділянці печінки з мінімальним використанням сонографічної енергії, виконати точну біопсію чи пункцію, канюлювати жовчні і судинні структури печінки [3, 4, 7]. Метод дає можливість локалізувати об'ємні утвори, вибрати оптимальне рішення під час операції і визначити анатомічні критерії можливої резекції печінки.

При ускладненні абсцесів печінки абдомінальним сепсисом (АС) у хворих виникають ознаки синдрому системної запальної відповіді, що вимагає поряд із хірургічним лікуванням застосовувати потужну дезінтоксикаційну та антибіотикотерапію. Тактика лікування при абсцесах печінки, ускладнених АС, і досі повністю не вирішена. Застосовують різні методи: хірургічний (позаочеревинний, позаплевральний) [1, 5, 8], тільки консервативний (при множинних абсцесах печінки) [6], черезшкірну пункцію і дренажу абсцесу під контролем УЗД, КТ або лапароскопії, проте тільки останній метод є найбільш доцільним та ефективним [4, 6].

Матеріали і методи. З 2000 до 2009 року в клініці лікували 49 хворих на абсцеси печінки, ускладнені абдомінальним сепсисом. Чоловіків було 22 (44,9 %), жінок – 27 (55,1 %), вік пацієнтів становив 19–74 років. У 36 (73,5 %) хворих були виявлені холангіогенні абсцеси, у 8 (17,4 %) пацієнтів АП були наслідком закритої травми печінки, у 5 (10,2 %) хворих абсцеси мали криптогенний характер.

Ми застосували такі методи обстеження хворих: клініко-лабораторні, ультразвуковий, комп'ютерну томографію, лапароскопію, цитологічне і бактеріологічне дослідження пунктату з печінки. Для УЗД використовували сонографічний апарат Siemens-Sonoline "Elegra", оснащений конвексними датчиками з частотою 3,5-12,0 МГц і доплер-системою. Для лапароскопії і втручань під її контролем використовували апарати й інструменти фірми "Karl Storz" (Німеччина). Для пункції абсцесу й евакуації його вмісту використовували голки Chiba 5-8,3 Fr, голки-катетери Huisman 5-8,3Fr. Дренажу абсцесу печінки проводили шляхом встановлення в його порожнину одноразового дренажу типу "pig-mail" (поросячий хвостик). Після евакуації вмісту абсцесу проводили його бактеріологічне, бактеріоскопічне та біохімічне дослідження, за результатами яких призначали антибіотикотерапію відповідно до чутливості мікрофлори. Бактеріологічне дослідження крові, жовчі, гною проводили у бактеріологічній лабораторії ОКЛ із визначенням аеробної та анаеробної мікрофлори з динамічним мікробіологічним моніторингом. Найчастіше висівали грамнегативні бактерії, головне місце серед яких займали представники ентеробактерій (*E.coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*), псевдомонади, а також неспорутворюючі анаероби, особливо бактероїди. Грампозитивні мікроорганізми склали одну третину із всіх висіяних збудників. При абсцесах печінки мали місце також анаеробні мікроорганізми (бактероїди, фузобактерії, пептокок, клостридії) в асоціації з аеробами. Змішана (анае-

робно-аеробна) мікрофлора виявлена у 33 (67,3 %) хворих, тільки анаеробна – у 7 (14,3 %) пацієнтів, тільки аеробна – у 5 (10,2 %) хворих, у 4 (8,2 %) пацієнтів висіяли гриби *Candida*.

Результати досліджень та їх обговорення. Гіпертермія понад 38 °С спостерігалася у 44 (89,8 %) хворих, зниження температури тіла нижче 36 °С було у 5 (10,2 %) пацієнтів. Тахікардія більше 90 уд./хв мала місце у всіх 49 хворих, у 17 (34,6 %) пацієнтів частота серцевих скорочень сягала більше 120 уд./хв. У всіх хворих встановлено тахіпное більше 20 за 1 хв. У 9 (18,4 %) хворих частота дихання була понад 30 за 1 хв.

У всіх 49 хворих із абсцесами печінки, ускладненими АС, в загальному аналізі крові відмічали збільшення загальної кількості лейкоцитів, яка у 24 (48,9 %) пацієнтів перевищувала $15 \times 10^9/\text{л}$. У лейкоцитарній формулі спостерігали значний зсув вліво, кількість паличкоядерних нейтрофілів становила в середньому $14,5 \pm 1,9$. У 19 (38,8 %) хворих кількість паличкоядерних нейтрофілів сягала більше 20 %. Анемію різного ступеня тяжкості виявлено у 36 (73,5 %) хворих, з них у 8 (16,3 %) пацієнтів гемоглобін був менше 70 г/л.

Всі 49 хворих на абсцеси печінки, ускладнені АС, були розподілені на 2 групи відповідно до статі, віку, локалізації абсцесу, тяжкості загального стану. Першу групу склали 22 хворих, які були оперовані за період 2000–2003 років з використанням серединної лапаротомії, гепатотомії, санації і дренажу гнійного вогнища. У другу групу увійшли 27 хворих, госпіталізованих у 2004–2008 роках, яким виконані малоінвазивні втручання під контролем УЗД. Холангіогенних абсцесів печінки було 36 (73,5 %), післятравматичних – 8 (17,4 %), криптогенних – 5 (10,2 %). У 91 % пацієнтів абсцес містився у правій частці печінки, у 9 % – у лівій, у 4 хворих абсцеси були множинні.

Антибактеріальну терапію призначали всім хворим на абдомінальний сепсис з часу госпіталізації їх у 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, меропенем (меропенем) в дозі 1,0 г внутрішньовенно 3 рази на добу. Для профілактики грибкової патологічної колонізації і суперінфекції при проведенні довготри-

валої антибактеріальної терапії застосовували дифлюкан (флуконазол) у добовій дозі 50–100 мг.

У першій групі хворих (22 хворих) після лапаротомії, гепатотомії, санації і дренивання гнійного вогнища у 7 (31,8 %) осіб спостерігали ускладнення (нагноєння рани, пневмонія), померли 3 (9,1 %) пацієнтів від поліорганної недостатності. Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі склала (27±1,1) доби. У другій групі (27 хворих) після виконання міні-інвазивних операцій ускладнення були у 2 (7,4 %) пацієнтів: пневмонія – 1 хворий, дислокація і вихід дренажу із порожнини абсцесу – 1 хво-

рий. Тривалість лікування склала (14±1,9) доби, летальних випадків не було.

Висновок. Застосування сучасних діагностичних технологій і заміна відкритого оперативного дренивання абсцесу печінки пункційно-дренирующими оперативними втручаннями під контролем ультразвукового дослідження дозволили скоротити термін лікування хворих у стаціонарі майже в 2 рази, знизити вартість лікування та частоту ускладнень із 31,8 до 7,4 %, а летальність – із 9,1 до 0 %.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Сучасне малоінвазивне лікування хворих на бактеріальні абсцеси і непаразитарні кісти печінки / Я.Г. Колкін, О.Д. Шаталов, В.В. Хацко [та ін.] // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2006. – Vol. 10, № 3. – С. 33–34.
2. Інтервенційна сонографія в лікуванні гепатопанкреатобіліарної патології / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, О.О. Васильєв [та ін.] // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – Т. 2. – С. 169–171.
3. Мошківський Г.Ю. Особливості лікування холангіогенних абсцесів печінки шляхом черезшкірних втручань під контролем ультразвукового дослідження / Г.Ю. Мошківський // 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.
4. Динаміка змін специфічної імунної реактивності при абдомінальному сепсисі / Р.І. Сидорчук, О.І. Івашук, О.В. Михайлівський [та ін.] // Львівський медичний часопис. – Т. XIV, № 3. – 2008. – С. 104–107.
5. Шаповал С.Д. Хирургический сепсис. Критерии диагностики. / С.Д. Шаповал, Б.М. Даценко, В.Б. Мартынюк [и др.] // Клінічна хірургія. – 2007. – № 7. – С. 34–37.
6. Abraham E. Alteration in cell signaling in sepsis / Abraham E. // Clin. Infect. Dis. – 2005. – Vol. 15, N 41. – P. 459–464.
7. Emmanuel K. Current and future concepts of abdominal sepsis. K. Emmanuel, H. Weighardt, H. Bartels [et al.] // World J. Surg. – 2005. – Vol. 29 (1). – P. 3–9.
8. The Puzzle of Sepsis: Fitting the Pieces of the Inflammatory Response With / Cunneen J. [et al.] // Treatment. Shock. – 2004. – Vol. 15 (1). – P. 18–44.

Отримано 12.08.10