

УДК 616.37+616.36+616.411] – 002.3 – 089

ЛЕЧЕНИЕ ОЧАГОВЫХ ГНОЙНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ, СЕЛЕЗЕНКИ И ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.М. Тищенко, А.В. Малоштан, Р.М. Смачило, Д.И. Скорый, Н.Н. Брицкая, М.А. Клесова, А.А. Малоштан, О.А. Иваненко, Е.В. Мушенко

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», г. Харьков

Реферат. Представлен опыт лечения 75 больных с гнойниками печени, селезенки, поджелудочной железы, над- и подпеченочного пространства с помощью дренирующих операций под контролем лапароскопа или ультразвука. Наиболее сложной для лечения оказалась группа пациентов с инфицированными постнекротическими кистами парапанкреатической области на фоне панкреонекроза. В группе больных абсцессами печени в 4,2% случаев потребовался лапаротомный доступ для резекционных методов. Во всех других случаях использование миниинвазивных технологий для лечения очаговых гнойных поражений оказалось эффективным.

Ключевые слова: очаговые гнойные поражения брюшной полости; миниинвазивные технологии.

Инфицированные жидкостные скопления в паренхиматозных органах брюшной полости, в самой брюшной полости и забрюшинном пространстве встречаются в любом возрасте и, как правило, являются грозным осложнением заболевания или повреждения этих органов. Основным принципом лечения является старый постулат: где гной - вскрыть. Развитие эндоскопической хирургии создало возможности для локального доступа, санации и дренирования очаговых инфицированных образований брюшной полости и забрюшинного пространства [1-4].

Ц е л ь ю нашего исследования было выявление основных характерных особенностей клинического течения и лечения больных с очаговой гнойной патологией верхнего этажа брюшной полости и забрюшинного пространства при использовании миниинвазивных технологий.

М а т е р и а л и м е т о д ы

В статье представлен опыт применения малоинвазивных технологий при лечении 75 больных с абсцессами или нагноившимися кистами печени, селезенки, поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки, над- и подпеченочного пространства за период 1999-2009

года. Возраст больных от 17 до 80 лет. Характер встретившейся патологии: нагноение одиночной кисты печени – 5(6,7%); нагноение множественных кист печени – 1(1,3%); инфицированная гематома печени – 1(1,3%); абсцесс печени – 32(42,7%); абсцесс печени и брюшной полости – 3(4,0%); абсцесс селезенки – 4(5,3%); над- или подпеченочные абсцессы – 3(4,0%); инфицированные постнекротические кисты и абсцессы поджелудочной железы – 26(34,7%).

Диагностика абсцессов базировалась на известных [3] клинических признаках (гипертермия, воспалительные сдвиги в крови, интоксикация, боли, анамнез). Топическая диагностика осуществлялась на основе общепринятых [3, 4] лучевых методов: ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ), иногда выполнялась ангиография. При гнойниках печени, селезенки и над- и подпеченочного пространства абсолютный приоритет отдавался УЗИ, т. к. исследуя больного в разных проекциях и положениях тела метод, по нашему мнению, имеет наибольшую информативность о местоположении гнойника, его форме, размерах и путях доступа к нему. Для лечения, в основном, применялась лапароскопическая методика вскрытия и дренирования гнойной полости, реже — под контролем лучевых методов. При неэффективности миниинвазивных методик у 12(16%) санация гнойника производилась через лапаротомный доступ, у 4(5,3%) с применением резекционных методов.

Применялись следующие виды операций: чрескожная пункция, пункция с последующим дренированием трубкой или в сочетании с перчаткой, резекционные методы (на печени). В качестве трубчатого дренажа использовался мочевого катетер с раздутым баллончиком на конце. На фоне хирургического лечения всегда использовалась рациональная антибиотикотерапия.

Эффективность лечения оценивалась по данным УЗИ в динамике, клиническим признакам (температура, лейкоцитарная формула и др.).

Результаты и обсуждение

Основными клиническими проявлениями гнойников были боль (92%), гипертермия с ознобами (84%), желтуха (18%), лейкоцитоз более 12 тыс. (44%), СОЭ более 40 мм/час (72%).

При интактных среднем и нижнем этажах брюшной полости имелась возможность производить санацию под контролем лапароскопа. При этом всегда использовалась возможность дренирования и санации гнойной полости через уже сформированный спаечный процесс вокруг гнойника с передней брюшной стенкой, что позволяло лечебную санацию произвести вне сообщения с брюшной полостью. Это удалось при 5(6,7%) абсцессах печени, и 2(2,7%) подпеченочных гнойниках. Послеоперационный период в этих случаях протекал гладко и заканчивался к 4-8 суткам.

Внутрипеченочные абсцессы передних и средних сегментов печени (II-VII) размерами от 3 до 15 см чаще санировались под контролем лапароскопа, а дренаж гнойника всегда дополнялся дренированием прилежащих отделов брюшной полости. При больших размерах полости (13-15 см) выполнялось сквозное дренирование трубкой с диафрагмальной поверхности печени на висцеральную. Абсцессы VII-VIII сегментов в 7 случаях дренировались со стороны поясницы или боковой стенки живота под контролем УЗИ (так же минуя сообщение с брюшной полостью).

Среди инфицированных кист печени во всех 6 случаях имело место нагноение умерших эхинококковых кист. Пятерым пациентам удалось выполнить энуклеацию нагноившихся кист после их частичного опорожнения лапароскопически, в одном случае потребовалась лапаротомия и применен резекционный метод. Операции всегда заканчивались дренированием остаточной полости в печени и брюшной полости. У 3 больных в последствии развились наружные желчные свищи, которые закрылись самостоятельно в сроки от 2 до 8 недель.

Наиболее сложными для топической диагностики, определения и выполнения дренирующей манипуляции являлись постнекротические кисты и абсцессы поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. При локализации в области головки и тела ранагеас дренирование выполняли лапароскопически либо со стороны корня брыжейки тонкой кишки справа или слева, либо через желудочно-ободочную связку слева. Последующее клиническое течение было, как правило, волнообразным, длительным и зависело от течения собственно панкреонекроза.

Диагностика и построение технологии дре-

нирования постнекротических кист поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки не вызывало затруднений при их больших размерах (более 5 см) и овоидной форме. При меньших размерах или, что чаще встречается, при сложной щелевидной форме с множеством секвестров лапароскопическое или под контролем УЗИ дренирование становится технически очень сложным или вовсе невозможным. На фоне панкреонекроза кроме дренирования кист выполнялась люмботомия с люмбоскопией и некрсеквестрэктомией, дренирование забрюшинного пространства.

Абсцессы селезенки были размерами 40-200 мл и не представляли сложности для диагностики, техники дренирования и санации под контролем лапароскопа. Однако течение послеоперационного периода всегда было вялым и длительным, с рецидивами гипертермии и лейкоцитоза. По-видимому, такое течение связано с болезнью иммунного органа и иммунодепрессией.

В 6 случаях наблюдались гигантские абсцессы над- и подпеченочного пространства размерами 0,5-3,0 л. Их причинами явились деструктивный холецистит и осумкованные вскрывшиеся в брюшную полость абсцессы печени. Во всех случаях лапароскопическое дренирование оказалось эффективным и привело к выздоровлению. Причем, в 2-х случаях гнойники санированы под контролем лапароскопа со стороны свободной брюшной полости, но без ее сообщения с очагом инфицирования.

Неэффективными миниинвазивные методы оказались в 8(10,7%) случаев лечения абсцессов печени, что потребовало лапаротомного доступа и резекционных методов лечения, в основном атипичной резекции печени.

Общая летальность составила 4(5,3%) и определена полностью пациентами с панкреонекрозом и постнекротическими кистами.

Выводы

Дренирование очаговых гнойных поражений органов верхнего этажа брюшной полости и забрюшинного пространства с помощью лапароскопии и УЗИ является эффективной методикой. Но имеются особенности в зависимости от характера гнойника.

1. Группа пациентов с постнекротическими кистами поджелудочной железы отличалась от остальных групп изначальной тяжестью состояния, сниженными резервами организма, более затяжным течением, повторными, нередко многократными дренирующими операциями очагов деструкции по мере их формирования. Отмечена высокая сложность попадания в полость гнойника в силу их неправильной формы, часто щелевидного строения.

2. Пациенты с острыми абсцессами печени являются следующими по сложности и тяжести состояния после группы с постнекротическими кистами, хотя абсолютное их большинство исходно компенсированы. При четкой топической диагностике, как правило, удается после дренирующей операции добиться abortивного течения воспалительного процесса, а сферическая или овоидная формы полостей облегчают проведение дренирующего устройства.

3. Абсцессы селезенки сходны по клиническому течению с абсцессами печени, однако период выздоровления несмотря на адекватный их дренаж всегда затягивается в 1,5-2 раза и сопровождается длительной лихорадкой и воспалительными изменениями крови.

4. Абсцессы над- и подпеченочного пространств, если их генез связан с патологией печени и желчевыводящих путей с успехом могут лечиться дренированием под контролем лапароскопа. Методика способствует быстрой ликвидации признаков интоксикации и нормализации провоспалительных цитокинов.

ЛІКУВАННЯ ВОГНИШЕВИХ ГНІЙНИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ, СЕЛЕЗІНКИ ТА ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

О.М. Тищенко, О.В. Малоштан, Р.М. Смачило, Д.І. Скорий, Н.М. Брицька, М.А. Кльосова, О.О. Малоштан, О.А. Іваненко, Е.В. Мушенко

Реферат. Викладено досвід лікування 75 хворих з гнійниками печенки, селезінки, підшлункової залози, над- і підпечінкового простору за допомогою дренажних втручань під контролем лапароскопії та ультразвуку. Найбільш складною для лікування стала група пацієнтів з інфікованими післянекро-

тичними кістами парапанкреатичної області на тлі панкреонекрозу. У групі хворих на абсцеси печінки у 4,2% випадків знадобився лапаротомний доступ для резекційних методик. У всіх інших випадках використання мініінвазивних технологій для лікування очагових гнійних уражень було ефективним.

Ключові слова: очагові гнійні ураження черевної порожнини; мініінвазивні технології.

TREATMENT OF PURULENT FOCAL LESIONS OF LIVER, SPLEEN AND PANCREAS

A.M. Tishenko, A.V. Maloshtan, R.M. Smachylo, D.I. Skoriy, N.N. Britska, M.A. Klyosova, A.A. Maloshtan, O.A. Ivanenko, E.V. Mushenko

Abstract. The experience of the treatment of 75 patients with abscesses of liver, spleen, pancreas and supra- and subhepatic abscesses by drainage operations under US control or laparoscopy is presented. The most difficult group of patients for treatment was the group with infected pancreatic necrosis. Laparotomy for the resection methods of treatment was needed in 4.2% cases of patients with liver abscesses. In all other cases the minimally invasive technologies were highly effective in the treatment of purulent collections.

Key words: Intraabdominal abscesses; miniinvasive technologies.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г.Г., Церетели И.Ю. Холангиогенные абсцессы печени // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006. – Т.11, № 2. – С.30 – 35.
2. Котенко О.Г., Гусев А.В., Костюк М.П., Куповская С.И., Ильчук О.С. Принципы хирургического лечения хронического абсцесса и нагноившейся кисты печени / *Клінічна хірургія.* – 2007. – № 4. – С.20 – 22.
3. Лазаренко В.А., Охотников О.И., Чухраев А.М., Истомин С.Р., Ткачева В.Н. Малоинвазивная хирургия абсцессов печени // *Вестн.хирургии.* – 2003. – Т.162, № 2. – С.88 – 91.
4. Fong – Fu Chon, Shyr – Ming Chon, Yaw – Sen Chon, Mao – Chon Chon. Single and multiple pyogenic liver abscesses: clinical course, etiology and results treatment // *World J. Surg.* – 1997. – Vol.21, № 4. – P.384 – 389.