

ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИЙ АБСЦЕС СЕЛЕЗІНКИ

*І.Д. Дужий, д-р мед. наук, професор;
В.П. Шевченко, канд. мед. наук, доцент;
В.В. Шевченко, аспірант;
І.М. Медведєва; І.М. Лохоня,*

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Базуючись на даних літератури, автори показують зростаючу кількість хворих на абсцес селезінки (АС) і обґрунтовують цю ситуацію. Діляться досвідом лікування трьох постраждалих. Пропонують діагностичну тактику стосовно хворих на торакоабдомінальну травму і дають рекомендації щодо лікування хворих на АС.

Ключові слова: травма селезінки, абсцес.

Основываясь на данных литературы, авторы представляют рост больных с абсцессом селезенки (АС) и обосновывают такое положение. Делятся опытом лечения трех пострадавших. Предлагают диагностическую тактику в отношении больных с торакоабдоминальной травмой и предлагают рекомендации по лечению больных с АС.

Ключевые слова: травма селезёнки, абсцесс.

ВСТУП

Абсцес селезінки (АС) – патологічний процес, що спостерігається у клінічній практиці відносно рідко. У світовій літературі описано близько 600 випадків такого ускладнення [3]. Без лікування АС супроводжується високою летальністю, яка може досягати 100% [5]. Найбільш частими причинами розвитку АС є поєднання травми і гнійної інфекції. Чинниками, що сприяють ускладненню, є імунodefіцит та імунодепресивні методи лікування (опромінення, хіміотерапія). Встановлено, що зміни у хірургічній тактиці, які відбулися за останні 20 років, стосовно закритої травми селезінки, від обов'язкової спленектомії до максимального використання методів, спрямованих на збереження цього важливого імункомпетентного органа, серед яких широке впровадження органозберігаючих операцій та консервативного неоперативного лікування, сприяли збільшенню частоти АС, оскільки значна кількість хворих із закритою травмою селезінки у сучасних клініках лікується консервативно [2,7]. Такий підхід обґрунтовують рекомендації Американської асоціації хірургії травми (AAST), за якими пошкодження 1-2 ступенів життю постраждалих не загрожують, отже, вони можуть лікуватися консервативно [2]. Одним із пізніх і потенційно життєво небезпечних ускладнень травм живота чи поєднаних травм, не пов'язаних з оперативним втручанням, є розвиток АС [4]. Проте проблема пізніх ускладнень внаслідок консервативного лікування закритої травми селезінки для практичних лікарів маловідома і потребує подальшого вивчення, що визначає актуальність цієї проблеми.

Огляд літератури. Якщо раніше вважалося, що селезінка рідко стає місцем формування абсцесу, чому сприяють властиві їй специфічні імунологічні функції, та АС селезінки вважався казуїстикою, то останніми роками частота цього ускладнення зросла, перш за все за рахунок збільшеної кількості травм селезінки, що зумовлено широким впровадженням сучасних високоінформативних діагностичних методів [1]. Наступним чинником зростання АС є збільшення кількості імуноскомпрометованого населення, а саме: осіб, які зловживають алкоголем, тютюнопалінням, онкохворих, діабетиків, наркоманів, хворих із трансплантованими органами, ВІЛ-інфікованих та ін. Суттєвими

чинниками зростання кількості хворих на АС є зміна хірургічної доктрини, за якою при закритій травмі селезінки рекомендований перехід від обов'язкової спленектомії до більш зваженого консервативного лікування. Проте останнє, як відомо, створює передумови для розвитку інфекції у пошкоджених ділянках селезінкової паренхіми [4]. З останньої можливе поширення гнійної інфекції на інші органи і системи. Частішою буває гематогенна гнійна емболізація різних органів, особливо печінки. Контактне поширення інфекції включає безпосередній перехід запального процесу на підшлункову залозу, шлунок чи товсту кишку, а також розвиток піддіафрагмальних абсцесів. Найчастіше інфекційними збудниками при АС бувають *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, рідше - *E. coli*. Крім цього, існують повідомлення про нагноєння селезінки за рахунок умовно-та непатогенної мікрофлори [9].

На сьогодні АС залишається складним для діагностики процесом. Анамнез та фізикальне обстеження є досить суттєвими, але недостатньо надійними для діагностики цього захворювання. Хоча вони можуть дати вагомий привід, щоб запідозрити АС. Описані ознаки АС не є специфічними. Тріада клінічних симптомів: висока температура, біль у лівому підребер'ї та спленомегалія - спостерігається лише у третини випадків [8]. Перебіг захворювання може бути гострим, підгострим і хронічним. Клінічні симптоми можуть змінюватися залежно від локалізації, розміру, терміну і прогресування процесу, особливо при залученні до нього суміжних органів. Згідно з деякими авторами температура при АС може бути субфебрильною, інтермітуючою, гектичною або навіть нормальною [8,9]. Біль у животі спостерігається з найбільш частою локалізацією у лівому верхньому квадранті. Наявність периспленіту та його поширення на діафрагмальну плевру можуть спричинити появу болю у лівому плечі. Цей біль посилюється при кашлі або форсованому диханні. Такі інтоксикаційні ознаки, як пітливість, загальна слабкість та диспептичні симптоми, спостерігаються при АС, але вони можуть бути наявними і при інших септичних станах. М'який живіт частіше не супроводжується напруженням черевної стінки. Біль часто піднімається до нижньобочкових відділів грудної клітки. Спленомегалія спостерігається на ранніх етапах діагностики менше ніж у 50% хворих, пізніше – майже у всіх досліджених. Традиційне рентгенологічне обстеження має невисоку діагностичну цінність для визначення АС [9], у той час як УЗД органів черевної порожнини та КТ мають дуже високу або й неперевершену діагностичну цінність [9,10].

Найбільш важливими ускладненнями АС є його перфорація у черевну порожнину з розвитком поширеного гнійного перитоніту, розривів товстого кишечника або його обтурації, поширенням гнійного запалення до діафрагми з розвитком піддіафрагмальних абсцесів та абсцедування печінки і підшлункової залози, розвитком непрохідності кишківника, емпієми плеври, проривів гнійника через шкіру [4]. Лікувальна тактика при АС залежить від загального стану хворих, наявності супутніх патологічних процесів, причини виникнення абсцесу та розміру і топографії процесу [5]. Консервативне антибактеріальне лікування АС можливе лише у певних випадках на початкових стадіях процесу [7].

Хірургічне лікування при АС передбачає 3 втручання: перкутанне дренирування абсцесу, відкриту або лапароскопічну спленектомію і відкрите дренирування [5].

Спленектомія (СЕ) залишається стандартом лікування АС. Залежно від характеру абсцесу відкрита СЕ супроводжується летальністю від 5,4 до 17% із частою післяопераційних ускладнень у межах 28-43% [10]. Питома вага наведених цифр залежить від своєчасності проведеного оперативного втручання [2].

МЕТА РОБОТИ

Вивчити особливості клініки, перебігу, діагностики та лікування післятравматичних абсцесів селезінки у постраждалих із недиагностованою закритою травмою селезінки та у випадках їх неоперативного лікування.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ми спостерігали 157 хворих із закритою травмою селезінки. Більшість з них лікувалися оперативно. Проте у 3 хворих на догоспітальному етапі лікування травми селезінки було консервативним. Нами проаналізовані особливості діагностики, перебігу та результати лікування цих постраждалих.

Серед хворих, які після травми лікувалися консервативно, була одна жінка 40 років і два чоловіки 59 і 71 року. Травма в усіх постраждалих була поєднана із краніальною. Усі хворі мали класичну тріаду симптомів: біль у лівому підребер'ї, напруження черевної стінки у верхньому лівому квадранті, підвищену температуру. Проте з огляду на поєднаність травми прояв цих симптомів був стертим. У однієї хворої біль поширювався на нижні відділи грудної клітки. Селезінка була збільшена у всіх постраждалих. Захворювання супроводжувалося у всіх досліджених септичними проявами: кволість, млявість, адинамія, пітливість, втрата апетиту та маси тіла. Тривалість скритого періоду від травми до маніфестуючих проявів захворювання була такою: 9, 26 і 50 днів. Особливостями перебігу процесу у всіх трьох хворих були порушення пасажу кишечника. А саме: у одного хворого мала місце затримка випорожнення, що викликало підозру на злоякісний процес у лівому відділі товстого кишечника; у двох інших – чергування запору із однодворазовим проносом. У клінічних аналізах крові мала місце анемія (кількість еритроцитів менша від $3 \times 10^{12}/л$, рівень гемоглобіну менший $95г/л$), незначний лейкоцитоз ($7 - 8 - 9 \times 10^9/л$) із зсувом формули вліво. Значне прискорення ШОЕ (42-48-52). У двох хворих мало місце зниження вмісту CD_4 -лімфоцитів до 300 і 360 клітин, а у одного – до 120. У всіх хворих відразу після госпіталізації були визначені показання до оперативного втручання після корекції гомеостазису.

Спленектомії передувала короткотривала антибактеріальна підготовка. У післяопераційний період призначалась ад'ювантна терапія імунофаном. Помер один хворий за наявності значного пригнічення імунної системи і відсутності позитивної відповіді на антибактеріальну та заміну імунну терапію (кількість лімфоцитів $CD_4 - 120$). Два інших постраждалих виписані із відділення на 9-ту і 11-ту добу після операції без суб – і післяопераційних ускладнень.

Таким чином, АС розвинулись у хворих на поєднану травму. Не виключено, що черепно-мозкова складова поєднаної травми була причиною гальмування ознак травми селезінки, що привело до консервативного лікування цих постраждалих. З цієї ж причини маніфестація ознак АС мала місце від 9 до 50 днів. При короткому терміні маніфестації після отриманої травми АС проходив бурхливо із втягненням у «свою орбіту» інших органів, що закінчилося летально внаслідок поліорганної недостатності. При пізніших маніфестуючих проявах АС процес проходив більш доброякісно і закінчився сприятливо.

ВИСНОВКИ

1. Частота АС останніми роками має тенденцію до збільшення.
2. Зростання кількості хворих на АС пояснюється збільшенням травматизму, з одного боку, а з іншого – зміною хірургічної тактики лікування ушкоджень селезінки, за якою деяка частина постраждалих лікується консервативно.
3. У разі планування консервативного лікування постраждалих останнє має проводитись у кваліфікованих хірургічних відділеннях, де у

перші дві доби виконується УЗД селезінки та інших паренхіматозних органів кожні 12 годин, що може допомогти своєчасно встановити крововиливи у ці органи і селезінку.

4. При появі септичних ознак на тлі зсуву лейкоцитарної формули та зменшення СД₄ – лімфоцитів виникають підстави запідозрити нагноєння паренхіми селезінки.

5. Виявлене збільшення розмірів селезінки з гіпоехогенним утворенням – свідчення нагноєння її паренхіми або гематоми.

6. Нагноєння селезінки – формування абсцесу – показання до хірургічного втручання.

7. Оперативні втручання при абсцесі селезінки необхідно виконувати на тлі імунореакції відповідними препаратами (імунофан, тимоген, тимолін та ін.).

Перспективи подальших досліджень. При поєднаній краніоабдомінальній травмі необхідно дуже прискіпливо підходити до встановлення ступенів пошкодження селезінки зі схильністю до підвищення їх рівня, що дасть змогу спостерігати постраждалих у кваліфікованому хірургічному відділенні. Консервативне лікування деяких груп хворих з травмою селезінки в умовах кваліфікованого хірургічного стаціонару з динамічним ультрасоноскопічним дослідженням дасть змогу своєчасно вдаватися до оперативного втручання, що дозволить уникнути задавненості гнійних процесів селезінки і отримати хороший результат без розвитку суб- і післяопераційних ускладнень.

SUMMARY

POSTTRAUMATIC SPLENIC ABSCESS

I.D. Duzhy, V.P. Shevchenko, Medvedeva I.M., I.M. Likhonya
Medical Institute of Sumy State University, Sumy

Based on the literature, the authors present the growth of patients with splenic abscess (SA) and substantiate that situation, share their experience in treating three of the victims. They offer the diagnostic tactics in relation to patients with thoracoabdominal trauma and recommendations for treatment of patients with SA.

Key words: *splenic trauma, abscess.*

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко В.В. Закрита травма живота / В.В. Бойко, М.Г. Кононенко. - Харків, 2008.- 528 с.
2. Варданян А.В. Хирургическая тактика при сочетанной травме живота и головы: автореф. дис... канд. мед. наук. - Москва, 2008.- 16 с.
3. Laparoscopic splenectomy for splenic abscess / Carbonell A.M., Kercher K.W., Matthews B.D., Joels C.S., Sing R.F., Heniford B.T. // Surg Laparosc Endosc. Percutan Tech. - Oct., 2004. - № 14(5). - С. 289-291.
4. Cocanour Ch. S. Delayed complications of nonoperative management of blunt adult splenic trauma / Ch. S. Cocanour, F.A. Moor, D.N. War // Arch. of Surgery. - 1998. - Vol.133. - № 6. - P.619-625.
5. Fotiadis C. Abscesses of the spleen: report of three cases / C. Fotiadis, G. Lavranos, P. Patapis et al. // World J. Gastroenterol. - May, 21, 2008; 14(19). -P. 3088-3091.
6. Klimpel V. [Does Kehr's sign derive from Hans Kehr? A critical commentary on its documentation?]. Chirurg. - Jan. 2004, Vol. 75(1). - P.80-83.
7. Peitzman A.B. Nonoperative management of blunt abdominal trauma : have we gone too far? / A.B. Peitzman, P. Ferrada, J.C. Puyana // Surg. Infections. - 2009. - Vol.10, № 5. - P.427-433.
8. Smyrniotis V. Splenic abscess. An old disease with new interest / V. Smyrniotis, D. Kehagias, D. Voros et al. / Dig. Surg. - 2000. - Vol.17(4). - P.354-357.
9. Tung CC Splenic abscess: an easily overlooked disease? / C.C. Tung, F.C. Chen, C.J. Lo // Am. Surg. - Apr. 2006. - No.72(4). -P.322-325.
10. Volk M. Diagnostic imaging of splenic disease / M. Volk, M. Strotzer // Radiologe. - Mar. 2006, No.46(3). - P.229-243.

Надійшла до редакції 6 грудня 2010 р.