

© М. М. СТЕЦЬ, Л. О. ХАРЧЕНКО, Т. М. ГАЛИГА

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

## Особливості діагностики та комплексне лікування хворих із хірургічним сепсисом

M. M. STETS, L. O. KHARCHENKO, T. M. HALYNA

National Medical University by O. O. Bohomolets

### PECULIARITIES OF DIAGNOSIS AND COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH SURGICAL SEPSIS

Незважаючи на досягнення сучасної медицини в боротьбі з гнійно-запальними захворюваннями, сепсис залишається однією з найбільш складних та недостатньо вивчених загальномедичних проблем. Щорічно в світі діагностується 1,5 млн пацієнтів із діагнозом сепсису, зокрема тільки в США – 750 тис. людей. У більшості випадків сепсис ускладнює легеневі, абдомінальні та урологічні інфекції. Протягом останніх 5 років відмічено збільшення показників смертності у хворих хірургічного профілю із тяжкими формами інфекційних ускладнень, і дана негативна тенденція обіцяє бути стійкою.

У поняття “хірургічний сепсис” зазвичай включають сепсис, що розвивається в результаті гострих та хронічних гнічних хірургічних захворювань і потребує місцевого хірургічного втручання та загальної інтенсивної терапії. Головною причиною смерті хворих із сепсисом є поліорганна недостатність. Своєчасна діагностика синдрому поліорганної недостатності та його профілактика є визначальними в поліпшенні результатів лікування сепсису на сучасному етапі.

За результатами конференції Американського товариства торакальних хірургів та лікарів медицини надзвичайних станів з питань визначення сепсису, в наукову термінологію введено нове поняття – “синдром системної відповіді на запалення – systemic inflammatory response syndrome”. Системна запальна відповідь формується при надмірній активації поліпептидних та інших медіаторів, а також клітин, що формують цитокинову сітку. Синдром системної відповіді на запалення – це клінічний прояв генералізованої форми запальної реакції. Крім тяжких інфекцій, синдром системної запальної відповіді проявляється при панкреатиті, політравмі та геморагічному шоці.

*Мета роботи:* вивчити особливості діагностики та хірургічної тактики хворих на хірургічний

сепсис із різною локалізацією гнійно-запальних процесів.

Протягом 2008–2012 рр. на базі Українського міського центру інтенсивної терапії сепсису КМКЛ № 3 проведено лікування 623 хворих, з них 225 (36 %) – із хірургічним сепсисом. У структурі хворих на хірургічний сепсис пацієнтів з гнійно-запальними процесами м'яких тканин на фоні цукрового діабету було 65 (34,39 %), 23 з яких мали заочеревинне розташування і 5 хворих – з параректальним та пельвіоперитонеальним розташуванням, ангіогенний сепсис – 76 (40,2 %) пацієнтів, 12 (6,34 %) хворих – із бластоматозними ураженнями, що супроводжувалися деструктивними процесами, 27 (14,28 %) пацієнтів – із деструктивним панкреатитом та 9 (4,7 %) хворих – з абсцесами селезінки і печінки, 36 (16 %) пацієнтів – з анаеробною неклостридіальною флегмоною. Жінок було 45 (20 %), чоловіків 180 (80 %), у середньому вік хворих склав (55±4,09) року.

Всім пацієнтам проведено загальноклінічні, лабораторні, імунологічні, бактеріологічні, інструментальні дослідження: рентгенологічні, відеоендоскопічні, черезшкірні черезпечінкові, ультразвукові дослідження, включаючи комп'ютерну томографію та електроенцефалографію.

Незалежно від локалізації процесу ключовими симптомами були лихоманка, біль у ділянці гнійно-запального процесу, місцева гіпертермія, гіперемія шкіри з наявністю багрово-ціанотичних плям без чіткої межі, тахікардія до 110 ударів за 1 хв, блідість шкіри землистого відтінку. Частота дихання сягала 32 дихальних рухів за 1 хв. При локалізації джерела запалення в черевній порожнині, а саме в паренхіматозних органах, заочеревинно, в парапанкреатичній клітковині, незважаючи на енцефалопатії, пацієнти локалізували зону ураження. Слід зазначити, що всі хворі були адинамічні, тією чи іншою мірою.

При ретроспективному аналізі відзначено пряму пропорційність ступеня тяжкості токсико-септичних проявів терміну госпіталізації. У 37 (16,4 %) пацієнтів прояви ендотоксикозу мали помірний ступінь вираження, в 129 (57,3 %) – середньої тяжкості, і тяжкий – в 59 (26,3 %) хворих. Це, своєю чергою, відображалось як у лабораторних, так і в інструментальних методах діагностики.

При визначенні основних розрахункових методів оцінки ендогенної інтоксикації легкого ступеня встановлено підвищення лейкоцитарного індексу інтоксикації (ЛІІ) до  $(1,45 \pm 0,22)$  ум. од. та гематологічного індексу інтоксикації (ГІІ) до  $(1,03 \pm 0,17)$  ( $p < 0,001$ ). Середній ступень ендотоксикозу характеризувався значним підвищенням ЛІІ до  $(1,74 \pm 0,14)$  ум. од. та ГІІ до  $(1,22 \pm 0,18)$  ( $p < 0,05$ ). При тяжкому ендотоксикозі ці показники становили, відповідно,  $(1,86 \pm 0,07)$  та  $(1,45 \pm 0,22)$  ум. од. ( $p < 0,05$ ).

При цьому показники цитолітичної активності цільної сироватки крові були на рівні  $30,27 \pm 0,22$ , токсинозв'язуюча активність білків автологічної сироватки становила  $(0,078 \pm 0,007)$  мкг барвника/мг білка відповідно. При середньому ступені ці показники були, відповідно,  $(40,29 \pm 1,56)$  та  $(0,069 \pm 0,009)$  мкг барвника/мг білка, при тяжкому –  $(54,76 \pm 2,47)$  та  $(0,046 \pm 0,007)$  мкг барвника/мг білка.

Рівень прокальцитоніну з тяжким ендотоксикозом був підвищений у середньому до  $3,75 \pm 0,6$  ( $p < 0,05$ ). При вивченні уражень серцево-судинної системи у хворих тяжкого ступеня виявлено зміни скоротливості міокарда, що проявлялись діастолічною недостатністю, мітральною регургітацією і дисфункцією папілярних м'язів.

Враховуючи вищезазначене, хворим із середнім та тяжким ступенем інтоксикації перед хірургічним лікуванням проводили інтенсивну передопераційну підготовку, включаючи емпіричну антибактеріальну терапію. Останню моделювали після отримання бактеріологічного пейзажу завдяки ліквідованому гнійно-запальному вогнищу. Післяопераційне інтенсивне лікування включало не тільки інфузійну полікомпонентну терапію, але й еферентні методи дезінтоксикації та імуностимулюючу терапію.

При бактеріологічному дослідженні у хворих епідермальний стафілокок та золотистий стрептокок асоціювались з ентерококом, клебсіелою та ентеробактером, рідше – з іншою кишковою флорою і неферментуючими бактеріями. Також висівали неклостридіальні анаероби та синьогнійну паличку. Ці мікроорганізми були висіяні у вигляді монокультури 12,4 % хворих, у 58,2 % – асоціації двох видів мікробів, у 29,4 % – асоціації трьох видів умовно-патогенних мікроорганізмів.

Прояви стабілізації гомеостазу, як клінічно, так і лабораторно з інструментальними даними, були прямо пропорційними терміну виконання хірургічного втручання та ступеню тяжкості токсико-септичної поліорганної дисфункції.

*Висновки.* 1. Запорукою ефективності лікування хворих на хірургічний сепсис є рання діагностика гнійно-запального процесу та його ліквідація.

2. Ступінь тяжкості ендотоксикозу прямо пропорційно залежить від терміну госпіталізації септичних хворих.

3. Середній і тяжкий ступінь токсико-септичних проявів вимагає ретельного підбору антибіотикотерапії та використання еферентних методів детоксикації.

Отримано 16.01.13