

УДК 616.36-002.3-07-035.7:371.321.8

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ

Д. С. Ефимов

Харьковский национальный медицинский университет,
Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи
им. проф. А. И. Мещанинова

ANALYSIS OF DIAGNOSTIC MISTAKES WHILE HEPATIC ABSCESS OCCURRENCE

D. S. Efimov

Kharkov National Medical University,
Kharkov Municipal Clinical Hospital of Urgent and Emergent Medical Care named after prof. A. I. Meshchaninov

Особенностью диагностики абсцесса печени является установление не только наличия самого абсцесса, но и источника его формирования.

Актуальность проблемы обусловлена большой частотой диагностических ошибок, достигающих 60% — при первичном абсцессе печени, 45,5% — при остром холангите.

Основными методами диагностики абсцесса печени являются ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография (КТ), их чувствительность составляет соответственно 85 — 95 и 90 — 100%.

Особое значение в диагностике имеет УЗИ.

За период с 2011 по 2016 г. в клинике лечили 46 больных по поводу абсцесса печени. В возрасте 60 лет и старше были 26 (56,9%) пациентов.

Сроки госпитализации от 8 ч до 1 мес с момента возникновения абсцесса.

У 45 больных диагноз абсцесса печени по данным УЗИ предполагали, или он был однозначно установлен. У 2 больных при первичном УЗИ врачи, описывая участки измененной ткани печени диаметром до 2,5 см, склонялись к заключению, что эти изменения могут быть метастатическими. Однако при динамическом исследовании было установлено, что эти участки являются формирующимися абсцессами печени, что в последующем было подтверждено.

В качестве примеров трудности диагностики абсцесса печени приводим клинические наблюдения.

У пациентки в возрасте 76 лет, умершей в стационаре через 2 ч после госпитализации, УЗИ выполнить не успели.

Из анамнеза известно, что в течение 7 сут больная находилась в том же стационаре, и была выписана за 8 дней до последней госпитализации. При обследовании, в том числе по данным УЗИ, признаков абсцесса печени не было, диагноз при выписке: желчнокаменная болезнь, острый холецистит, хронический панкреатит.

Диагноз при вскрытии: хроническая почечная недостаточность, острый пиелонефрит, паранефрит. Патологоанатомический диагноз: абсцесс левой доли печени на фоне тромбоза левой печеночной вены.

У пациентки в возрасте 71 года, госпитализированной через 5 сут от начала заболевания и умершей через 11,5 ч, по данным УЗИ выявлено наличие в S_{VI} , S_{VII} сегментах печени гипозоногенного образования размерами 5,5 × 3 см. Предположено наличие новообразования в надчревной области размерами 6,1 × 5,2 см. Учитывая также данные гастроэнтерофиброскопии, диагностированы стеноз выходного отдела желудка, опухоль желудка(?), острые язвы желудка, остановившееся острое желудочно-кишечное кровотечение. Диагноз при вскрытии: рак желудка (?), опухоль панкреатодуоденальной зоны (?), желчнокаменная болезнь (?), острый холецистит(?).

Патологоанатомический диагноз: множественные абсцессы пе-

чени с преимущественным поражением левой доли. Определить генез абсцессов не представилось возможным.

В обоих наблюдениях было расхождение диагноза по основному заболеванию.

Пациента 63 лет, госпитализированного через 1 мес от начала заболевания, лечили в клинике 4 дня. Из анамнеза известно, что в 1993 г. выполнена холецистэктомия, в 2011 г. наложен холедоходуоденоанастомоз по Юрашу—Виноградову. Перед последней госпитализацией в течение 2 сут больной находился в том же стационаре, выписан за 15 дней до последней госпитализации. При обследовании, в том числе по данным УЗИ (диагностировано расширение желчного протока до 1,04 см), признаки абсцесса печени не выявлены, диагноз при выписке: хронический панкреатит.

После госпитализации больному дважды проводили УЗИ, предположено наличие двух изозоногенных образований в печени диаметром до 2,5 см, метастатическое поражение(?). Через 2 сут в S_{VI} — S_{VII} сегментах выявлен участок размерами 80 × 71 мм с очагом гипоанэхогенности ("размягчения") в центре размерами 25 × 15 мм.

Заключение: формирующийся абсцесс (?).

По данным эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии диагностирован холангит, признаки холедохолитиаза не выявлены. Холедоходуоденоанастомоз достаточной ширины.

Диагноз: желчнокаменная болезнь III стадии, гнойный холангит, абсцессы печени (?)

Патологоанатомический диагноз: множественные сотовидные абсцессы печени с субтотальным поражением правой доли на фоне стриктуры внутripеченочного желчного протока.

Совпадение диагноза, группа IA. Таким образом, несмотря на выполнение эндоскопической ретроград-

ной панкреатикохолангиографии квалифицированным специалистом, причина образования абсцесса печени не установлена.

Выводы

1. Достоверность УЗИ в диагностике абсцесса печени при первичном исследовании, по нашим данным, составляет 95,8%.

2. Более часто выявляемым вариантом по данным УЗИ сформиро-

вавшегося абсцесса печени является наличие гипоэхогенного образования, при нагноении которого возникает анэхогенный участок, как правило, в центре.

3. У значительного числа больных в анамнезе имеются сведения о предшествовавшей госпитализации в хирургическое отделение.

