

Диагностика и методы хирургического лечения абсцессов печени

К.А.Линев

Луганский государственный медицинский университет, кафедра анестезиологии, реаниматологии и хирургии факультета последиplomного образования (заведующий — профессор И.В.Июффе)
Луганск, Украина

Проведен анализ лечения 107 больных с абсцессами печени. Изучены причины возникновения, микробиология, локализация, клиническая картина, выработаны принципы диагностики и лечения.

Ключевые слова: абсцесс печени, чрескожное дренирование, ультразвуковой контроль.

Введение

Частота абсцессов печени в общем хирургическом стационаре составляет 0,5%. При этом отмечают четкую тенденцию к ее увеличению [2, 7]. Высокая частота и тяжесть данного заболевания являются основанием для изучения вопросов, связанных с решением этой актуальной проблемы.

Летальность при абсцессах печени остается довольно высокой (2-3,2%) [1] и достигает 20-22% при множественном поражении [6]. Исход заболевания ухудшается у больных старше 70 лет, у пациентов с множественными абсцессами печени, особенно вследствие рака желчных протоков [1]. В случае множественных милиарных абсцессов печени летальность, как правило, обусловлена поздней диагностикой в связи с наличием атипичной клинической картины и развитием тяжелого сепсиса, лечение которого до сих пор представляет значительные трудности [1]. Вот почему является важным выявить особенности клинической картины, предположительные и достоверные диагностические критерии множественных абсцессов печени.

В лечении абсцессов печени отдают предпочтение малоинвазивным методам, хотя не во всех случаях они эффективны [3]. Выбор метода лечения, на наш взгляд, зависит от целого ряда факторов и обстоятельств.

Целью настоящей работы явился анализ нозологической структуры, клинической картины, проблем диагностики абсцессов печени, сравнение различных методов лечения для выработки показаний, алгоритма их применения.

Материалы и методы исследования

За период с 2005 по 2009 г. в хирургическом отделении Луганской областной клинической больницы находилось 107 больных с абсцессами печени в возрасте от 24 до 72 лет. Мужчин было 69 (64,5%), женщин 38 (35,5%).

Выявлены следующие причины образования абсцессов печени: гнойный холангит — 43 (40,2%); острый холецистопанкреатит — 22 (20,6%); травма печени — 34 (31,8%); сепсис — 2 (1,8%); криптогенные — 6 (5,6%).

У 89 (83,2%) больных абсцессы располагались в правой доле печени (V-VIII сегменты), у 18 (16,8%) — в левой (II, III сегменты). Единичные абсцессы были выявлены у 94 (87,9%), множественные — у 13 (12,1%). Размеры гнойников колебались от 1,2 до 11 см в диаметре. Множественные абсцессы у всех больных были менее 5 см в диаметре.

Производился посев содержимого абсцесса на рост аэробной микрофлоры, чувствительность к антибиотикам, экспресс-бактериоскопия. При бактериологическом исследовании у 76 (71%) больных выявили ассоциации на 2-3 вида микроорганизмов. Чаще встречались *Staph. aureus* (76,8%), *E.coli* (40,2%), *Kl.Pneumoniae* (40,2%), *Enterobacter* (15,6%), *Citrobacter* (5,3%), *Ps.aeruginosae* (4,5%). У 22 (20,6%) больных рост микрофлоры не выявлен.

У всех больных заболевание протекало с болью в правом подреберье, повышением температуры до 38-40 С, ознобом. Температурная реакция имела гектический характер. При осмотре больных отмечалась бледность кожных

покровов, тахикардия, болезненность в правом подреберье и гепатомегалия. В клиническом анализе крови у всех больных отмечался лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, анемия. Нарушения функций печени не отмечались. Ведущим в диагностике абсцессов печени был ультразвуковой метод исследования. При этом выявление абсцесса удавалось во всех без исключения случаях, независимо от его размеров и локализации. Наибольшие диагностические трудности возникали при наличии множественных мелких гнойников, не превышавших в диаметре 1,2-1,5 см. Их ультразвуковая картина была сходна с метастатическим поражением печени. В сомнительных случаях (37 больным) была произведена компьютерная томография, чрескожная пункция печени под ультразвуковым контролем с последующей биопсией или посевом полученного материала.

Основные принципы диагностики и лечения абсцессов печени, используемые нами, были следующие: многократное применение неинвазивных методов исследования: УЗИ, КТ для контроля редукции полости абсцесса; определение причины абсцесса перед хирургическим вмешательством; целиакография при подозрении на опухоль печени; назначение антибиотика широкого спектра действия перед вмешательством; посев содержимого абсцесса; исключение множественных абсцессов; применение чрескожного транспеченочного дренирования у пациентов с высокой степенью операционного риска; трансперитонеальная интраоперационная ревизия, выявление, устранение первичного источника; интраоперационный атравматический поиск абсцесса с использованием тонких игл; осторожность в плане внутрибрюшных инфекционных осложнений после вмешательства.

Лечебная тактика основывалась на этиологическом факторе, количестве и размерах абсцессов, наличии осложнений.

Использовались следующие методы лечения абсцессов печени: чрескожная пункция полости абсцесса под УЗ-контролем; дренирование полости абсцесса под УЗ-контролем; оперативный метод лечения.

Чрескожная пункция полости абсцесса под ультразвуковым контролем произведена 38 (35,5%) больным. Показанием к пункции мы считали размеры абсцесса менее 4 см и гомогенность его содержимого. Из этой группы только 13 (12,1%) больным было достаточно одной пункции для санации полости абсцесса и достижения эффекта выздоровления, тогда как

остальным больным производились повторные пункции, максимальное количество которых у одной больной было 12. Средний срок пребывания в стационаре этой группы больных составил 19,4 дня (от 5 до 78 дней).

Дренирование под УЗ-контролем производилось больным с полостью абсцесса диаметром более 4 см, при отсутствии клинического улучшения после пункции. В случае множественных абсцессов дренирующий и пункционный методы сочетались в зависимости от размера каждой отдельной полости абсцесса (все полости были пунктированы или дренированы). Всего дренажи устанавливались 40 (37,4%) больным. Средняя длительность пребывания больных в стационаре среди этой группы составила 21,7 дня (от 12 до 61 дня), что существенно не отличается от группы больных, у которых ограничились пункциями.

29 (27,1%) больных были оперированы. Из них у 13 (12,1%) были паравезикальные абсцессы печени при остром калькулезном холецистите. У них вскрытие, дренирование абсцесса сочеталось с холецистэктомией, причем 6 были оперированы открытым, а 7 — лапароскопическим методом. У 4 больных абсцесс печени возник на фоне поражения желчных протоков, механической желтухи (холангиогенный абсцесс печени), поэтому оперативное лечение, кроме вскрытия, дренирования абсцессов, включало билиодигестивный анастомоз (2 больных), наружное дренирование холедоха (2 больных). Резекция печени произведена 4 больным с длительностью заболевания более 3 мес. При этом условия применения малоинвазивных методов мы считали неэффективным вследствие развития толстой ригидной капсулы абсцесса. 2 больных были оперированы по причине наличия в полости плотных секвестров, неэффективности чрескожного дренажа. 3 больных имели осложнение абсцесса печени — гнойный перитонит, который у одного больного возник после спонтанной перфорации абсцесса печени, у 2 больных — после их пункции. У одного больного абсцесс печени был осложнением флегмоны передней брюшной стенки и грудной клетки, сепсиса; произведено вскрытие, дренирование флегмоны и внебрюшинное вскрытие, дренирование абсцесса печени. Средняя длительность пребывания в стационаре оперированных больных составила 17,7 дня (от 10 до 82 дней).

Умерло 2 (1,9%) женщины, обе с множественными абсцессами печени холангиогенной природы. Одна больная была из группы больных, подлежащих малоинвазивному методу

лечения (дренирование, многократные пункции под УЗ-контролем), другой было проведено оперативное лечение (билиодигестивный анастомоз, вскрытие, дренирование абсцессов печени). Причиной смерти в обоих случаях был синдром полиорганной недостаточности, септический шок.

Результаты исследования и их обсуждение

Полученные данные позволили установить, что в настоящее время ведущей является холангиогенная природа абсцессов печени. Пилефлебит как распространенная ранее причина абсцессов печени [4] в нашем наблюдении не встречался, что связано с прогрессом в лечении гнойно-воспалительных заболеваний брюшной полости.

Применение УЗИ и КТ в сочетании с диагностической пункцией позволило установить правильный диагноз в 100% случаев, что дает возможность применять их при скрининге больных с лихорадкой неясного генеза для исключения абсцессов печени. Указанные методы являются неинвазивными, поэтому могут применяться многократно, в том числе для контроля уменьшения полости абсцесса.

Необходимо подчеркнуть, что малоинвазивный и оперативный методы лечения абсцессов печени взаимно дополняют друг друга, потому что имеют разные показания. Результаты нашего исследования показали отсутствие сокращения срока пребывания в стационаре при применении малоинвазивного способа лечения, что противоречит данным литературы [1, 5]. Пункционный метод лечения как наиболее простой в отдельных случаях не был эффективен. Больные требовали повторных многократ-

ных пункций, что затягивало длительность периода нормализации температуры, увеличивало срок пребывания в стационаре. Касательно абсцессов печени показания к пункционному лечению в дальнейшем должны быть пересмотрены в сторону их сужения. Тем более что данный метод не лишен осложнений. В нашем исследовании 2 больных были прооперированы с перитонитом, возникшим после пункций абсцессов печени.

Летальные случаи составили больные с множественными абсцессами печени. Среди множественных абсцессов печени умерли 2 из 13 (15,4%), что значительно выше, чем общая летальность (1,9%) в данном исследовании. Это свидетельствует о необходимости дальнейшего исследования проблемы лечения множественных абсцессов печени.

Выводы

1. Основной причиной абсцессов печени является острый гнойный холангит (40,2%).
2. Ведущим в диагностике абсцессов печени является ультразвуковой метод исследования.
3. Нельзя противопоставлять оперативный и малоинвазивный методы лечения данной патологии, потому что для каждого метода существуют свои показания.
4. Длительность пребывания в стационаре больных, леченных оперативным и малоинвазивными методами, существенно не отличается.
5. Вскрытие, дренирование перипузырных абсцессов печени возможно лапароскопическим методом в сочетании с лапароскопической холецистэктомией.
6. Летальность при множественных абсцессах печени существенно выше, чем при одиночных.

Литература

1. Ахаладзе Г.Г., Церетели И.Ю. Абсцессы печени // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т.11, №1. — С. 97-105.
2. Калита Н.Я., Ничитайло М.Е., Котенко О.Г. и соавт. Этиология, патогенез и клинико-диагностические аспекты абсцесса печени // *Клінічна хірургія*. — 2004. — №10. — С. 54-58.
3. Котенко О.Г., Гусев А.В., Коршак А.А. и соавт. Резекция печени по поводу хронического абсцесса // *Клінічна хірургія*. — 2007. — №2-3. — С. 57.
4. Островський В.К., Жетимкаринов Д.С., Жетимкаринов Е.Д. Пилефлебитические абсцессы печени с благоприятным ближайшим и отдаленным результатом лечения // *Вестник хирургии им. Грекова*. — 2002. — Т.161, №6. — С. 83-84.
5. Тутченко М.І., Светлічний Е.В., Ткаченко О.О., Трофименко С.П. Мініінвазивні втручання під контролем ультразвукового дослідження в лікуванні хворих з абсцесами печінки // *Клінічна хірургія*. — 2009. — №1. — С. 14-17.
6. Alvarez Perez J.A., Gonzalez J.J., Baldonado R.F. et al. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess // *Am. J. of Surg.* — 2001. — Vol. 181. — №2. — P. 177-186.
7. Lee K.T., Wong S.R., Sheen P.C. Pyogenic liver abscess: an audit of 10 years' experience and analysis of risk factors // *Dig. Surg.* — 2001. — Vol. 18. — №6. — P. 455-465.

К. О. Лінюв. Діагностика і методи хірургічного лікування абсцесів печінки. Луганськ, Україна.

Ключові слова: абсцес печінки, чрезшкірне дренивання, ультразвуковий контроль.

Проведено аналіз лікування 107 хворих на абсцес печінки. Досліджені причини виникнення, мікробіологія, локалізація, клінічна картина, створені принципи діагностики та лікування.

K.A.Linyov. Diagnostics and methods of surgical treatment of liver abscesses. Lugansk, Ukraine.

Key words: liver abscess, transcutaneous drainage, ultrasound guide.

The analysis of 107 patients with liver abscesses was performed. The origins, microbiology, localization, clinical features were investigated, the principals of diagnostics and treatment were created.

Надійшла до редакції 25.11.2009 р.

© Український журнал екстремальної медицини імені Г.О.Можасва, 2010
УДК 578.27: 617 — 089

Антибіотикорезистентність основних збудників нозокоміальних гнійно-запальних інфекцій у стаціонарах хірургічного профілю

А.Г.Салманов, В.Ф.Марієвський, С.І.Доан, Ю.І.Налапко, О.М.Рубан

Департамент організації санітарно-епідеміологічного нагляду Міністерства охорони здоров'я України, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В.Громашевського АМН України» (директор — професор В.Ф.Марієвський), Луганський державний медичний університет (ректор — професор В.К.Івченко)
Київ, Луганськ, Україна

Проведено визначення провідних збудників гнійно-запальних інфекцій у відділеннях хірургічного профілю. Вивчено їх резистентність до антимікробних препаратів. До провідних збудників у хірургічних відділеннях належать *E.coli*, *S.aureus*, *S.epidermidis*, *P.aeruginosa*, *Enterobacter*, у відділеннях інтенсивної терапії — *Klebsiella*, *Acinetobacter* spp., *P.aeruginosa* та *Enterobacter*. Полірезистентні до антимікробних препаратів госпітальні штами поширені як у хірургічних відділеннях, так і у відділеннях інтенсивної терапії. Визначено чутливість до антибіотиків клінічних штамів у відділеннях хірургії та інтенсивної терапії.

Ключові слова: стаціонар, інфекції, антибіотикорезистентність.

Вступ

Нозокоміальні гнійно-запальні інфекції є актуальною проблемою для всіх країн світу, частота виникнення яких у хірургічних стаціонарах не має тенденції до зниження. За даними ВООЗ, однією з причин зниження ефективності заходів боротьби із цими інфекціями є антимікробна резистентність їх збудників [1]. Незадовільні результати лікування гнійно-запальних інфекцій перш за все пов'язані з поширенням у хірургічних стаціонарах полірезистентних госпітальних штамів умовнопатогенної мікролори (УПМ) — збудників гнійно-запальних інфекцій [1-3, 6, 7].

Сучасні принципи лікування інфекцій переоб'єднують використання антимікробних препаратів (АМП) відразу після виявлення клінічних ознак інфекції, причому для стартової терапії рекомендується проводити монотерапію або комбінацію АМП, активних відносно всіх вірогідних збудників з урахуванням можливої чутливості до антибіотиків [3].

Удосконалення підходів до вирішення питань підвищення ефективності лікування та профілактики нозокоміальних гнійно-запальних інфекцій неможливе без клініко-лабораторного та фармакологічного обґрунтування принципів, показань до призначення, критеріїв вибору та застосування антимікробних препа-