

УДК 617-089-083

## МАЛОІНВАЗИВНІ ОПЕРАЦІЇ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ В ЛІКУВАННІ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

**М.І.Тутченко**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії Національного медичного університету ім.О.О.Богомольця

**Е.В.Світличний**, кандидат медичних наук, доцент, підполковник медичної служби, старший викладач кафедри військової хірургії Української військово-медичної академії

**Резюме.** У роботі надані результати використання пункційних методів лікування 30 хворих з абсцесами печінки різної етіології та локалізації. Застосовували методи чрезшкірної чрезпечінкової пункції та дренування. Результати роботи свідчать про високу ефективність цього методу, що дозволяє одужати 96,7% хворим. Висвітлені показання і способи дренування абсцесів, методики санації та ведення хворих у післяопераційному періоді. Перевагами даного методу можна вважати малу інвазивність, що дозволяє переносити операцію пацієнтами з сепсисом, відсутність необхідності наркозу, економічний та косметичний ефекти.

**Ключові слова:** абсцес, печінки, малоінвазивні операції, ультразвуковий моніторинг.

**Вступ.** За даними літератури, абсцеси печінки, як ускладнення різних патологічних станів, таких як холангіт, кіста печінки, перитоніт, посттравматичні гематоми, виявляють у 0,2-2% хворих з тенденцією до збільшення [1, 2, 5, 7, 9]. Поєднання труднощів діагностики і лікування визначають актуальність даної проблеми. Частота післяопераційних ускладнень у випадках відкритих операцій становить 55%, а летальність досягає 13-38% при поодиноких абсцесах і 77-90% при множинних [1, 9]. Причинами смерті є сепсис та поліорганна недостатність.

Широке впровадження сонографії в клінічну практику підвищило ефективність діагностики абсцесів печінки до 85-90%, а

застосування малоінвазивних методик лікування під контролем ультразвуку істотно змінило концептуальний підхід до тактики лікування даної хірургічної патології.

Із застосуванням черезшкірних малоінвазивних втручань стало можливим одужання 60-85,2% хворих, при цьому середня тривалість стаціонарного лікування при відкритих операціях складає 26,1 діб, а при малоінвазивних втручаннях – 10,7 діб (3, 4, 6, 8,10).

**Матеріали та методи дослідження.** Нами проаналізовані результати лікування 30 хворих з абсцесами печінки різної етіології, у яких застосовані пункційно-дренуючі втручання під контролем УЗ.

Таблиця 1

**Характер патології, передуючої абсцесу печінки і кількість хворих**

Причини виникнення абсцесу печінки	К-ть хворих
нагноєння посттравматичної гематоми	4
колоото-різана рана печінки	3
красвий розрив печінки	2
піогенний абсцес	13
холангіогенний абсцес	5
холедохолітіаз (1)	
рак головки підшлункової залози(3)	
хвороба Клацкіна II тип (1)	
постнекротичний абсцес (ендоваскулярна емболізація гемангіоми печінки)	1
нагноєння гематоми після резекції метастаза печінки	2
Разом	30

При ультразвуковому дослідженні у 28 (92,8%) хворих діагностовано поодинокий абсцес: у 19 ізольоване ураження правої долі печінки, у 9 – лівої долі, в двох випадках мала місце подвійна локалізація. Локалізація по сегментах була наступною: II сегмент – 1 хворий, III – 5, IV – 3, V – 7, VI – 6, VII – 4, VIII – 2, IV-V – 1, II-VI – 1. Об'єм абсцесів становив від 5 до 800 мл гною. Чоловіків було 24, жінок – 6. Вік хворих від 18 до 76 років.

Ультразвукову діагностику і черезшкірні втручання здійснювали за допомогою апарату «Аюка-5000» (Японія) з конвексним датчиком, оснащеним адаптером. Пункцію проводили за допомогою голки «Chiba» діаметром 18-20G. Дренували гнійні вогнища зігнутими на кінці катетерами «Pig tail» або прямими катетерами Мюллера розмірами 9-12F одноетапним або двоетапним способом за Сельдінгером. Обов'язковим технічним забезпеченням є доплерівська програма для ідентифікації проток і судин печінки в зоні проходження пункційної траси.

Всі інвазивні маніпуляції виконували під місцевою анестезією, використовуючи 2% розчину лідокаїну після премедикації наркотичним анагетиком.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Клініка абсцесів печінки характеризувалася наступними симптомами: загальна слабкість, лихоманка, анорексія, нудота, блювота, блідість шкірних покривів унаслідок анемії, помірні болі в епігастральній області або правому підребір'ї. При подразненні діафрагмального нерва спостерігали іррадіацію болів у праве плече, гикавку, сухий кашель. У 6 хворих єдиним симптомом захворювання була лихоманка. У 9 хворих з великими і множинними абсцесами мав місце сепсис.

При фізикальному обстеженні виявляли помірну болючість в епігастральній області і правому підребір'ї, гепатомегалію, послаблення дихання в нижніх долях легень з ознаками ателектазу або ексудативного плевриту, що підтверджувалось при УЗД або рентгенографії. Відзначали тахікардію та гіпертермію до 38-39°C. У 14(46,7%) хворих,

як правило при холангіогенних абсцесах або значних за об'ємом зонах деструкції, спостерігали жовтяницю. Характерними змінами лабораторних показників були лейкоцитоз із зрушенням лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ, підвищення трансаміназ, лужної фосфатази, анемія.

Сонографічними ознаками абсцесів було виявлення в паренхімі печінки округлого, овального або полігональної форми рідинного утвору з неоднорідною внутрішньою структурою з крупними або дрібнодисперсними гіперехогенними включеннями. Капсулу абсцесу, яка складала 1-6 мм, візуалізували у хворих з тривалим, більше двох тижнів, існуванням абсцесу. Ехоструктура вмісту абсцесів залежала від причини виникнення і давності хвороби. У хворого з постнекротичним абсцесом у порожнині візуалізували неоднорідну гіперехогенну масу, представлену секвестрами печінкової тканини, фібрином, перегородками і крупнодисперсним рідинним вмістом. При нагниваючих гематомах в порожнині була мелкодисперсна неоднорідна рідина. При піогенних абсцесах в початковій стадії інфільтрації спостерігали гіпоехогенну зону з нечітким контуром, ослабленим, по відношенню до решти паренхіми кровотоком. Через 10-14 діб спостерігали появу гіперехогенної капсули, внутрішніх перегородок, неоднорідне зниження ехогенності вмісту і появу рідинного компоненту, що підтверджувалося при проведенні діагностичної пункції. У 9 (30%) хворих спостерігали розширення дистальних (привідних) внутрішньопечінкових проток. При колото-різаних пораненнях спостерігали абсцеси овальної форми, відповідно рановому каналу, в порожнині неоднорідний крупнодисперсний вміст, представлений фібрином, гнійним ексудатом, секвестрами і домішкою зміненої жовчі. Характерною особливістю холангіогенних абсцесів було їх периферичне розташування в паренхімі поблизу розширених проток і наявність одного або двох гнійних вогнищ. Як правило, абсцеси печінки супроводжувались реактивним плевритом, у 15 (50%) хворих

спостерігали вільну рідину в піддіафрагмальному просторі справа, з розповсюдженням її по фланку і в порожнину малого тазу. Для остаточної верифікації діагнозу проводили пункцію абсцесу з подальшим бактеріологічним, цитологічним і біохімічним дослідженням отриманого вмісту.

Результати бактеріологічного дослідження виявили *Klebsiella pneumonia* – у 3 хворих, *Proteus mirabilis* – 1, *Candida albicans* – 1, *Entamoeba histolytica* – 1, у 20 хворих флора була змішаною, у 4 хворих росту мікрофлори не виявлено.

Подальший об'єм лікувальних заходів залежав від етіології абсцесу, об'єму і характеру ексудату.

При піогенних і холангіогенних абсцесах об'ємом до 10 мл виконували від 2 до 5 пункцій з інтервалом у 24 години. При абсцесах, об'єм яких перевищував 10 мл, проводили дренування. Дренажі встановлювали через черевну стінку в правому підребір'ї або епігастральній ділянці при абсцесах в II, III, IV і V сегментах печінки або через міжребір'я при локалізації абсцесів в VI, VII, VIII сегментах. Доступ через міжребір'я дозволяв скоротити відстань до порожнини абсцесу і зменшити рухливість дренажу, обумовлену дихальними екскурсіями діафрагми. Санація абсцесів проводилася до чистого санаційного антисептика, після чого вводили антибіотик групи карбопенемів. У інтервалах між санаціями проводили активну аспірацію, що дозволяє підтримувати порожнину абсцесу в спавшому стані та адекватно видаляти гнійно-некротичні маси. В процесі лікування через 7-10 днів, залежно від характеру ексудату і результатів бактеріологічного дослідження, здійснювали зміну антисептика, що використовували для санації (декасан, хлоргексидин, бетадін).

При посттравматичних абсцесах, незалежно від об'єму, застосовували тільки зовнішнє дренування, оскільки формування вогнища спочатку було пов'язане з пошкодженням судин печінки і жовчних проток.

Тривалість дренування становила від 2 тижнів до 2 місяців і корелювала з об'ємом абсцесу. Показами для видалення дренажів вважали припинення ексудативного процесу, відсутність порожнини з рідинним компонентом при ультразвуковому скануванні, нормалізацію показників крові, температури і загального стану хворого.

При лікуванні хворих з холангіогенними абсцесами після діагностичної пункції і верифікації діагнозу, дренування абсцесів виконували після усунення жовчної гіпертензії по одному з трьох способів: черезшкірне черезпечінкове дренування жовчних проток (2), накладання холецистостоми під контролем УЗД (2), ендоскопічне стентування холедоха (1).

У 8 із 30 хворих з порожниною абсцесу до 10 мл був застосований пункційний метод лікування. У одному випадку було потрібно виконання дренування абсцесу внаслідок підтікання жовчі. У всіх пацієнтів наступило одужання.

Дренування абсцесу під контролем УЗД виконане у 22 хворих. Одужання наступило у 21. У одному випадку після дренування виникла кровотеча, що послужила причиною смерті. Середня тривалість лікування абсцесів склала  $17 \pm 3$  дб.

У 3 хворих з обширними посттравматичними абсцесами сформувалася кіста печінки. У одного хворого з холангіогенним абсцесом через два роки після лікування спостерігали рецидив захворювання, що послужив причиною лапаротомії.

#### **Висновки**

1. Застосування пункційно-дренуючих втручань під контролем УЗД є ефективним методом лікування хворих з абсцесами печінки, що дозволяє одужати 96,7% хворим.

2. Перевагами даного методу є мала травматичність, відсутність необхідності загальної анестезії, гарна переносимість операції тяжкими ослабленими хворими, висока точність дренування і можливість переміщення дренажу при зміні розмірів гнійника, а також невеликі терміни лікування.

## Література

1. Мошковский Г.Ю., Ничитайло М.Е., Шкарбан В.П. Холангиогенный абсцесс печени: этиологические, патогенетические аспекты, особенности эхо-диагностики, место чрезкожных вмешательств под контролем ультразвукового исследования в их комплексном лечении // Клін. хірургія.-2003.- № 4-5.-с. 27-28.
2. Бабьяк Т.Е. Сучасні аспекти діагностики та лікування бактерійних абсцесів печінки // Автореф. канд.мед.наук – м.Львів. - 2003.- 16с.
3. Биневиц В.М. Пункции и катетеризации в практической медицине. - «Элби-СПб» - 2003. - 284 с.
4. Дадвани С.А., Шкроб О.С., Лотов А.Н. и соавт. Диагностика и лечение отграниченных поддиафрагмальных жидкостных скоплений под контролем УЗИ // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова.–1999.- № 12.- С.13-18.
5. Конькова М. В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной абдоминальной хирургии.-Донецк: Новый мир, 2005.-300 с.
6. Люлько И.В., Косульников С.О., Тарнопольский С.А. Миниинвазивный метод лечения абсцесса печени // Клінічна хірургія 2001.- №4.- С. 18-20.
7. Мартьянов С.Г., Карашуров Е.С., Цеханович К.Б. Чрезкожная катетеризация абсцессов печени под ультразвуковым контролем // Хирургия.-1999.-№ 12.-С. 57.
8. Ничитайло М.Е., Мошковский Г.Ю., Максимов Р.В., Шкарбан В.П., Мехрабан Джафарлу Фарзоллах. Пиогенный абсцесс печени и околопечёночного пространства: радикальное лечение путём чрезкожного вмешательства под контролем ультразвукового исследования // Клін. хірургія.-2004.- № 4-5.-С. 52-53.
9. Serwenka H.Bacher H.Werkgartner G: Treatment of patients with pyogenic liver abscess. Chemotherapy 2005;51:366-369.
10. Tachopoulou O.A., Vogt D.P., Henderson J.M.: Hepatic abscess after liver transplantation: 1990-2000. Transplantation.- 2003.-Jan 15;75(1):79-83[Medline].

*Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.*