

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ
ПЕЧЕНИ**

Актуальность проблемы. Диагностика и лечение абсцессов печени является одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии (1, 2, 4, 8, 11). За последние годы отмечен рост числа тяжелых деструктивных заболеваний органов брюшной полости, особенно - острым панкреатитом, являющимся в настоящее время ведущей причиной пилефлебита и последующего развития абсцессов печени и травм брюшной полости (1, 3, 4). За последние 20 лет резко увеличилось и количество малоинвазивных, открытых оперативных вмешательств на желчных протоках с оставлением стентов и транспеченочных дренажей, что увеличило количество холангиогенных абсцессов печени.

К сожалению, результаты хирургического лечения абсцессов остаются неудовлетворительными. Количество осложнений составляет до 55%, летальность достигает 12-38% – при единичных абсцессах, до 77- 90% – при множественных абсцессах (1, 3, 4, 11).

Существуют три направления в лечении абсцессов печени: 1) консервативная терапия, 2) открытые хирургические вмешательства, 3) малоинвазивные манипуляции под контролем ультразвукового исследования, компьютерной томографии или видеолапароскопии. В последнее десятилетие доказано, что малоинвазивные вмешательства при лечении абсцессов печени являются наиболее эффективными. Их преимущество состоит в малотравматичности, возможности выполнения процедуры в любом подразделении стационара и под местным обезболиванием, что немаловажно при лечении тяжелых больных, находящихся на лечении в реанимационных отделениях. Кроме того, малоинвазивные технологии экономически рентабельны (2, 5, 6, 7). Опыт многих авторов показал, что пункция и дренирование абсцесса под ультразвуковым контролем являются простыми в исполнении и эффективными методами лечения, благодаря которым уменьшилось количество открытых операций, снизилось число послеоперационных ос-

ложнений, сократилась продолжительность пребывания больного в стационаре (8, 9).

Цель исследования: оценить результаты малоинвазивных технологий в комплексном лечении абсцессов печени.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 21 больного с абсцессами печени, которым выполнили вмешательства под навигацией (УЗИ) в Благовещенской городской клинической больнице в хирургическом отделении в 2017 году. Возраст оперированных больных колебался от 26 до 73 лет, лица трудоспособного возраста составили 16 (76,2%), преобладали лица мужского пола - 90, 5% (19 человек).

В последние годы отмечается увеличение числа больных с холангиогенными абсцессами печени, которые развиваются при остром гнойном холангите и механической желтухе, обусловленной желчнокаменной болезнью и ее осложнениями (холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального сосочка). Существенно реже холангиогенные абсцессы развиваются на фоне желтухи, обусловленной раком головки поджелудочной железы или опухолью внепеченочных желчных протоков. Достаточно редко развитие холангиогенных абсцессов обусловлено миграцией в просвет желчевыводящих протоков некоторых видов паразитов (особенно при аскаридозе, описторхозе, фасциолезе).

Холангиогенные абсцессы, как правило, множественные. Среди обследованных нами больных у 18 (85,7%) диагностированы холангиогенные абсцессы, у 2 (9,5%) больных – посттравматические, у 1 (4,8%) причина развития абсцесса не установлена. У 15 (71,4%) больных абсцессы локализовались в правой доли печени, у 6 (28,6%) – в левой доле. Одиночные абсцессы выявлены у 15 (71,4%), множественные - у 6 (28,6%). Размеры абсцессов печени колебались от миллиарных, просовидных (менее 1 см) и мелких (от 1 до 3 см) до средних (от 3 до 6 см), крупных (от 6 до 10 см). Чаще диагностировались абсцессы размерами от 3 до 10 см, являющиеся средними и крупными. У 14 (66,7%) больных размеры абсцессов составляли более 3 см в диаметре. Наиболее частая локализация абсцессов печени - VI-VII-VIII сегменты.

Диагностический алгоритм включал оценку клинических данных, результатов физикального осмотра, изучение анамнеза заболевания, лабораторных показателей. При исследовании крови в клиническом анализе отмечались признаки воспаления (повышено содержание лейкоцитов, сдвиг формулы влево, ускорена СОЭ), билирубинемия и повышения активности печеночных ферментов. Для

Резюме Авторами проанализированы результаты лечения 21 больного с абсцессами печени. Отмечена высокая эффективность использования малоинвазивных технологий в комплексном лечении абсцессов печени.

Ключевые слова: абсцесс печени, лечение, малоинвазивные технологии.

MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN COMPLEX TREATMENT OF LIVER ABSCESS

N. P. Volodchenko,¹ S.A. Polyanski,² P.I. Ivanoschuk²

FSBEI HE the Amur state medical Academy of Ministry of Public Health of Russia,¹ Blagoveshchensk; Amur Clinical Hospital,² Blagoveshchensk, Russia

Abstract The authors analyzed the experience of treatment of 21 patients with abscess of the liver. The high efficiency of various minimally invasive technologies in complex treatment of the liver abscess was noted.

Key word: liver abscess, treatment, minimally invasive technologies.
DOI 10.22448/AMJ.2018.3.52-53

выявления патологических изменений паренхимы печени, локализации патологического очага и оценки близлежащих органов (желчевыводящих путей, поджелудочной железы, желудка) проводили УЗИ, КТ брюшной полости, гастроскопию.

Результаты и обсуждение

В клинической картине абсцессов печени нами специфических симптомов не отмечено. У больных с абсцессами печени на первый план выступали признаки тяжёлой интоксикации. Лихорадка с ознобом выявлена у 19 (90,4%), тупые постоянные боли в правом подреберье или в эпигастральной области - у 17 (80,9%), снижение аппетита, слабость и утомляемость - у 15 (71,4%), пожелтение кожных покровов - у 18 (85,7%). В анализах крови отмечался лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, признаки анемии у 14 (66,7%), увеличение билирубина, амилазы крови, АЛТ, АСТ, снижение уровня белка, увеличение С-реактивного белка, прокальцитонина.

Тяжесть состояния больных с абсцессами печени, как правило, была обусловлена развитием абдоминального сепсиса, поэтому лечение этих больных проводили совместно с реаниматологами в условиях отделения реанимации. Комплексное лечение абсцессов печени включало массивную антибактериальную терапию (цефалоспорины и фторхинолы третьего и четвёртого поколений), дезинтоксикационную терапию с применением эфферентных методов детоксикации, симптоматическую терапию.

При лечении абсцессов печени мы использовали малоинвазивные вмешательства, в частности, у 3 больных мы использовали 2 двукратные лечебно-диагностические пункции и дренирование абсцесса под контролем УЗИ у 18 больных. Дренаж в полость абсцесса устанавливали через неизмененную паренхиму печени. При этом учитывали наличие в ткани печени крупных сосудов и протоков. В связи с этим трасса проведения иглы в каждом случае определялась с учётом соотношения полости абсцесса и окружающих тканей. Дренаж в полость абсцесса устанавливается по проводнику для предотвращения дислокации кончика катетера за пределы гнойника, учитывая недостаточно сформированную капсулу абсцесса печени. Диаметр дренажных трубок - 4 мм, для дренирования полостных систем использовались кольцевидные дренажи с дополнительными боковыми отверстиями. Диаметр абсцессов составлял 2,0 до 4,0 см.

Осложнения после пункций абсцессов печени наблюдались у 2 (9,5%) больных, у одного - выпадение дренажа, у другого - истечение желчи. При анализе микробного содержимого абсцессов в экссудате преобладали стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка в виде монокультуры и в ассоциациях. В завершении пункционной санации в полость вводили водный раствор антисептика диоксидина. Дренаж в полости абсцесса находился от 2 недель до 1 месяца. Показаниями к удалению дренажей считали отсутствие отделяемого по дренажу в течение недели в совокупности с ультразвуковыми данными и клинической картиной заболевания. Средняя продолжительность активного промывания составила 4-5 суток. Летальных исходов не было. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 13,8 суток.

Амурский медицинский журнал №3 (23) 2018

Выводы

1. Малоинвазивные методы лечения абсцессов печени с использованием лучевой навигации являются эффективными способами лечения больных.

2. Комплексное лечение абсцессов печени с использованием малоинвазивных технологий позволяет добиться лучших результатов при меньших затратах, снизить количество послеоперационных осложнений, сократить время пребывания пациентов в стационаре.

Литература

1. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство / под ред. И.И. Затевакина, А.И. Кириенко, В. А. Кубышкина. М.: ГЕОТАР-МЕД, 2016. 903 с.
2. Архангельский В.В., Бедин В.В., Кулышев В.О. и др. Малоинвазивные методы лечения абсцессов печени под ультразвуковым контролем // Ультразвуковая функциональная диагностика. 2004. № 1. С. 150-151.
3. Ахаладзе Г.Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени // Анналы хирургической гепатологии. 2012. Т. 17. № 1. С. 53-60.
4. Басос Ф. Абсцессы печени: диагностика, лечение / Ф. Басос, Н.А. Майстренко // Материалы Пленума правления Ассоциации хирургов - гепатологов России и стран СНГ. Пермь, 2001. С. 82-83.
5. Гаврилин А.В., Вишневский В.А., Кубышкин В.А. Чрескожные вмешательства под контролем УЗИ при абсцессах печени. // Анналы хирургической гепатологии. 1999. № 2. С. 92-93.
6. Люлько И.В., Косульников С.О., Тарнапольский С.А. Миниинвазивный метод лечения абсцесса печени // Клинич. хирургия. 2001. № 4. С. 18-21.
7. Малоинвазивные способы лечения абсцессов печени / М.Ф. Заривчакский и др. // Материалы Пленума правления Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Пермь. 2001. С. 105-106.
8. Новомлинский В.В., Глухов А.А., Чвикалов Е.С. Опыт лечения абсцессов печени с применением ультразвукографических технологий. // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2008. Т. 1. № 1. С. 22-25.
9. Современная тактика в лечении бактериальных абсцессов печени / В.А. Овчинников, А.А. Малов, С.В. Акуленко // Мед. альманах. Хирургия. 2013. Т. 29. № 5. С. 99-103.
10. Bahloul M., Chaari N., Bouaziz-Khlaf N. et al. Multiple pyogenic liver abscess // World Journal of Gastroenterology. 2006. Vol. 12, N 18. P. 2962-2963.
11. Vogl T. J., Estifan F. Pyogenic liver abscess: interventional versus surgical therapy: technique, results and indications // Rof. 2001. Vol. 173, N 7. P. 663-667
Статья поступила в редакцию 13.03.2018

Координаты для связи

Володченко Нина Петровна, д.м.н., заведующая кафедрой хирургии с курсом урологии ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России. E-mail: ninavolodcenko@gmail.com
Почтовый адрес ФГБОУ ВО Амурская ГМА Минздрава России: 675000, Благовещенск Амурской области, ул. Горького, 95. E-mail: science.prorector@AmurSMA.su

Иванощук Пётр Иванович, заведующий хирургическим отделением ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница». E-mail: Petr.Ivanoschuk@yandex.ru

Полянский Сергей Александрович, врач-хирург ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница». Почтовый адрес ГАУЗ АО «Благовещенская городская клиническая больница»: 675000, г. Благовещенск, ул. Больничная, 32. E-mail: 1@muzgkb.ru