

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ

¹Колоцей В.Н., ¹Смотрин С.М., ²Страпко В.П.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,
г. Гродно, Республика Беларусь

Введение. Диагностика и лечение абсцессов печени является одной из актуальных проблем современной хирургии. Сложность трактовки результатов различных методов диагностики очаговых поражений печени может стать причиной поздней диагностики, несвоевременного начала лечения и возможных осложнений. Абсцесс печени является тяжелым полиэтиологическим заболеванием, частота которого в общем хирургическом стационаре имеет четкую тенденцию к увеличению.

Выделяют следующие пути распространения инфекции:

- 1) система воротной вены;
- 2) желчные протоки;
- 3) печеночная артерия;
- 4) смешанные; при травме печени;
- 5) прямое распространение инфекционно воспалительного

процесса из близлежащих органов.

Классификация Meyers (2001):

1. Криптогенные абсцессы.

2. Холангиогенные:

а) доброкачественного происхождения; б) злокачественного происхождения.

3. Кишечные:

а) доброкачественного происхождения; б) злокачественного происхождения.

4. Гематогенные (артериальные).

5. Другие порталные.

6. Травма печени.

7. Другие виды распространения (хронический гранулематоз, локальное распространение, операции на органах брюшной полости и др.).

8. Амебные.

Абсцессы печени чаще всего являются осложнением гнойных процессов в других органах, и этиопатогенез во многом зависит от первичной локализации воспалительного процесса.

Ежегодно среди больных с хирургической патологией гепатобилиарной зоны госпитализируется от 0,5 до 2–3% пациентов с гнойниками печени. По данным большинства исследователей летальность при микробных абсцессах печени высока и составляет от 20 до 30%, а при множественных абсцессах существенно выше, чем при одиночных, и может достигать, по данным некоторых авторов, 50–80%.

Цель исследования: определение рациональных подходов в диагностике и лечении абсцессов печени с учетом применения современных малоинвазивных пункционно-аспирационных и дренажных методов лечения.

Материалы и методы. В данное сообщение включены результаты обследования и лечения 16 пациентов с абсцессами печени, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» с 2016 по январь 2021 года. Это были пациенты в возрасте от 48 до 82 лет. Мужчин было 6 (37,5%), женщин – 10 (62,5%). Сроки поступления от начала заболевания составили от 3 суток и до месяца.

В клинических условиях проводилось комплексное обследование больных с применением общеклинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, компьютерных и других методов.

Результаты и обсуждение. Для своевременного и целенаправленного лечения абсцессов печени необходима быстрая и точная диагностика. Очень важно установить не только наличие самого аб-

сцесса, но и источник его формирования. Клинические и лабораторные проявления могут быть неспецифичными. Наиболее важным клиническим симптомом у больных абсцессами печени является лихорадка. Все пациенты предъявляли жалобы на гипертермию от 38 до 41 градуса, общую слабость. Всем пациентам проводился общепринятый комплекс обследования: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, ФГДС, ЭКГ, консультация терапевта. 11 пациентов (68,8%) предъявляли жалобы на боли в правом подреберье. УЗИ являлось основным методом диагностики абсцессов печени на первичном этапе и позволило у всех пациентов либо дать заключение о наличии абсцесса, либо выставить данный диагноз под вопросом. Ультразвуковое исследование с целью динамического наблюдения и до, и после операции производилось от 2 до 5 раз. 11 пациентам для верификации диагноза выполнили КТ, в 5 случаях выполнили МРТ. Чувствительность компьютерных методов составила 100%. Показатели общего анализа крови не всегда соответствовали морфологическим изменениям: у 5 пациентов (35,7%) лейкоцитоз был ниже $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$, у 4 пациентов (28,6%) процент палочкоядерных форм не превышал 10, что в большинстве случаев было отмечено у больных пожилого и старческого возраста и связано с ареактивностью организма в этот период жизни. Максимальные значения этих показателей, у остальных больных достигали: лейкоцитоз – $27,2 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 29%, токсическая зернистость ++.

Оперативному лечению были подвергнуты все пациенты. У 5 (31,3%) пациентов с размерами абсцесса до 6 см были применены чрескожные методы лечения. При выполнении пункции под контролем УЗИ выполняли аспирацию содержимого абсцесса, а его полость промывали раствором антисептика. Чрескожную пункцию дополняли дренированием полости абсцесса с использованием дренажа типа «pig tail».

Еще 3 (18,7%) пациентам произвели лапароскопию, и под контролем лапароскопа выполнили лапароскопическое дренирование абсцессов печени. Такой способ лечения позволяет произвести диагностику первичного источника инфекции, использовать дренажи большого диаметра, а также визуально проконтролировать и предотвратить развитие осложнений.

8 пациентов (50%) были подвергнуты оперативному лечению с применением лапаротомии, открытой санации и дренирования полости абсцесса дренажами и тампонами. В двух случаях у пациентов с калькулезным холециститом и холангиогенными абсцессами печени после опорожнения абсцессов наблюдалось подтекание желчи в полость абсцесса. В связи с этим выполнили холецистэктомию, холедохотомию, дренирование холедоха по Вишневскому.

Летальный исход наступил у 3 пациентов пожилого возраста с множественными абсцессами печени. Смерть наступила в послеоперационном периоде в связи с развитием полиорганной недостаточности.

Выводы. В настоящее время УЗИ в сочетании с КТ или МРТ являются основными методами диагностики абсцессов печени. Малоинвазивные вмешательства под УЗ-контролем являются основным способом лечения небольших (до 70-80 мм) абсцессов печени. Преимуществами метода являются малая травматичность, лучшая переносимость истощенными пациентами, отсутствие необходимости в наркозе. Применение малоинвазивных технологий уменьшает вероятность инфицирования брюшной полости, нагноения послеоперационных ран, возникновения послеоперационных грыж, что ведет к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и значительному экономическому эффекту. При наличии больших и множественных абсцессов печени альтернативы открытому оперативному вмешательству с широким вскрытием и дренированием абсцессов пока нет.