

## ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

*Язепчик А.В., Цилидзь И.И., Коleshко С.В., Сухоцкий Д.В.*

*УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно»*

## TREATMENT OF THE LIVER ABSCESSSES

*Yazepchik A.V., Tsilidz I.I., Koleshko S.V., Sukhotskiy D.V.*

*UZ «GKB № 4 of Grodno»*

**Введение.** Абсцесс печени – это ограниченное скопление гноя в паренхиме печени с очагом литического расплавления ткани в центре, возникающее вследствие инвазии микрофлоры либо паразитов. Абсцессы печени являются доминирующей очаговой гнойной патологией среди висцеральных поражений полости живота и составляют 48%, среди всех очаговых гнойных процессов брюшной полости абсцессы печени встречаются в 13% случаев. Заболеваемость абсцессами печени составляет около 2.3 случаев на 100 тыс. человек в год (несколько выше среди мужчин, нежели женщин – 3.3 и 1.3 на 100 тыс. чел. в год соответственно). Наиболее значимыми этиологическими факторами в развитии данной патологии являются следующие: септические воспалительные заболевания билиарного тракта, которые составляют от 40% до 60% случаев, инфекции органов брюшной полости, паразитарные инвазии. Значимый процент абсцессов печени остается без выявленной причины, и такие абсцессы относятся к криптогенным. Факторами риска развития абсцессов печени являются сахарный диабет, воспалительные заболевания билиарного тракта, воспалительные заболевания поджелудочной железы, трансплантация печени, аутоимунные заболевания, иммунодефицитные состояния, метастатический колоректальный рак, а также такой географический фактор, как проживание на территории Восточной Азии, где описаны с большой частотой случаи инвазивных абсцессов печени, вызванных устойчивыми штаммами *Klebsiella pneumoniae*. В микробный пейзаж абсцессов печени наиболее часто входят грамотрицательные бактерии семейства *Enterobacteriaceae*, грамположительная флора – *Streptococcus spp.*, *Staphylococcus spp.* Среди простейших наиболее частый возбудитель – *Entamoeba histolytica*. Причиной паразитарных абсцессов печени в основном являются эхинококк и альвеококк. Среди грибковых инфекционных агентов наиболее часто встречается *Candida albicans*, но обычно в сочетании с грамотрицательной флорой. Абсцессы печени классифицируют по этиологии (холангиогенные, паразитарные, криптогенные), по количеству (множественные, солитарные), по расположению (долевые, сегментарные). Наиболее частыми клиническими признаками абсцессов печени являются: лихорадка, боль в правом подреберье и эпигастриальной области, увеличение печени в размерах, желтуха. Для лабораторного паттерна абсцессов печени характерны лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, высокий уровень С – реактивного белка и прокальцитонина, повышение показателей ЩФ, АЛАТ, АСАТ, билирубина. Ультразвуковое исследование является первоначальным в постановке диагноза, обладает высокой

чувствительностью, но низкой специфичностью. Компьютерная томография и магнитно-резонансная томография органов брюшной полости обладают более высокой чувствительностью и, особенно, специфичностью в постановке диагноза абсцесса печени, а также определении его этиологии. Хирургическое лечение (преимущественно мини-инвазивная хирургия) является основным методом лечения абсцессов печени в сочетании с этиотропной терапией в зависимости от установленного возбудителя.

**Цель.** Проанализировать результаты лечения пациентов с абсцессами печени за последние 5 лет в УЗ «ГКБ №4 г. Гродно». Изучить доступные литературные данные по ведению пациентов с абсцессами печени и сравнить их с полученными результатами лечения данной патологии в УЗ «ГКБ № 4г. Гродно».

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный сравнительный анализ медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно» в период с сентября 2019 по сентябрь 2024 года. Всего было изучено 20 медицинских карт стационарных пациентов. Пациенты распределены по полу, возрасту, наличию осложненной патологии желчевыводящих путей как причины развития абсцессов печени, результатам микробиологического исследования содержимого абсцесса (положительный или отрицательный результат посева), методам проведенного лечения (хирургический, консервативный). Оценены уровни воспалительных маркеров крови и их связь с этиологией абсцессов печени. Проведено сравнение сроков удаления дренажа в группе холангиогенных и криптогенных абсцессов печени, а также сроков стационарного лечения в группе консервативного и оперативного лечения.

**Результаты и обсуждение.** Среди пролеченных пациентов с абсцессами печени мужчин было 11 (55%), женщин 9 (45%). Средний возраст пациентов составил 58,8 лет (для мужчин – 71 и 45,8 лет для женщин). Всем пациентам были выполнены визуализационные исследования, с помощью которых были оценены размеры и структура абсцессов: ультразвуковое исследование у 20 пациентов (100%), магнитно-резонансная томография у 12 человек (60%), компьютерная томография с внутривенным контрастным усилением у 8 пациентов (40%). Средний диаметр абсцесса составил 80,66 мм. У 4 пациентов (20 %) выявлены множественные абсцессы - все они были холангиогенные диаметром не более 30 мм и располагались в обеих долях. У 16 пациентов (80%) с солитарными абсцессами печени средний диаметр абсцесса составил 91,2 мм, у 8 (40%) из которых причиной абсцессов явилась инфекция билиарного тракта, остальные были отнесены к группе криптогенных. Среди пациентов с солитарными абсцессами у 5 (31,5%) процесс локализовался в левой доле, у остальных 11 человек (68,75%) - в правой. Показатели воспалительных изменений в крови пациентов с абсцессами печени выглядели следующим образом: средний уровень лейкоцитов -  $15,2 \times 10^9$  /л, для холангиогенных абсцессов уровень лейкоцитов был несколько выше, чем для криптогенных и составил  $16,3 \times 10^9$  /л. Средний уровень С-реактивного белка составил 163 нг/мл для холангиогенных

абсцессов и 125 нг/мл для криптогенных абсцессов печени. Для консервативного лечения использовались карбапенемы или комбинация фторхинолонов второго поколения с метронидазолом в течение 14 дней. 17 (85%) пациентов подверглось хирургическому лечению, остальным проведено консервативное этиотропное лечение. В подавляющем большинстве случаев хирургическое лечение абсцессов печени мы проводили путем их пункции и дренирования под ультразвуковым наведением. В одном случае вторым этапом пришлось прибегнуть к выполнению лапаротомии ввиду перитонита, который развился на вторые сутки после мини-инвазивного дренирования абсцесса печени вследствие деструкции стенки абсцесса и его разгерметизации, в другом случае была выполнена первоначально лапаротомия по поводу разлитого перитонита, причиной которой при операционной ревизии стала разгерметизация гигантского абсцесса печени. Всем остальным пациентам выполнено мини-инвазивное лечение путем пункции и дренирования полости абсцесса под ультразвуковой навигацией. В группе мини-инвазивного лечения 2 (12,5%) пациентам выполнена только аспирационная пункция полости абсцесса, причина развития которых не была установлена, при этом средний диаметр абсцесса в этой группе составил 65 мм, остальным 15 (87,5%) пациентам проведено дренирование под УЗ наведением с помощью катетера «Pigtail» диаметром 9 Fr. Всем 8(40%) пациентам с солитарными холангиогенными абсцессами печени было проведено дренирование полости абсцесса(минимальный размер абсцесса составил 52 мм), одному пациенту потребовалось дополнительное наружное дренирование желчного пузыря путем наложения холецистостомы под УЗ наведением ввиду механической желтухи вследствие холедохолитиаза и острого холецистита. Всем пациентам в группе хирургического лечения проведен посев гноя для проведения культурального микробиологического исследования с определением антибиотикограммы. Доля позитивных результатов составила 40%. Во всех посевах обнаружены микроорганизмы из группы *Enterobacteriaceae*. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 16.2 койко-дня для хирургического лечения и 14.1 койко-дня для консервативного. Средние сроки удаления дренажа составили 11 суток – 9 суток для криптогенного абсцесса печени и 13 суток для холангиогенного абсцесса. Летальности от данной патологии не было.

**Выводы.** Результаты лечения абсцессов печени в УЗ «ГКБ №4 г. Гродно» согласуются с доступными литературными данными показывая, что холангиогенные абсцессы печени имеют более агрессивное течение, требующее больший объем вмешательств, обязательное дренирование и более длительный срок лечения в стационаре. В настоящее время наиболее эффективным способом хирургического лечения является малоинвазивный метод (пункция и наружное дренирование под УЗ наведением), который оказался эффективным у большинства пациентов.