

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

¹Колоцей В.Н., ¹Смотрин С.М., ¹Страпко В.П., ²Жук С.А., ²Клименко Н.Ф.,
²Ковалевский П.И.

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Республика Беларусь

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи
г.Гродно», г. Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. 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. 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.

Цель. Целью исследования является 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 24 пациентов с абсцессами печени, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» с 2016 по июнь 2024 года. Это были пациенты в возрасте от 36 до 82 лет. Мужчин было 10 (41,7%), женщин – 14 (58,3%). Сроки поступления от начала заболевания составили от 3 суток и до полутора месяцев. В клинических условиях проводилось комплексное обследование больных с применением общеклинических, лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, ультразвуковых, компьютерных (КТ, МРТ) и других методов.

Результаты. Для своевременного и целенаправленного лечения абсцессов печени необходима быстрая и точная диагностика. Очень важно установить не только наличие самого абсцесса, но и источник его формирования. Клинические и лабораторные проявления могут быть неспецифичными. Наиболее важным клиническим симптомом у пациентов абсцессами печени являлись лихорадка гектического характера и ознобы. Все пациенты предъявляли жалобы на гипертермию от 38°C до 41°C, 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. 14 пациентов (58,3%) предъявляли жалобы на боли в правом верхнем квадранте живота. Показатели общего анализа крови не всегда соответствовали морфологическим изменениям: у 7 пациентов (29,2%) лейкоцитоз был ниже $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$, у 6 пациентов (25,0%) 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 – $49,2 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 39%, токсическая зернистость ++. У большинства пациентов отмечена гипербилирубинемия. У 16 пациентов (66,4%) отмечена диспротеинемия с низкой концентрацией альбуминов плазмы крови. У 11 пациентов (45,8%) отмечено повышение уровня мочевины и креатинина.

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 4 до 9 раз. Всем пациентам для верификации диагноза выполнили КТ, в 11 случаях также выполняли МРТ. Чувствительность компьютерных методов составила 100%.

У 3 пациентов были диагностированы множественные абсцессы печени, диаметр которых не превышал 2,5 см. Этим пациентам была назначена антибиотикотерапия под динамическим контролем УЗИ и КТ, что привело вначале к уменьшению диаметра очагов, а к концу 3-ей недели лечения к полному излечению.

Оперативному лечению был подвергнут 21 пациент. Дренирование полости абсцесса под ультразвуковым контролем выполнено у 10 (47,6%) пациентов с размерами абсцесса от 3 до 8 см. 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». Лечение считали эффективным, если прекращалось поступление содержимого из полости абсцесса, отмечался регресс воспалительного синдрома.

Еще 3 (14,3%) 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 (38,1%) с большими и множественными абсцессами были подвергнуты оперативному лечению с применением лапаротомии, открытой

санации и дренирования полости абсцесса дренажами и тампонами. В этих случаях особенно важно использование интраоперационного УЗИ печени для диагностики абсцесса при его расположении на большой глубине. У 3 пациентов проводили дополнительные санации в связи с образованием новых абсцессов в других сегментах печени, а также для редренирования полостей абсцессов, подпеченочного и поддиафрагмального пространств. У одного пациента множественные абсцессы печени сочетались с множественными абсцессами легких.

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.

Умерло 4 пациента. Это были пациенты с множественными абсцессами печени, смерть которых наступила в послеоперационном периоде. Причиной смерти был сепсис с развитием полиорганной недостаточности.

Выводы. В настоящее время УЗИ в сочетании с КТ или МРТ являются основными методами диагностики абсцессов печени. При размере абсцесса до 25 мм в диаметре целесообразно проведение консервативной терапии под динамическим УЗИ контролем. Малоинвазивные вмешательства под УЗИ-контролем являются основным способом лечения небольших (до 70-80 мм) абсцессов печени. Преимуществами метода являются малая травматичность, лучшая переносимость истощенными пациентами, отсутствие необходимости в широкой лапаротомии. 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.