

Е.А. Чижова¹, Е.Э. Тюрюмина¹, Р.Р. Гумеров^{1, 3}, В.А. Шантуров², А.Б. Мальцев²

СОНОСЕМИОТИКА НЕТИПИЧНЫХ ФОРМ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОГО АБСЦЕДИРОВАНИЯ

¹ Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (Иркутск)

² Иркутская областная клиническая больница (Иркутск)

³ Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Статья посвящена анализу нетипичных сонографических форм абсцессов печени, наиболее часто встречающихся в последнее время.

Ключевые слова: абсцессы печени, сонографическая форма

SONOSEMIOTICS OF NONRELEVANT FORMS OF INTRACRANIAL ABSCESS FORMATION

Е.А. Chizhova¹, Ye.E. Tyuryumina¹, R.R. Gumerov^{1, 3}, V.A. Shanturov², A.B. Maltsev²

¹ Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Irkutsk

² Irkutsk Regional Clinical Hospital, Irkutsk

³ Irkutsk State Medical University, Irkutsk

The article is devoted to the analysis of nonrelevant sonographic forms of liver abscesses that are most common lately.

Key words: liver abscesses, sonographic form

Абсцессы печени относятся к тяжелым гнойно-септическим заболеваниям и сопровождаются высокой летальностью даже в специализированных лечебных учреждениях — от 4 % при одиночных до 40 % при множественных. В последнее время отмечается тенденция к увеличению числа больных с этой патологией. Вопрос диагностики абсцессов печени можно считать решенным. По данным различных авторов [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8], чувствительность ультрасонографии составляет 85—95 %, чувствительность компьютерной томографии приближается к 100 %. Однако типичная сонографическая картина абсцессов печени, описанная в разнообразных руководствах по ультрасонографии, в настоящее время встречается не так часто. Клинические проявления внутрипеченочного абсцедирования также претерпели изменения, и классическая триада — гипертермия, боль в правом подреберье и желтуха — стала, скорее, исключением, чем правилом, более того, примерно у 1/3 больных наблюдается бессимптомное течение заболевания [1, 4]. В связи с этим становится актуальным анализ нетипичных сонографических форм абсцессов печени, наиболее часто встречающихся в последнее время. В литературе мы встретили лишь единичные сообщения о печеночных абсцессах, имитирующих картину другого заболевания, в частности, метастатическое поражение печени [6].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В 2000—2010 гг. в Иркутском гнойно-септическом центре наблюдалось 137 пациентов с внутрипеченочными гнойниками (75 мужчин и 62 женщины) в возрасте от 17 до 87 лет. Исследования

и мининвазивные манипуляции выполнялись на сканирующих комплексах «ALOKA SSD 4000», «LOGIC 700 pro» и «ALOKA prosound & 7» с использованием мультисекторных датчиков.

Большинство абсцессов (23,6 %) явились осложнением оперативных вмешательств на органах брюшной полости, постморбидные абсцессы (после перенесенной пневмонии, ангины, гриппа) мы наблюдали в 20,8 % случаев, посттравматические — в 13,8 %, в 16,8 % бактериальная деструкция печени сформировалась как осложнение системных заболеваний, а также острых и хронических процессов органов брюшной полости, в 25 % причина возникновения осталась неизвестной. В 58,3 % случаев абсцессы были одиночными, в 41,7 % — множественными. У 27 пациентов (19,7 %) были выявлены абсцессы, диаметр которых превышал 10 см. У 75 пациентов (54,7 %) гнойники локализовались в правой доле, преимущественно в задне-диафрагмальных сегментах, у 42 (30,7 %) — в левой, у 20 (14,6 %) диагностировано двудольное поражение.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенные нами многолетние исследования показали, что не вызывает затруднений в постановке диагноза классический сформированный абсцесс печени, представляющий собой анэхогенное образование округлой или овальной формы с однородной или недостаточно однородной внутренней структурой, с четкими, ровными контурами, сопровождающийся симптомом дистального усиления и имеющий сформированную капсулу (рис. 1). Однако подобную сонографическую картину мы наблюдали лишь в 30 % наблюдений.

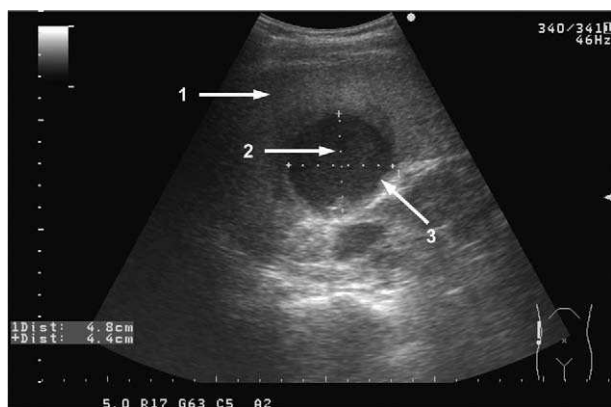


Рис. 1. Классический абсцесс правой доли печени. На сонограмме представлено образование правильной округлой формы средних размеров (2), расположенное в правой доле печени, анэхогенное, недостаточно однородное по структуре, с капсулой (3), изолирующей полость абсцесса от неповрежденной печеночной паренхимы (1).

Наиболее сложной оказалась диагностика абсцессов печени на стадии формирования в виду минимальных изменений печеночной паренхимы. При этом виде абсцедирования в паренхиме выявляется едва заметное гипозоногенное образование неправильной формы с нечеткими границами, капсула образования не выражена (рис. 2)

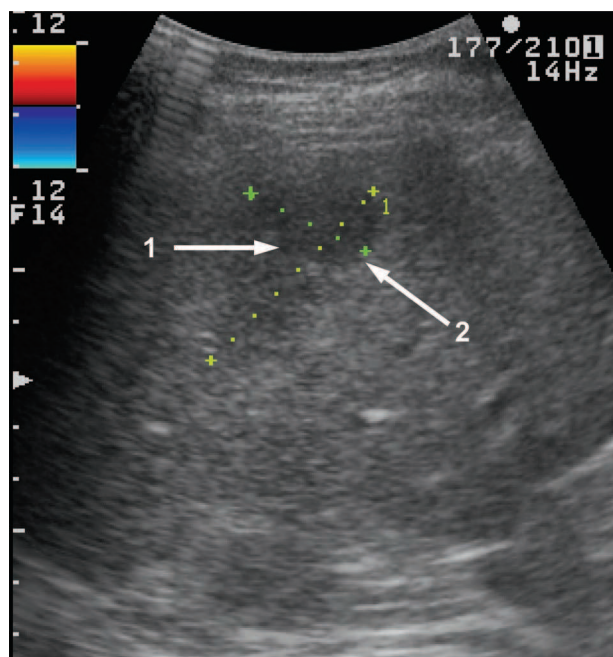


Рис. 2. Формирующийся абсцесс печени. В правой доле (1) определяется гипозоногенное образование небольших размеров (2), неправильной формы, без капсулы

Достаточно характерную картину представляют собой холангиогенные абсцессы печени, которые в абсолютном большинстве бывают множественными, нередко сопровождаются гепатомегалией и представляют собой мелкие анэхогенные образования округлой формы с нечетко выраженной капсулой, иногда сливающиеся между собой. При исследовании в режиме цветного доплера

ровского картирования отмечается выраженное усиление печеночного кровотока (рис. 3).

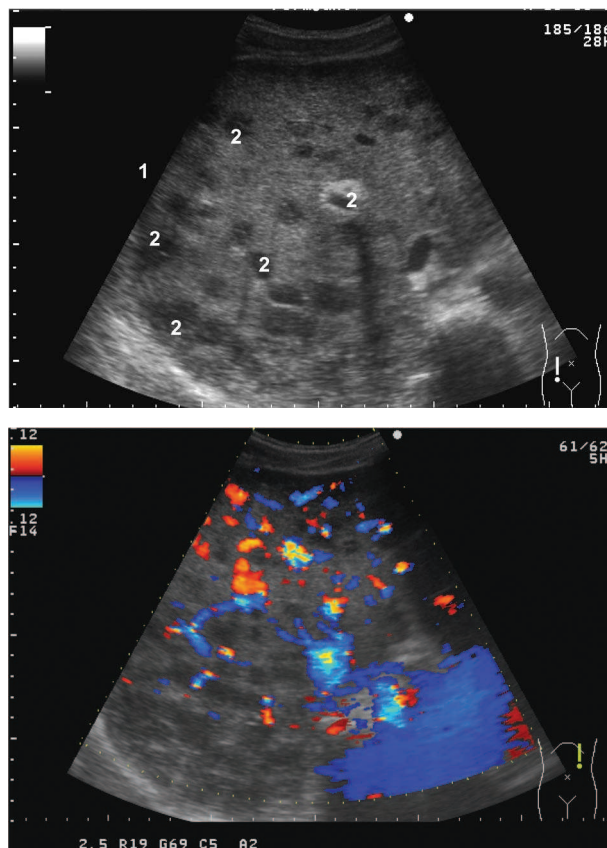


Рис. 3. Множественные острые холангиогенные абсцессы печени. На представленной сонограмме видно тотальное поражение печени (1) в виде множественных анэхогенных очагов малых размеров (2), структура образований однородная, капсула образования практически не выражена. При исследовании в режиме Цветовое доплеровское картирование регистрируется значительное усиление кровотока в паренхиме печени как за счет артериального, так и венозного компонента.

Наибольший сонографический полиморфизм характерен для больших и гигантских абсцессов печени (рис. 4).



Рис. 4. На сонограмме представлена нечасто встречающаяся картина классических множественных абсцессов печени (1) больших размеров – 2 анэхогенных образования овальной формы (2) с неоднородным содержимым.

Мы наблюдали абсцессы печени, сонографическая картина которых напоминала проявления эхинококковой кисты. В печени было выявлено гипозоногенное образование с капсулой до 4 мм. А сходство с эхинококковой кистой придавала выявленная в полости мелкодисперсная взвесь, расположенная ближе к задней стенке (рис. 5).

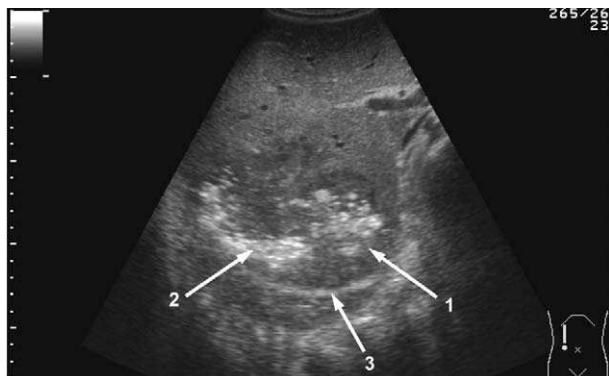


Рис. 5. Эхинококкоподобный абсцесс печени. На сонограмме представлена полость больших размеров (1) с неоднородной внутренней структурой, мелкодисперсной взвесью вдоль задней стенки, (2) отчетливо выраженной плотной капсулой (3).

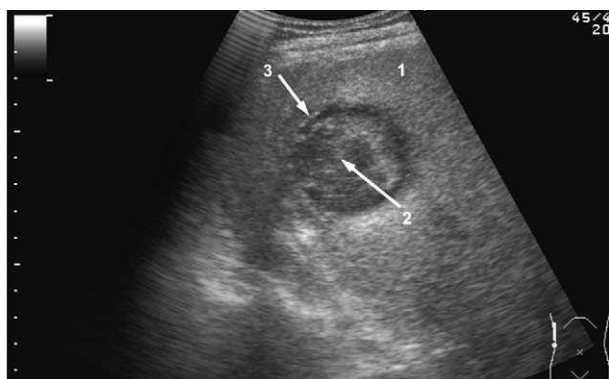


Рис. 6. Посттравматический абсцесс правой доли печени – опухолеподобный. На сонограмме полость округлой формы, практически изоэхогенная по структуре, неоднородная (2), вместо капсулы – аэхогенный пояс по периферии образования (3), также практически не выражен симптом дистального усиления.

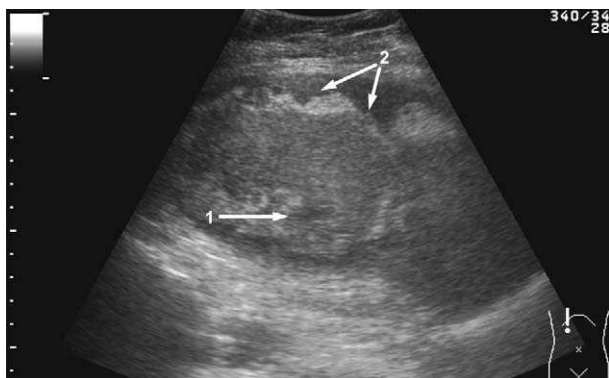


Рис. 7. Абсцесс правой доли печени. Вариант опухолеподобного гнойника. На представленной сонограмме – образование больших размеров в правой доле печени неправильной формы, с неоднородной внутренней структурой (1) с полициклическими «бухтообразными» контурами, без выраженной капсулы (2).

Наибольшее количество наших наблюдений составили абсцессы печени, сонографическая картина которых аналогична солидному образованию. При этом виде внутрипеченочного нагноения в паренхиме выявляется изо- или гиперэхогенный неоднородный фокус округлой формы с нечеткими полициклическими контурами (рис. 6 – 10).

Наличие в полости аэхогенного включения неправильной формы позволяет заподозрить опухолевый процесс в печени с явлениями рас-

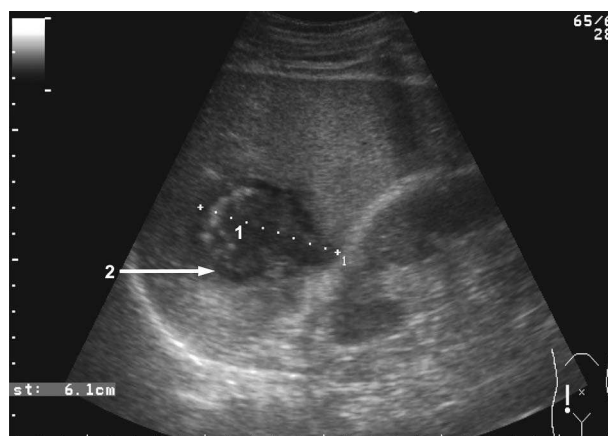


Рис. 8. Еще один пример опухолеподобного абсцесса печени. На сонограмме представлено образование неправильной овальной формы с полициклическими контурами, изоэхогенное структуре печени с недостаточно однородной внутренней структурой (1), с аэхогенным тонким ободком по периферии вместо капсулы (2).



Рис. 9. Гигантский опухолеподобный абсцесс правой доли печени. Большую часть правой доли печени занимает больших размеров неоднородное образование солидной структуры с неровными полициклическими контурами.

пада. Следует отметить, что эффект дистального усиления в данном случае не выражен (рис. 9).

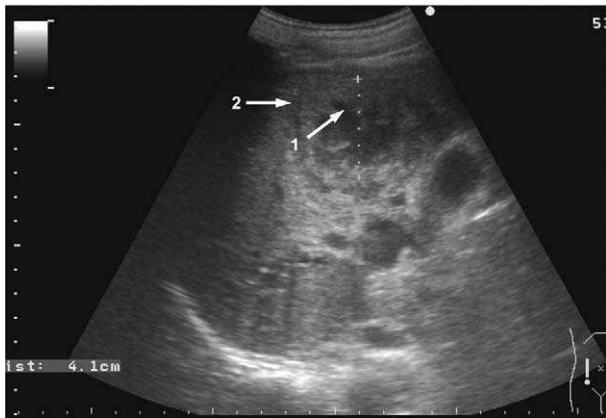


Рис. 10. Абсцесс правой доли печени – опухолеподобный с явлениями распада. На представленной сонограмме – абсцесс 4-го сегмента печени средних размеров. Полость имеет типичную картину метастаза печени типа «мишень». Структура полости изоэхогенная с анэхогенным очагом в центре неправильной формы (1) с полициклическими контурами. Капсула образования не выражена, по периферии – тонкий анэхогенный «поясок» (2).

Результаты наших наблюдений позволяют заключить, что подобные виды внутрипеченочных нагноений наиболее характерны для посттравматических абсцессов. Размножение печеночной паренхимы сопровождается формированием гематомы, трансформирующейся при присоединении инфекции в абсцесс, принимающий впоследствии такую нетипичную сонографическую картину.

Еще один вид внутрипеченочного абсцедирования – метастазоподобные абсцессы печени, представляющие собой изо- или гиперэхогенные очаги округлой формы, небольших размеров с неровными полициклическими контурами, локализующиеся в пределах одной доли или поражающие обе, не сопровождающиеся симптомом дистального усиления (рис. 11).

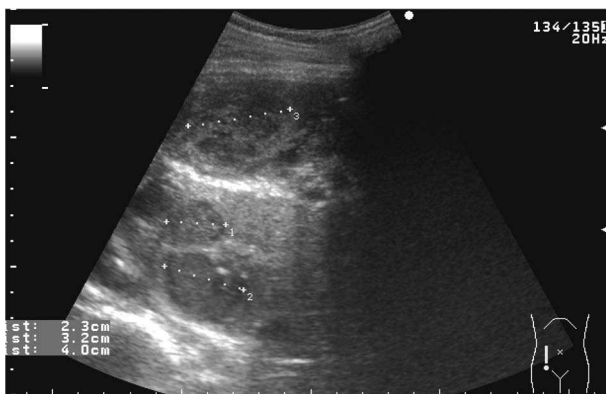


Рис. 11. В правой доле печени определяются множественные изоэхогенные очаги с неоднородной внутренней структурой с неровными полициклическими контурами.

Большинству пациентов были выполнены дренирующие транскутанные вмешательства под контролем ультразвукографии. В сомнительных диагностических случаях изначально выполняли биопсию внутрипеченочного очага. При получении гноя выбор варианта дренирующего вмешательства индивидуализировали с учетом размеров абсцесса, характера содержимого гнойной полости, эффективности однократной пункции. Практически всем пациентам были выполнены комбинированные миниинвазивные манипуляции. При исследовании цитологического материала опухолевые клетки не были обнаружены ни в одном наблюдении.

ВЫВОДЫ

1. Не вызывает затруднений сонографическая диагностика «классического» абсцесса печени, встречающегося в настоящее время не более чем в 30 % наблюдений.
2. Наибольшим сонографическим полиморфизмом отличаются большие и гигантские абсцессы печени.
3. Наиболее распространенная сонографическая картина больших и гигантских абсцессов печени – опухолеподобная.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г.Г., Церетели И.Ю. Холангиогенные абсцессы печени // Consilium medicum. — 2005. — Т. 7, № 2. — С. 1–9.
2. Шахиджанова С.В., Пустовитова Т.С. Некоторые аспекты диагностики очаговой патологии печени // Визуализация в клинике. — 2001. — № 19. — С. 1–15.
3. Barrio J., Cosme A., Ojeda E., Garmendia G. et al. Pyogenic liver abscesses of bacterial origin. A study of 45 cases // Rev. Esp. Enferm. Dig. — 2002. — Vol. 92, N 4. — P. 232–239.
4. Corbella X., Vadillo M., Torras J., Pujol M. et al. Presentation, diagnosis and treatment of pyogenic liver abscesses: analysis of a series of 63 cases // Enferm. Infecc. Microbiol. Clin. — 1995. — Vol. 13, N 2. — P. 80–84.
5. Li J., Qian J. Clinical features and changing trends of bacterial liver abscesses: analysis of 48 cases // Zhongguo Yi Xue Yuan Xue Bao. — 1999. — Vol. 21, N 1. — P. 71–74.
6. Mohsen A.H., Green S.T., Read R.S., McKendric M.W. Liver abscess in adults: ten years experience in a UK centre // QJM. — 2002. — Vol. 95, N 12. — P. 797–802.
7. Rolls Ph.W. Focal inflammatory disease of the liver // Rad. Clin. of N. Am. — 2002. — Vol. 6, N 1. — P. 377–387.
8. Ryan R.S., Al-Hashimi H., Lee M.J. Hepatic abscesses in elderly mimicking metastatic disease // Ir. J. Med. Sci. — 2001. — Vol. 170, N 4. — P. 251–253.

Сведения об авторах

Чижова Елена Анатольевна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100)

Тюрюмина Елена Эдуардовна – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН (664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100)

Гумеров Руслан Рифович – кандидат медицинских наук, заведующий отделением ультразвуковой диагностики и мини-инвазивной хирургии Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, ассистент кафедры госпитальной хирургии Иркутского государственного медицинского университета (664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100; тел.: 8 (3952) 65-73-44, факс: 8 (3952) 46-95-66; e-mail: rgumerov@mail.ru)

Шантуров Виктор Анатольевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением лучевых методов исследования Иркутской областной клинической больницы (664079, г. Иркутск, мкр. Юбилейный, 100)