

УДК 616.36-002.3-08:616.982.2

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

В.А. Овчинников, А.А. Малов, С.В. Акуленко, А.Г. Захаров, Н.В. Парахоняк, И.А. Галанин,
ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия»,
ГУЗ «Нижегородская областная клиническая больница им. Н.А. Семашко»

Овчинников Вадим Александрович – e-mail: vaovchinnikov75@gmail.com

В статье анализирован опыт лечения 71 больного с бактериальными абсцессами печени. Полученные результаты позволили сформировать лечебную тактику и определить показания к использованию традиционных открытых операций, малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвукового сканирования и внутрипортальной антибиотикотерапии.

Ключевые слова: абсцесс печени, УЗИ, внутрипортальная антибиотикотерапия.

In article was analyzed the experience of treatment of 71 patients with bacterial abscesses of liver. The results obtained allowed to form a treatment tactics and to determine the indications for the use of traditional open surgery, minimally invasive interventions under the ultrasound control and intraportal antibioticotherapy.

Key words: abscesses of liver, ultrasound control, intraportal antibioticotherapy.

Актуальность

Последние десятилетия отмечается явная тенденция роста частоты бактериальных абсцессов печени. Абсцессы печени перестали быть редкостью и частота их у госпитализированных больных достигает 2% [1–3]. Абсцессы печени относятся к тяжелым гнойно-септическим заболеваниям и сопровождаются высокой летальностью даже в специализированных учреждениях [4–6]. При этой патологии имеется высокий риск развития тяжелых осложнений, таких как сепсис, перитонит, печеночно-почечная недостаточность и кровотечение. Летальность при множественных абсцессах печени составляет от 60 до 95% [7–13]. Лечение абсцессов печени представляет собой сложную проблему. Намечившаяся тактика лечения бактериальных абсцессов печени с использованием малоинвазивных технологий под контролем ультразвука вполне оправдана [2, 3, 14–23], однако для оптимальной реализации малоинвазивных методов необходимо обоснованное определение показаний к их применению.

Цель исследования: определить показания к использованию различных методов лечения бактериальных абсцессов печени.

Материалы и методы

В основу работы положен анализ результатов клинического обследования и дифференцированного лечения 71 больного с бактериальными абсцессами печени, находившегося в хирургической клинике им. А.И. Кожевникова в период с 1991 года по настоящее время. Среди больных был 41 мужчина и 30 женщин. Возраст больных колебался от 16 до 79 лет.

У 45 больных абсцессы имели холангиогенное происхождение, у 18 пациентов – септикопиемическое и у 8 больных – посттравматическое. Холангиогенные абсцессы в 38 случаях развились вследствие гнойного холангита и в 7 случаях в результате прямого распространения инфекционного начала из стенок деструктивно измененного желчного пузыря – это так называемые контактные абсцессы. Гематогенные абсцессы были результатом септикопиемии, при этом источником инфекции были фурункулез, гнойный пиелонефрит, гнойный периодонтит, гнойный парапроктит, абсцесс ягодицы, деструктивный аппендицит. У части больных «входные ворота» инфекции выявить не удалось, однако у них при микробиологическом исследовании крови и содержимого абсцессов печени была обнаружена кокковая флора. Посттравматические абсцессы возникли после ушивания разрывов печени либо в результате инфицирования гематомы печени с участком размножения ее ткани.

У 53 больных диагностированы солитарные абсцессы, у 18 – множественные. Солитарные абсцессы в 39 случаях локализовались в правой доле печени, в 14 – в левой. Множественные в 8 случаях располагались в правой доле, в 4 – в левой и в 6 случаях – в обеих.

Размеры абсцессов печени согласно современной классификации [24–29] колебались от милиарных, просовидных (менее 1 см) и мелких (от 1 до 3 см) до средних (от 3 до 6 см), крупных (от 6 до 10 см) и гигантских (более 10 см). Чаще диагностировались абсцессы размерами от 3 до 10 см, являющиеся средними и крупными.

У 10 больных течение болезни осложнилось прорывом гноя в свободную брюшную полость и развитием перитонита.

С целью диагностики использовали ультрасонографию, компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию и лапароскопию. У всех больных выполняли общие клинические и биохимические анализы крови и мочи. Проводили микробиологическое исследование крови, желчи и содержимого абсцессов печени. При обследовании пользовались рентгеноскопией грудной клетки, желудка, 12-перстной кишки, ирригоскопией, фиброгастродуоденоскопией, осуществляли лапароскопическое и ультразвуковое исследования, а также компьютерную томографию.

При лечении абсцессов печени применяли традиционное оперативное вскрытие гнойников, пункции и дренирование под контролем УЗИ, а также внутрипортальную антибиотикотерапию.

Результаты и их обсуждение

Длительное время большинство авторов придерживались тактики безотлагательного вскрытия абсцессов печени [9, 30–32]. Однако большая травматичность открытых хирургических методов лечения и большое количество осложнений в виде нагноения раны, поддиафрагмальных абсцессов, плевритов, пневмоний, билиарных свищей, аррозивных кровотечений [33–39] диктовали необходимость поиска щадящих малоинвазивных технологий.

У 55 больных при отсутствии экстренных показаний к лапаротомии применяли малоинвазивные методы. При мелких и средних размерах абсцессов печени использовали пункционное лечение (однократное или серию пункций), при крупных и гигантских гнойниках выполняли дренирование под контролем ультразвука. При эвакуации содержимого абсцессов – материал отправляли на цитологическое и бактериологическое исследование, после чего осуществляли чрезигольную или чрездренажную санацию полости гнойника. У 23 из 55 пациентов малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ позволили добиться выздоровления. Еще у 2 пациентов без значительного жидкостного компонента при пункции абсцессов печени, с выраженной клинической картиной, лихорадкой и гнойной интоксикацией – лечение было дополнено катетеризацией воротной вены с последующей внутрипортальной антибиотикотерапией, что также позволило добиться выздоровления. Таким образом, избежать реверсии на лапаротомию с помощью малоинвазивных методов удалось у 25 из 55 пациентов.

У 30 пациентов применение малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвука оказалось малоэффективным, что потребовало открытого оперативного лечения. У 11 из них толщина капсулы абсцесса достигала 7–10 мм, из-за чего после пункции или дренирования под контролем ультразвука полость гнойника не имела тенденции к уменьшению. Девяти пациентам из одиннадцати было произведено вскрытие гнойников, еще двум – при наличии абсцессов, располагающихся в пределах одной анатомической зоны печени, были выполнены резекции печени. У 8 больных операция была продиктована особенностью посттравматических абсцессов печени, поскольку при таких абсцессах из-за длительной секвестрации печеночной ткани гнойный процесс приобретает затяжное течение, а сами секвестры малоинвазивными способами извлечь не представляется возможным. У 1 пациента в полости

абсцесса печени был обнаружен крупный секвестр криптогенного происхождения, ему также произведено вскрытие гнойника. У 7 больных с холангиогенными контактными абсцессами печени потребовалось открытое хирургическое лечение для симультантного удаления деструктивно измененного желчного пузыря как причины абсцедирования. У 3 больных с гигантскими многокамерными абсцессами печени также пришлось выполнять широкое вскрытие гнойников, поскольку эвакуация гноя из них и их санация с помощью малоинвазивных вмешательств оказались неэффективными из-за большого количества внутренних септ.

В 11 случаях оперативное лечение было выполнено по экстренным показаниям. Необходимость экстренной лапаротомии у 10 больных была продиктована наличием перитонита и у 1 пациента – наличием абсцесса селезенки, что потребовало симультантную спленэктомию.

Оперативное лечение абсцессов печени привело к выздоровлению 37 пациентов. Четверо больных умерли. Двое больных с гигантскими многокамерными гнойниками погибли от сепсиса. Один из них погиб в результате гнойного расплавления правого надпочечника с развитием острой надпочечниковой недостаточности, второй – вследствие гнойного лептоменингита с синус-тромбозом, гнойным расплавлением ткани мозга и прорывом гноя в желудочки. Еще две пациентки погибли от прогрессирования перитонита вследствие прорыва абсцессов в брюшную полость и присоединения печеночно-почечной недостаточности.

У 5 больных были выявлены множественные мелкие и милиарные абсцессы печени. Эти абсцессы всегда создают реальную угрозу для жизни больных, поскольку обычное оперативное вмешательство, заключающееся во вскрытии каждого гнойника, невозможно, так же, как и пункции и дренирования под контролем ультразвука вследствие большого количества абсцессов и их малых размеров. Всем пяти пациентам осуществлена внутрипортальная антибиотикотерапия в качестве основного и единственного метода лечения, поскольку в этой ситуации приходилось надеяться только на нее. С учетом рентгеноанатомических исследований [40], при изолированном поражении левой доли печени для внутрипортальных инфузий катетеризировали как пупочную, так и правую желудочно-сальниковую вену, при локализации абсцессов в правой доле печени или в ее обеих долях использовали катетеризацию только правой желудочно-сальниковой вены. Все 5 пациентов выписаны с выздоровлением. Это указывает на возможность применения внутрипортальной антибиотикотерапии в качестве самостоятельного метода лечения больных с множественными мелкими и милиарными абсцессами печени, при которых прогноз считается крайне неблагоприятным.

Выводы

1. Эффективное лечение абсцессов печени с помощью малоинвазивных технологий под контролем ультразвукового сканирования возможно у пациентов с неосложненными абсцессами, не имеющими толстой ригидной капсулы, а также секвестров и большого количества септ в полости гнойника.

2. Оперативное вмешательство, несмотря на его агрессивность и травматичность, показано при лечении ослож-

ненных, посттравматических, контактных, гигантских многокамерных абсцессов печени, а также абсцессов с толстой сформированной капсулой и с крупными секвестрами в полости. До выполнения открытого оперативного вмешательства оправдано выполнение пункций таких гнойников, поскольку пункции под контролем ультразвуковой навигации являются важным дифференциально-диагностическим и лечебным мероприятием, обеспечивающим возможность морфологического, микробиологического исследования содержимого абсцесса и уменьшения интоксикации при эвакуации гноя.

3. При множественных мелких и милиарных абсцессах печени эффективным методом лечения является внутрипортальная антибиотикотерапия. При локализации гнойного процесса в левой доле печени внутрипортальная инфузионная терапия может осуществляться через катетеризированную пупочную вену, при локализации гнойного процесса в правой доле или в обеих долях печени эта терапия должна проводиться через катетеризированную правую желудочно-сальниковую вену.

МА

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреев А.Л., Прядко А.С., Грах С.И. Лапароскопические вмешательства при кистах и абсцессах печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 1998. № 3. С. 259.
2. Пархисенко Ю.А., Глухов А.А., Новомлинский В.В. Диагностика и лечение абсцессов печени. *Хирургия*. 2000. № 8. С. 35-38.
3. Пархисенко Ю.А., Глухов А.А., Новомлинский В.В. Новые направления в лечении при абсцессах печени. *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова*. 2000. № 4. С. 53-56.
4. Кузнецов Е.П., Буденков Г.А., Малышев В.С. Обоснование выбора типа пункционных игл для ультразвуковых диагностических вмешательств на печени и желчевыводящих путях. *Современные проблемы хирургической гепатологии: Материалы четвертой конф. хирургов-гепатологов*. Тула. 1996. С. 96-97.
5. Булынин В.И., Глухов А.А. Резекция печени. Применение новых технологий. Воронеж: Изд-во ВГУ, 1995.
6. Глухов А.А. Лечение перитонита с применением гидропрессивных технологий и озона. Воронеж: Изд-во ВГУ, 1998.
7. Захаров И.И. Лечение бактериальных абсцессов печени. *Вестн. хирургии им. Грекова*. 1974. Т. 112. № 5. С. 124-125.
8. Акопян А.Г. Хирургическая гепатология детского возраста. М.: Медицина, 1982. 384 с.
9. Вицин Б.А., Благитко Е.М. Лечение больных с бактериальными абсцессами печени. *Хирургия*. 1982. № 1. С. 66-68.
10. Буромская Г.А., Шаповальянц С.Г., Михайлулов С.В. и др. Хирургическое лечение множественных абсцессов печени. *Хирургия*. 1988. № 9. С. 140-141.
11. Загидов М.З. Оперативное лечение прорвавшихся гнойников висцеральной поверхности печени. *Хирургия*. 1990. № 1. С. 77-78.
12. Загидов М.З., Магомедов М.И. Гнойники печени с внутригрудными осложнениями. *Клинич. медицина*. 1990. Т. 68. № 7. С. 97-102.
13. Стойко Ю.М., Гулуа Ф.И., Сергин А.Е. и др. Излечение множественных абсцессов правой доли печени. *Вестн. хирургии им. Грекова*. 1999. Т. 158. № 6. С. 86.
14. Агзамходжаев С.М., Яругтский Е.Е. Современные принципы лечения абсцессов печени. *Вестн. хирургии им. Грекова*. 1990. Т. 145. № 8. С. 122-124.
15. Радзиховский Л.П., Бабенко В.И. Хирургическая тактика и лечение паравезикальных абсцессов при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста. *Клин. хирургия*. 1992. № 9-10. С. 33-37.
16. Макаров Н.А., Буровкин Б.А. Чрескожный способ пункционного дренирования абсцесса печени. *Нижегородский мед. журнал*. 1993. № 1. С. 56-58.
17. Якунин А.Ю., Ившин В.Г., Щекин И.М. Чрескожное лечение множественных абсцессов брюшной полости. *Хирургия*. 1994. № 2. С. 56-57.

18. Брюсов П.Г., Ефименко Н.А., Заикин А.И. и др. Хирургическая тактика при абсцессах печени. Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Тез. докл. 5-й Конф. хирургов-гепатологов. Томск. 1997. С. 185-186.
19. 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.
20. Розанов В.Е. Тактика лечения посттравматических абсцессов печени. Анналы хирургической гепатологии. 1999. № 2. С. 126.
21. Малов А.А. Дифференцированный подход к лечению бактериальных абсцессов печени: дис. ... канд. мед. наук. Н. Новгород, 2003.
22. 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.
23. Малоштан А.А. Абсцесс печени, вопросы истории. Украинский журнал хирургии. 2011. № 4 (13). С. 255-259.
24. Брискин Б.С., Минасян А.М., Барсуков М.Г. и др. Чрескожные вмешательства под контролем УЗИ при кистах и абсцессах печени. Новые технологии в хирургической гепатологии: Материалы 3-й Конф. хирургов-гепатологов. СПб., 1995. С. 220-221.
25. Оморев Р.А. Ультразвуковое чрескожное дренирование абсцессов печени и поддиафрагмального пространства. Новые технологии в хирургической гепатологии: Материалы 3-й Конф. хирургов-гепатологов. СПб., 1995. С. 263-264.
26. Ермолов А.С., Бондаренко В.О., Дасаев Н.А. и др. Использование инвазивного ультразвука при непаразитарных абсцессах печени. Актуальные вопросы клинической железнодоружной медицины. Опыт диагностики и лечения больных: Сб. статей. М. 1997. С. 188-189.
27. Семенюк Ю.С., Федорук В.А., Сидорук И.В. и др. Пункционный метод лечения абсцессов печени. Анналы хирургической гепатологии. 1998. № 3. С. 299-300.
28. Шантуров В.А. Диагностика и парахирургическое лечение локальных гнойно-деструктивных процессов верхнего этажа брюшной полости: Дис. ... докт. мед. наук. Иркутск, 1998.
29. Шантуров В.А., Чижова Е.А., Тюрюмина Е.Э. Интервенционная ультразвукография в лечении локальных гнойно-деструктивных процессов верхнего этажа брюшной полости. 3-й Съезд Российской ассоциации специалистов ультразвуковой диагностики в медицине: тез. докл. М. 1999. С. 191.
30. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. М.: Медгиз, 1946. 631 с.
31. Altemeier W.A., Schawengerdt G.C., Whiteley B.H. Abscesses of the liver: surgical considerations. Arch. Surg. 1970. Vol. 101. P. 258.
32. Бабенко В.Ф., Орлов С.Д., Пландовский В.А. Лечение больных с бактериальными абсцессами печени. Хирургия. 1984. № 7. С. 72-75.
33. Куляшов А.И., Широкоярд А.В. Травма печени, осложненная гемобилией и абсцессом. Актуальные вопросы хирургии: Сб. науч. работ фак. хирург. клиники, посвящ. 100-летию со дня рождения проф. И.Д. Корабельникова. Челябинск. 1996. С. 230-232.
34. Пестерев С.В., Волкотруб Ю.В., Морозов В.А. Успешное лечение абсцесса печени в условиях районной больницы. Дальневост. мед. журнал. 2000. № 1. С. 67-68.
35. Осумбеков Б.З., Белеков Ж.О., Жунусов А.Т. Малоинвазивные вмешательства при гнойных очаговых заболеваниях печени. Анналы хирургической гепатологии. 1999. № 2. С. 123.
36. Тухбатуддин М.Г., Джорджия Р.К., Чугунов А.Н. Малоинвазивные вмешательства при абсцессах печени. Анналы хирургической гепатологии. 1999. № 2. С. 133-134.
37. Шабунин А.В., Бедин В.В. Современные аспекты лечения абсцессов печени. Анналы хирургической гепатологии. 1999. № 2. С. 142.
38. Архангельский В.В. Ультразвуковая диагностика и лечение абсцессов печени с применением малоинвазивных методов: Дис. ... канд. мед. наук. Кемерово, 2001.
39. Булынин В.И., Глухов А.А., Глянцев В.П. Опыт лечения абсцессов печени. Актуальные проблемы хирургической гепатологии. 5-я Конф. хирургов-гепатологов: тез. докл. Томск. 1997. С. 186.
40. Малов А.А., Овчинников В.А. Рентгено-анатомическое обоснование использования правой желудочно-сальниковой вены для внутриворотальных инфузий при лечении бактериальных абсцессов печени. Нижегородский медицинский журнал. 2002. № 4. С. 41-46.