

Н. И. ГЛУШКОВ, А. В. СКОРОДУМОВ, Ю. А. ПАХМУТОВА

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ДИАПЕВТИКА ОЧАГОВЫХ ЖИДКОСТНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Кафедра общей хирургии

Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования

(заведующий кафедрой профессор Н. И. Глушков)

Введение

Развитие современных медицинских технологий значительно повысило эффективность диагностики и лечения различных заболеваний. Стала возможной ранняя верификация патологических изменений в органах и тканях еще до появления первых симптомов заболевания или его осложнений. В связи с этим возросла частота раннего выявления очаговых жидкостных поражений печени, таких как кисты и абсцессы, что привело к относительному увеличению числа больных с этими заболеваниями.

Частота бактериальных абсцессов печени у госпитализированных больных составляет 0,5–2,0%, при этом отмечается четкая тенденция к ее росту [1, 4]. Непаразитарные кистозные поражения печени составляют 11,8% от числа всех пациентов с очаговыми заболеваниями этого органа (Гранов А. М., Анфилова Л. В., 1994). Число осложнений и летальность при оперативном лечении с применением традиционных оперативных доступов достигают соответственно 48,5% и 46% [3, 7]. Высокий риск развития осложнений в сочетании с трудностями диагностики и лечения определяет актуальность этой проблемы [2, 5, 6].

Диагностика непаразитарных кист и абсцессов печени основывается на клинко-лабораторных данных, а также результатах специальных методов обследования (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, сцинтиграфия, лапароскопия). Ультразвуковое исследование является наиболее доступным и распространенным методом, обладающим достаточно высокой информативностью в выявлении очаговых образований печени размером 2 и более см.

В настоящее время используются открытые и закрытые (малоинвазивные) методы оперативного лечения. К открытым относятся традиционные операции, выполняемые из широких доступов: лапаро- или тораколапаротомия – и заключающиеся во вскрытии, санации и дренировании гнойной полости или резекции пораженной доли печени. Среди малоинвазивных вмешательств наиболее широкое применение находят чрескожные пункционно-санационные и дренирующие под контролем УЗИ [5, 6].

Материалы и методы исследования

В период с 1998 по 2006 год под нашим наблюдением находились 132 пациента с жидкостными очаговыми образованиями печени. У 74 больных при ультразвуковом исследовании выявлены кисты печени, среди которых преобладали непаразитарные (в 94,6% наблюдений), и у 58 больных – абсцессы печени различной

природы. Закрытые малоинвазивные оперативные вмешательства под контролем УЗИ (чрескожные пункции с аспирацией содержимого и чрескожное наружное дренирование) выполнены 80 больным (37 мужчинам и 43 женщинам) в возрасте от 21 до 87 лет.

По поводу абсцессов печени оперированы 45 пациентов в возрасте от 21 до 85 лет, среди которых было 25 (55,6%) мужчин и 20 (44,4%) женщин. Абсцессы печени холангиогенной природы отмечены у 11 (24,4%) больных, посттравматический характер носили у 19 (42,2%), септико-пиеогенную этиологию имели у 15 (33,4%). Одиночные абсцессы выявлены у 30 (66,7%), множественные – у 15 (33,3%) пациентов. Поражение правой доли печени наблюдалось у 26 (57,8%), левой – у 15 (33,3%), обеих долей – у 4 (8,9%) больных. Диаметр абсцессов колебался от 3,0 до 17,0 см.

При непаразитарных кистах печени вмешательства под контролем УЗИ произведены 39 больным в возрасте от 43 до 87 лет, 14 (35,9%) мужчинам и 25 (64,1%) женщинам. Поражение правой доли печени наблюдалось у 28 (71,8%), левой – у 8 (20,5%), обеих долей – у 3 (7,7%) больных. Диаметр кист колебался от 3,0 до 21,0 см.

Все диагностические исследования и чрескожные оперативные вмешательства выполнены на отечественных ультразвуковых сканерах ЕТКС-DM-04 и «Раскан» (производства НТФ «Ратекс», Санкт-Петербург, Россия). Использовались механические секторные датчики с рабочей частотой 3,5–3,7 МГц и специальной съемной пункционной насадкой. Для чрескожной чрепеченочной пункционной санации применяли иглы длиной 15–20 см с наружным диаметром 1,5 мм. Дренирующие вмешательства производились с помощью стандартных наборов специальных инструментов для дренирования полостных образований. Все закрытые чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ выполнялись только под местной анестезией.

Результаты исследования

Эхографическая семиотика абсцессов печени, выявленных у 58 больных, меняется в динамике в зависимости от стадии развития патологического процесса. В ранние сроки на фоне клинических признаков нарастающей интоксикации в печеночной ткани могут выявляться участки повышенной эхогенности без четких границ со смазанными контурами и измененной эхоструктурой, не характерной для нормальной печеночной ткани. Только через 5–7 дней формируется жидкостная структура неправильной формы с неровными

контурами и неоднородным гипозоженным содержимым. В дальнейшем она приобретает более правильную округлую форму и становится более гипозоженной. В полости абсцесса, как правило, определяются яркие эхосигналы от пузырьков газа, расположенных по верхнему контуру полости, или тканевого детрита по нижнему ее контуру. По мере созревания абсцесса пиогенная капсула утолщается, становится более однородной и гиперэхогенной.

Холангиогенные абсцессы чаще носят множественный характер и поражают обе доли печени (у 7 из 11 пациентов мы выявили более 2 гнойных полостей), относительно небольшие размеры (не более 5 см), тонкую капсулу и однородное содержимое. Для посттравматических абсцессов характерны неправильная форма, неоднородная эхоструктура (за счет наличия в полости тканевого детрита и секвестров печеночной ткани), более толстая и гиперэхогенная капсула. Установить точную локализацию абсцесса печени в ходе первичной эхографии удалось в 82,3% наблюдений, а дифференцировать гнойную полость от объемного образования другого характера – только в 75,0% случаев.

Эхографическая картина непаразитарных кист печени, выявленных нами у 70 больных, при неосложненном течении достаточно характерна и диагностических трудностей не вызывает. Она представлена однокамерным анэхогенным или резко гипозоженным образованием правильной округлой формы с ровными контурами и однородным содержимым, не имеет выраженной стенки. В случае нагноения кисты ее содержимое становится неоднородным, появляется взвесь твердых частиц в виде мелких ярких эхосигналов. У 4 пациентов выявлены многокамерные жидкостные образования диаметром от 7 до 15 см с выраженной гиперэхогенной капсулой и внутренними перегородками. По результатам серологического исследования в этих наблюдениях диагностированы паразитарные кисты.

Диапевтические вмешательства под контролем УЗИ при абсцессах печени выполнены 45 больным. Применялись две методики операций: чрескожная пункция с одномоментной аспирацией гноя и санацией полости абсцесса, а также чрескожное дренирование с промыванием гнойной полости. Количество операций на одного больного составило в среднем 1,8 (всего 79 операций).

Чрескожные пункции с аспирацией гноя и промыванием полости абсцесса раствором антисептика производились при тонкостенных абсцессах с гомогенным содержимым. По этой методике пролечено 17 больных, которым выполнено 47 операций (в среднем 2,8 на одного больного). У 15 больных (88,2%) с диаметром полости абсцессов до 5 см достигнуто излечение. После каждой повторной санации размеры гнойной полости прогрессивно уменьшались, вплоть до полного выздоровления. У 2 пациентов (11,8%) пункционно-аспирационная санация оказалась неэффективной из-за большого диаметра полости абсцесса (более 7 см) и ригидности ее стенки. Эти больные оперированы повторно, им выполнено чрескожное дренирование под контролем УЗИ. Средний койко-день после операции составил 12,2. Осложнений не было. Необходимости в конверсии на лапаротомию не возникло. Летальный исход отмечен у 1 (5,9%) больной 85 лет с гнойным холангитом, осложненным сепсисом и полиорганной недостаточностью.

Чрескожное дренирование абсцессов печени выполнено 28 больным при больших размерах полости (более 7 см) и наличии густого вязкого гноя. У 23 (82,1%) пациентов лечение было успешным, полости абсцессов очистились от гноя, постепенно уменьшились в размерах и наступило полное излечение. В 3 (10,7%) наблюдениях при посттравматических абсцессах дренирование было неэффективным из-за наличия в полости секвестров печеночной ткани, что потребовало оперативного лечения традиционным лапаротомным доступом. У 2 (7,2%) пациентов отмечены осложнения: в 1-м (3,6%) случае – дислокация дренажа с развитием местного гнойного перитонита, во 2-м (3,6%) – арозивное кровотечение в полость абсцесса. Оба больных оперированы в экстренном порядке традиционным методом. Средний койко-день после операции составил 17,7, летальных исходов не было. 12 пациентам дренирование абсцессов печени выполнено по двух-этапной методике Сельдингера и 16 – по одноступенчатой методике с помощью стилет-троакаров. При больших размерах гнойной полости (10 и более см) 12 больным установлены 2 дренажные трубки. Для адекватного дренирования использовались термопластичные катетеры диаметром не менее 4 мм. С целью санации гнойных полостей через просвет дренажей использовались методы фракционного промывания (не реже 4 раз в сутки при общем суточном объеме 1–1,2 л раствора антисептика) и промывание в капельно-проточном режиме (раствор антисептика в объеме до 3,5 литра вводили в нижний дренаж, диализат вытекал пассивно через верхний).

Чрескожные пункции с аспирацией содержимого кисты выполнены 21 (53,8%) пациенту с кистами диаметром от 3 до 7 см, в том числе 13 из них с одновременной склеротерапией. Склеротерапия в этой группе проводилась по одномоментной методике: склерозирующий агент вводился в остаточную полость кисты после аспирации ее содержимого через просвет пункционной иглы и после экспозиции в течение 5 минут аспирировался обратно. В качестве склерозирующего агента использовали 96%-ный этанол. У 1 больного после введения этанола отмечались кратковременные боли в правом подреберье, купированные введением анальгетиков, и у 2 пациентов субфебрильная лихорадка в первые сутки после операции. У 3 больных, которым склеротерапия не проводилась, наступил рецидив заболевания в течение первого года наблюдения, что потребовало в 2 случаях повторного вмешательства с пункционной склеротерапией. Третьему пациенту спустя 1,5 года после проведенной пункции выполнено чрескожное наружное дренирование со склеротерапией. Осложнений и летальных исходов в этой группе не было.

Лечение кист чрескожным наружным дренированием выполнено 18 (46,2%) больным, в том числе по поводу нагноившихся кист – 12 пациентам. Дренирование производилось как с помощью стилет-троакаров (в 7 случаях), так и по методу Сельдингера (у 11 больных). Для обеспечения адекватной санации нагноившейся кисты использовались дренажи диаметром не менее 4 мм. У 6 пациентов операция дренирования кисты сочеталась со склеротерапией. В качестве склерозирующего агента использовался 70%-ный этанол, который вводился в остаточную полость кисты через просвет дренажа на 24 часа, после чего дренаж удалялся. Реакций на введение

склерозанта не отмечено. Осложнений и летальных исходов не наблюдалось. В этой группе больных рецидивов кист не отмечено.

Обсуждение результатов исследования

Трудности в топической диагностике и верификации объемного образования печени при УЗИ могут возникать при его расположении ближе к диафрагмальной поверхности печени, в VII–VIII сегментах, которые частично прикрыты нижним краем правого легкого, что затрудняет обзор этой зоны. При сомнительных результатах обследования показана диагностическая пункция с аспирацией содержимого или биопсия под ультразвуковым наведением, которая по показаниям может быть трансформирована из диагностического вмешательства в лечебное.

Малоинвазивные оперативные вмешательства под контролем УЗИ в настоящее время широко используются в лечении кист и абсцессов печени. При всей своей кажущейся простоте они требуют к себе серьезного отношения и должны проводиться только в условиях операционной с соблюдением всех требований асептики и антисептики, при наличии соответствующего оборудования и инструментария, при достаточной квалификации оператора и при возможности выполнения незамедлительной конверсии на лапаротомию в случае возникновения осложнений. Пункцию следует выполнять через безопасное акустическое окно, по кратчайшей траектории и только при четкой видимости патологического очага.

Малоинвазивные вмешательства при лечении абсцессов печени могут быть эффективными только при проведении полного комплекса лечения, включающего в себя детоксикационную, антибактериальную, инфузионную, иммуномодулирующую терапию.

Чрескожные пункционно-аспирационные санации показаны при тонкостенных абсцессах с гомогенным содержимым, имеющих диаметр не более 7 см. Сама методика предполагает выполнение повторных операций, поскольку добиться полноценной санации гнойной полости удастся, как правило, в 2–3 приема. В 88,2% наблюдений эти операции были успешными. У 11,8% больных вмешательства оказались неэффективны из-за неправильного определения показаний (большого диаметра полости абсцесса и ригидности стенки), что потребовало выполнения чрескожного дренирования под контролем УЗИ. Отсутствие осложнений, низкий уровень летальности (5,9%) и сравнительно короткий (12,2) послеоперационный койко-день позволяют результат лечения считать хорошим.

Чрескожное дренирование показано при размерах полости абсцесса более 7 см, наличии густого вязкого гноя и плотной ригидной стенки. Эти операции по своему характеру предполагают однократное выполнение, однако требуют более длительного лечения в послеоперационном периоде. Эффективность лечения зависит от адекватности дренирования (использования дренажей диаметром не менее 4 мм, в полости большого диаметра постановки 2 дренажей) и полноты санации гнойных полостей (следует проводить промывание как фракционным, так и капельно-проточным методом). Дренирование можно прекратить только при полном отсутствии гнойного отделяемого, нормализации клинико-лабораторных показателей и ликвидации гнойной полости по данным ультразвукового мониторинга. У 80,8% пациентов после дренирования абсцессов пече-

ни наступило полное излечение. В 11,5% наблюдениях операции оказались неэффективны из-за неправильного определения показаний к ним. Наличие в полости посттравматических абсцессов секвестров печеночной ткани требовало оперативного лечения традиционным лапаротомным методом. Осложнения отмечены у 7,6% пациентов, причем в 1 случае осложнение (дислокация дренажа с развитием местного гнойного перитонита) носит чисто технический характер. Средний койко-день после операции составил 17,7, летальных исходов не было. В этой группе больных результаты лечения следует считать вполне удовлетворительными.

Вмешательства под контролем УЗИ при непаразитарных кистах печени произведены 39 из 70 больных, что составило 55,7%. Больным с паразитарными кистами пункционно-дренирующие операции не показаны, такие пациенты должны оперироваться только традиционными методами.

Чрескожные пункции с аспирацией содержимого кисты выполнены в 53,8% случаев. Они показаны при неосложненных кистах диаметром от 3 до 7 см. После простой пункции кисты печени под контролем УЗИ высока вероятность ее рецидива, с чем мы столкнулись в 3 наблюдениях, у больных, которым склеротерапия не проводилась, что потребовало повторного вмешательства под контролем УЗИ со склеротерапией. Склеротерапия 96%-ным этанолом в этой группе проводилась по одномоментной методике. Осложнений, летальных исходов и конверсий на лапаротомию не было.

Чрескожное наружное дренирование выполнено в 46,2% случаев, преимущественно по поводу нагноившихся кист (32,4%). Дренирование производилось как с помощью стилет-троакаров, так и по методу Сельдингера. Обеспечение адекватной санации гнойной полости требует использования более толстых дренажей, которые следует удалять только после полного очищения и ликвидации полости. У 16,2% пациентов операция дренирования кисты сочеталась со склеротерапией 70%-ным этанолом по продленной методике. В этой группе больных рецидивов кист, осложнений и летальных исходов не отмечено, конверсий на лапаротомию не было.

Следует отметить, что чрескожная склеротерапия кист печени категорически противопоказана в тех случаях, когда киста сообщается с желчными протоками или брюшной полостью.

Результаты нашего исследования позволяют утверждать, что ультразвуковое исследование является простым, доступным и надежным методом диагностики очаговых жидкостных поражений печени. Обоснованное применение эхоконтролируемых пункционно-дренирующих диапневтических методов при абсцессах печени и непаразитарных кистах позволяет добиться положительных результатов лечения с минимальной летальностью и низким числом осложнений.

Поступила 13.03.07 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акилов Х. А., Ваккасов М. Х., Икрамов А. И. и др. Ультразвуковая диапневтика абсцессов печени // *Анналы хирургической гепатологии*. 2000. Т. 7, № 1. С. 236–237.
2. Ившин В. Г., Семин В. Е., Старченко Г. А. и др. Успешное лечение множественных абсцессов печени // *Хирургия*. 1998. № 7. С. 58–59.
3. Лисицын К. М., Ревской А. К. Неотложная абдоминальная хирургия при инфекционных и паразитарных болезнях. М., 1988.

4. Пархисенко Ю. А., Глухов А. А., Новомлинский В. В., Мошуров И. П. Диагностика и лечение абсцессов печени // Хирургия. 2000. № 8. С. 35–37.

5. Стойко Ю. М., Гулуа Ф. И., Сергин А. Е. и др. Излечение множественных абсцессов правой доли печени // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1999. Т. 158, № 6. С. 86.

6. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практич. рук. (Пер. с англ.) / Под ред. З. Г. Апросиной, Н. А. Мухина. М.: Гэотар Медицина, 1999. 563 с.

7. Gersof S. G., Johnson W., Robbins A. H., Nabseth D. C. Intrahepatic pyogenic abscesses. Treatment by percutaneous drainage. Curr. Surg 1986, vol. 43, № 2. P. 159–160.

N. I. GLUSHKOV,

A. V. SKORODUMOV, YU. A. PAKHMUTOVA

ULTRASONIC DIAGNOSTICS AND DIAPEUTICS OF FOCAL FLUID LIVER DAMAGES

In this article the results of diagnostic ultrasound of focal fluid lesions of liver in 132 patients are presented. Ultrasound semeiotics of abscesses and nonparasitic cysts of liver is described. We studied the changes of ultrasound picture in dynamics of their development and peculiarities depending of etiology, explored the possibilities of usage of transcutaneous minimally invasive puncture and drainage methods by ultrasound control, performed in 80 patients. We formulated indications and contraindications to puncture-aspirating and puncture-drainage operations, methods of sclerotherapy of cysts and techniques of drainage and sanitation of abscess cavities. We made a careful study of the results of treatment of focal fluid lesions of liver with minimally invasive methods of surgery by ultrasound control. This techniques permit to achieve good results with little number of complications and minimal lethality. This makes it possible for recommend them to apply in practical work more widely.

В. А. НОВИКОВА

АДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ГИПОЭСТРОГЕНИЕЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ГЕНЕЗА

Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ППС КГМУ

(зав. кафедрой д. м. н., профессор О. К. Федорович), г. Краснодар

Актуальной проблемой современной гинекологии является неуклонный рост эстрогензависимых заболеваний: миомы матки, гиперпластических процессов эндометрия, эндометриоза, фиброзно-кистозной мастопатии [2, 4, 15]. Являясь морфологической манифестацией патологических пролиферативных процессов на фоне дисгормональных нарушений регуляции репродуктивной функции женщины, они вызывают онкологическую настороженность и требуют своевременной диагностики и полноценного лечения. Увеличение продолжительности жизни, удлинение репродуктивного периода (раннее менархе и поздняя менопауза), хроническая гиперэстрогения на фоне относительной или абсолютной прогестероновой недостаточности, бесконтрольное применение комбинированных оральных контрацептивов и заместительной гормонотерапии, формирование метаболического синдрома считаются факторами высокого риска по возникновению и прогрессированию данной патологии. Патогенетический подход к лечению пролиферативных процессов в женской половой сфере основывается либо на обеспечении циклической функции яичников (полноценная овуляция с формированием желтого тела), устранение метаболических расстройств, либо на временном «выключении» половых желез, обеспечении гипогонадотропного гипогонадизма. С этой целью широко применяются такие препараты, как комбинированные оральные контрацептивы, прогестагены, гестринон, агонисты и антагонисты Гн-РГ, антиэстрогены [11, 13, 14, 15, 16, 17, 21].

Комбинированные оральные контрацептивы подавляют выработку Гн-РГ, блокируют циклический выброс гонадотропных гормонов (ФСГ, ЛГ), подавляют овуляцию. Длительное применение КОК обеспечивает подавление эстрогензависимых пролиферативных процессов вплоть до полной регрессии. Лечение проводится 6–12 месяцев, предпочтение отдается низко- и микродозированным препаратам (профилактика тромбофилических осложнений).

Прогестагены вызывают подавление овуляции, децидуальную трансформацию эндометрия, очагов эндометриоза, регресс, вплоть до инволюции пролиферативных процессов в матке, молочных железах. Терапевтическая эффективность высокая (82%), что также обусловлено значительно большей дозировкой препарата, чем в КОК. Длительность приема зависит от выраженности процесса: стартовое лечение может быть в непрерывном режиме в течение 3 месяцев, с последующим переходом на контрацептивный режим в течение 3 месяцев, затем рекомендовано во вторую фазу менструального цикла от 3 до 6 месяцев. Возможными побочными эффектами приема прогестагенов являются диспепсические расстройства, мастодиния, «кровотечения прорыва», формирование инсулинорезистентности, влияние на атерогенный спектр крови, свертывающую систему.

Даназол является антагонистом гонадотропных гормонов, приводящим к блокированию овуляторного пика ЛГ и ФСГ, подавлению овуляции. Механизм воздействия даназола на репродуктивную