

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.36-003.263-002.3-073.43

Н.И.Глушков, А.В.Скородумов, Ю.А.Пахмутова

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ И АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. Н.И.Глушков) Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования Росздрава

Ключевые слова: очаговые образования печени, ультразвукография, диагностика и лечение, пункция, дренирование.

Введение. Широкое внедрение современных методов исследования существенно изменило за последние годы структуру больных с очаговыми заболеваниями печени, ранее редко встречающихся в клинической практике. Значительный технический прогресс, разработка, создание и внедрение в клиническую практику новой диагностической аппаратуры, обладающей большой разрешающей способностью, позволяют выявлять очаговые поражения печени до появления клинической симптоматики.

Частота бактериальных абсцессов печени у госпитализированных больных составляет 0,5–2,0%, при этом отмечается четкая тенденция к ее росту [1, 4, 9]. Непаразитарные кистозные поражения печени составляют 11,8% от числа всех пациентов с очаговыми заболеваниями этого органа [4]. Число осложнений и летальность при оперативном лечении с применением традиционных оперативных доступов достигают соответственно 48,5 и 46% [2, 7, 8]. Высокий риск развития осложнений в сочетании с трудностями диагностики и лечения определяют актуальность этой проблемы [3, 5, 6].

Ультразвуковое исследование является наиболее доступным и распространенным методом, обладающим достаточно высокой информативностью в выявлении очаговых образований печени размером 2 см и более.

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 пункционные санации и дренирование под контролем УЗИ [5, 6].

Материал и методы. В период с 1998 по 2007 г. 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 чреспеченочной пункционной санации мы 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 и обсуждение. 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 гипоэхогенным содержимым. В дальнейшем она приобретает более правильную округлую форму и становится более гипоэхогенной. В полости абсцесса, как правило, определяются яркие эхосигналы от пузырьков газа, расположенные по верхнему контуру полости или тканевого детрита по нижнему ее контуру. По мере созревания абсцесса пиогенная капсула утолщается, становится более однородной и гиперэхогенной.

Эхографическая картина непаразитарных кист печени, выявленных нами у 70 больных, достаточно характерна и диагностических трудностей не вызывает. Она представлена однокамерным анэхогенным или резко гипоэхогенным 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.

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 пролечены 17 больных, которым выполнено 47 операций (в среднем 2,8 на 1 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 не эффективной 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. Леталь-

ный 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 не эффективным из-за наличия в полости секвестров печеночной ткани, что потребовало оперативного лечения традиционным лапаротомным доступом. У 2 (7,2%) пациентов отмечены осложнения: у 1 (3,6%) больного — дислокация дренажа с развитием местного гнойного перитонита, у 2 (3,6%) — аррозивное 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 двухэтапной методике Сельдингера и 16 — по одноэтапной методике с помощью стилет-троакаров. При больших размерах гнойной полости (10 см и более) 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 л 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 мин аспирировался обратно. В качестве склерозирующего агента использован 96% этанол. У 1 больного после введения этанола отмечались кратковременные боли в правом подреберье, купированные введением анальгетиков, и у 2 пациентов — субфебрильная лихорадка в 1-е сутки после операции. У 3 больных, которым склеротерапия не проводилась, наступил рецидив заболевания в течение 1-го года наблюдения, что потребовало в 2 случаях повторного вмешательства с пункционной склеротерапией. Третьему пациенту спустя 1,5 года после проведенной пункции выполнено чрескож-

ное 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 с склеротерапией. В качестве склерозирующего агента использовался 70% этанол, который вводили в остаточную полость кисты через просвет дренажа на 24 ч, после чего дренаж удаляли. Реакций на введение склерозанта не отмечено. Осложнений и летальных исходов не наблюдалось. В этой группе больных рецидивов кист не отмечено.

Трудности в топической диагностике и верификации объемного образования печени при УЗИ могут возникать при его расположении ближе к диафрагмальной поверхности печени, в 7–8-м сегментах, которые частично прикрыты нижним краем правого легкого, что затрудняет обзор этой зоны. При сомнительных результатах обследования показаны 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 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.

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

Выводы. 1. Результаты нашего исследования подтверждают эффективность,

информативность, доступность и безопасность ультразвукового исследования в диагностике очаговых жидкостных поражений печени.

2. Непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения свидетельствуют о том, что обоснованное применение эхоконтролируемых пункционно-дренирующих вмешательств при абсцессах печени и непаразитарных кистах позволяет добиться хороших положительных результатов лечения с минимальной летальностью(5,9%) и низким числом осложнений (7,2%).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Акилов Х. А., Ваккасов М. Х., Икрамов А. И. и др. Ультразвуковая диагностика абсцессов печени // Анн. хир. гепатол.— 2000.—№ 1.—С. 236–237.
2. Борисов А.Е., Земляной В.П., Левин Л.А. и др. Возможности эндовидеохирургии у больных с диффузными и очаговыми заболеваниями печени // Анн. хир. гепатол.—1996.—№ 1.—С. 31.
3. Борисов А.Е., Земляной В.П., Непомнящая С.Л. и др. «Гемангиомы и кисты печени».—СПб.: Изд-во предприятия ЭФА, 2000.—144 с.
4. Гранов А.М., Анфилова Л.В. Хирургическая тактика при непаразитарных кистах печени // Вестн. хир.—1994.—№ 5/6.—С. 46–50.
5. Ившин В.Г., Семин В.Е., Старченко Г.А. и др. Успешное лечение множественных абсцессов печени // Хирургия.—1998.—№ 7.—С. 58–59.
6. Пархисенко Ю.А., Глухов А.А., Новомлинский В.В. и др. Диагностика и лечение абсцессов печени // Хирургия.—2000.—№ 8.—С. 35–37.
7. Стойко Ю.М., Гула Ф.И., Сергин А.Е. и др. Излечение множественных абсцессов правой доли печени // Вестн. хир.—1999.—№ 6.—С. 86.
8. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практическое руководство (Пер. с англ.) / Под ред. З.Г.Апросиной, Н.А.Мухина.—М.: Гэотар Медицина, 1999.—563 с.
9. Gersof S.G., Johnson W., Robbins A. H. et al. Intrahepatic pyogenic abscesses. Treatment by percutaneous drainage // Curr. Surg.—1986.—Vol. 43, № 2.—P. 159–160.

Поступила в редакцию 27.01.2009 г.

N.I.Glushkov, A.V.Skorodumov, Yu.A.Pakhmutova

POSSIBILITIES OF ULTRASONOGRAPHY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF NONPARASITIC CYSTS AND ABSCESES OF THE LIVER

The results of ultrasound diagnostics of focal fluid lesions of the liver in 132 patients are presented. Echographic semiotics of abscesses and nonparasitic cysts of the liver is described. The possibilities of using transcutaneous minimally invasive puncture and drainage methods in 80 patients under ultrasound control were analyzed. We formulated indications and contraindications to puncture-aspiration and puncture-drainage operations, methods of sclerotherapy of cysts and techniques of drainage and sanitation of the abscess cavities. The results of treatment of focal fluid lesions of the liver by minimally invasive methods of surgery under ultrasound control were thoroughly analyzed. These techniques permit achieving good results with few complications and minimal lethality. The methods can be recommended for wider use in practical work.