

УДК 616.36-002.3-07-089

А.А. Кипшидзе

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ***Городская больница № 4, Севастополь*

Изучены в сравнительном аспекте результаты лечения 2 групп больных с холангиогенными абсцессами печени – основная (89 больных), которым произведены малоинвазивные операции, и контрольная (74 больных), оперированных открытым лапаротомным доступом. Малоинвазивные методики объединили операции под ультразвуковым контролем, эндоскопическое назобилиарное дренирование с санацией печеночных протоков, лапароскопическое дренирование абсцессов. У половины больных использовался метод интервенционной сонографии (ИС) дренирования полости абсцесса двумя трубками с одновременной санацией печеночных протоков назобилиарным дренажом, проведенным эндоскопически через большой сосочек двенадцатиперстной кишки. Для санации протоков использовали водный антисептик декасан. Предложенные малоинвазивные методики с широкими возможностями контроля течения послеоперационного периода позволили уменьшить число развития сепсиса с 11,3% до 2,2%, снизить послеоперационную летальность с 7,8% до 1,7% по сравнению с лапаротомными операциями.

**Ключевые слова:** холангиогенные абсцессы, малоинвазивные методы лечения.

Холангиогенные абсцессы остаются одним из самых сложных осложнений в хирургической гепатологии. Традиционно используемые при их хирургическом лечении различные способы внутри- и внебрюшинных доступов являются достаточно травматичными и, зачастую, недостаточно адекватными, особенно при множественных абсцессах, а так же при развитии сепсиса. Широкое внедрение малоинвазивных методик в виде вмешательств под контролем ультразвуковой диагностики (УЗД), эндоскопии и лапароскопии позволило качественно улучшить результаты лечения этой сложной категории больных. Нами разработаны методы лечения холангиогенных абсцессов, которые заключались в назобилиарном дренировании желчных протоков с помощью эндоскопии, а так же дренировании полости абсцесса под контролем сонографии – основная группа (89 больных). Результаты лечения сравнивались с результатами лечения больных, оперированных открытым лапаротомным доступом – контрольная группа (74 больных).

Холангиогенные абсцессы печени в большинстве наблюдений образуются при нарушении проходимости желчных протоков [1, 2]. Наиболее частой причиной являются рубцовые стриктуры желчных протоков и длительный холедохолитиаз. Некоторые авторы отдельно рассматривают злокачественные новообразования гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненные механической жел-

тухой, когда причиной образования холангиогенных абсцессов печени, помимо гнойного холангита, является и иммуносупрессия. Иногда в этиологии холангиогенных абсцессов печени играют роль такие редкие заболевания желчных протоков, как первичный склерозирующий холангит, болезнь Кароли, аденома большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДС), атрезия желчных протоков у новорожденных, гепатиколитиаз и т.д. [1, 2, 3]. Больные с билиодигестивными анастомозами или свищами без нарушения пассажа желчи также входят в группу риска образования холангиогенных абсцессов печени. По данным одних авторов [3, 4], у 10-13% больных с холедоходуоденоаностомозом в течение 2-8 лет возникают абсцессы печени. Другие авторы, в качестве важнейшей причины образования холангиогенных абсцессов, указывают желчные свищи [2, 3]. Применение сменных чрезпеченочных дренажей и эндобилиарных стентов нарушает автономность желчевыводящей системы и является одной из причин развития хронического холангита, и, как следствие, абсцессов печени. Острый холецистит, по данным литературы, может является одной из наиболее частых причин образования абсцессов печени [2, 4, 5, 8]. До последнего времени основным методом лечения абсцессов печени являлось хирургическое, предусматривающее вскрытие и дренирование полости гнойника через лапаротомный доступ с летальностью до 20% [6, 7]. В последние годы широкое ис-

пользование получили малоинвазивные методики с диагностическими и лечебными свойствами, кардинально изменившие в положительную сторону результаты лечения больных с холангиогенными абсцессами печени.

**Цель работы** – улучшить результаты лечения больных с холангиогенными абсцессами печени путем разработки новых методов лечения с использованием малоинвазивных вмешательств.

### **Материал и методы**

За период 1999-2009 гг. нами обследовано и пролечено 163 больных с холангиогенными абсцессами печени в возрасте от 23 до 86 лет, которым выполнено 219 оперативных вмешательств. Диагноз ставился на основании анамнеза и клинической картины заболевания, данных клинико-лабораторных и биохимических исследований, а также по результатам сонографического исследования, компьютерной томографии (КТ). Чувствительность УЗИ и компьютерной томографии (КТ), как основных инструментальных методов в наших исследованиях, составила 95% и 100% соответственно.

Для оценки эффективности лечения в послеоперационном периоде производился динамический сонографический контроль, чрездренажные контрастные исследования, санация пиогенных очагов через наружные дренажи, санация билиарной системы печени через назобилиарный зонд, проведенным эндоскопически, а так же микробиологическое исследование желчи и отделяемого из дренажей для проведения направленной антибиотикотерапии.

### **Результаты и обсуждение**

Основными клиническими проявлениями заболевания была общая слабость, недомогание, диспептические расстройства, симптомы общей интоксикации. Следует отметить, что в ряде наблюдений пациенты с абсцессами печени не предъявляли никаких жалоб, кроме снижения веса. Желтуху выявили в 20% наблюдений.

В зависимости от метода лечения больные были распределены на две группы: 1 – малоинвазивные операции (89 больных); 2 – лапаротомные операции (74 больных).

Малоинвазивные методики объединили

операции под ультразвуковым контролем, эндоскопическое назобилиарное дренирование с санацией печеночных протоков, лапароскопическое дренирование абсцесса. Практически у половины больных использовался метод интервенционной сонографии (ИС) дренирования полости абсцесса двумя трубками с одновременной санацией печеночных протоков назобилиарным дренажем, проведенным эндоскопически через большой сосочек двенадцатиперстной кишки. Для санации протоков использовали водный антисептик широкого антимикробного действия декасан. В этой группе больных в 5 случаях проводилось повторное дренирование абсцессов под контролем сонографа (у 2 – при септикопиемии, у 3 – при гнойных затеках).

Для дренирования абсцесса печени диаметром до 5,0 см использовали один дренаж для последующего промывания его полости. При диаметре очагов более 5,0 см дренирование проводили двумя однопросветными трубками с последующим аспирационно-проточным промывания полости абсцесса. Проведение чрездренажных фистулографий было необходимым для выявления возможной связи полости абсцесса с органами брюшной полости или желчевыделительной системой печени. Дренажную трубку удаляли после исчезновения полости по данным УЗИ и контрольной фистулографии, что совпадало с нормализацией общего состояния и температуры тела, исчезновением признаков гнойной интоксикации.

Критерием адекватной санации полостей абсцессов считали снижение температуры тела, прекращение выделения из полости абсцесса гнойного отделяемого, уменьшение размеров полости по данным сонографического и чрездренажного рентгеновского исследования.

В послеоперационном периоде проводили общее консервативное лечение, включающее антибактериальную терапию с учетом чувствительности микроорганизмов, дезинтоксикационную терапию, симптоматическое лечение. При развитии синдрома системного воспалительного ответа использовали экстракорпоральные методы дезинтоксикации, иммунокорректирующую терапию. Сроки дренирования составили от 6 до 29 суток (в среднем 16,3). Предложенный метод лечения отличает-

ся малотравматичністю, можливістю контролю ефективності проводимого лікування, а саме головне – позитивними результатами у 80% хворих.

Причинами неефективності чревоного малоінвазивного методу лікування абсцесів у 4 хворих були мультифокальність уражень, наявність билиарної обструкції, виражена піогенна капсула абсцесу. В подальшому всім їм виконані відкриття та дренирування абсцесів за допомогою лапаротомії.

В групі хворих, оперованих лапаротомним доступом, основними показаннями були, перш за все, неефективність зовнішнього дренирування під контролем сонографії або неможливість використання самого методу ІС в силу локалізації абсцесу, наявність супутньої хірургічної патології, що потребує оперативного лікування, зокрема холедохолітиаз з ускладненнями, перитоніт. Помер один хворий, оперований по приводу перитоніту, який розвинувся внаслідок прориву абсцесу в брюшну порожнину. Причиною смерті стала тромбоемболія легочної артерії на фоні сепсису.

При призначенні антибактеріальної терапії при абсцесах печінки керувалися наступними положеннями. До отримання результатів мікробіологічного дослідження проводили емпіричну терапію з призначенням антибіотиків широкого спектру дії. По результатам мікробіологічного дослідження призначення антибіотиків проводились згідно їх чутливості. Мікроорганізми, що виділяються з абсцесів печінки у 79%, переважно були представлені грамнегативною аеробною флорою. В більшості спостережень виявлені *E. coli* та *K. pneumoniae*, а також представники родів *Pseudomonas*, *Streptococcus*, *Proteus*, інші мікроорганізми. З представників анаеробної флори найчастіше виявлялися бактерії родів *Bacteroides*, *Fusobacterium*, анаеробні види *Streptococcus*. При множинних холангіогенних абсцесах печінки була характерна асоційована інфекція з частіше розвиваючоюся бактеріємією, ніж у хворих з криптогенними абсцесами печінки, коли інфекція частіше була представлена монокультурою. Крім того, бактеріологічні дослідження підтвердили, що

анаеробна флора та асоціації мікроорганізмів призводять до більш важкого клінічного перебігу захворювання, а також до розвитку сепсису та септичних ускладнень в 10,7% випадків.

### **З а к л ю ч е н и е**

В діагностиці абсцесів печінки слід використовувати сучасні методи з лікувальними можливостями, так як вони менш травматичні, безпечніші та ефективніші з більш широкими можливостями контролю перебігу післяопераційного періоду порівняно з лапаротомними операціями. Розроблений метод дренирування холангіогенних абсцесів за допомогою інтервенційної сонографії, зовнішнім назобіліарним дренируванням з санацією протокової системи печінки та порожнини абсцесу сучасними антисептиками дозволило зменшити кількість розвитку сепсису з 11,3% до 2,2%, знизити післяопераційну летальність у цій групі хворих до 1,7%.

### **ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ХОЛАНГІОГЕННИХ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ**

*А.А. Кипшидзе*

Вивчені в порівняльному аспекті результати лікування 2 груп хворих з холангіогенними абсцесами печінки – основна (89 хворих), в якій проведено малоінвазивні операції, і контрольна (74 хворих) оперованих відкритим лапаротомним шляхом. Малоінвазивні методики поєднували операції під ультразвуковим контролем, ендоскопічне назобіліарне дренирування з санацією печінкових протоків, лапароскопічне дренирування абсцесів. У половини хворих використався метод інтервенційної сонографії (ІС) дренирування порожнини абсцесу двома трубками з одночасною санацією печінкових протоків назобіліарним дренажем, заведеним ендоскопічно через великий сосочок дванадцятипалої кишки. Для санації протоків використовували водний антисептик «декасан». Запропоновані малоінвазивні методики з більш широкими можливостями контролювати перебіг післяопераційного періоду дозволили зменшити кількість розвитку сепсису з 11,3% до 2,2%, знизити післяопераційну летальність з 7,8% до 1,7% в порівнянні з лапаротомними операціями.

**Ключові слова:** холангіогенні абсцеси, малоінвазивні методи лікування.

### **DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHOLANGIOGENIC HEPATIC ABSCESSSES**

*A.A. Kipshidze*

It was studied in comparative aspect the treatments in results of 2 groups of patients with cholangiogenic hepatic abscesses – the main group (89 patients) whom were made low-invasive surgeries, and control group

(74 patients) who were operated on an open laparotomious access. The low-invasive methods united the operations under the ultrasound control, endoscopic nazobiliar draining with sanitization of hepatic ducts , laparoscopic draining of abscesses .The half of the group of patients were used the method of intervetsion sonography draining the cavity of abscess by two drains with simultaneous sanitization of hepatic ductus with nazobiliar drainage , laying endoscopically through the big nipple of duodenum.The water –antiseptic decasan was used for sanitization of ducts. Suggested low-invazive methods with wide oppurtunities of supervision after surgical period allows to reduce the progress of sepsis from 11,3% to 2,2% , to to reduce after surgical lethality from 7,8% to 1,7% in comparison with laporotomy surgery .

**Key words:** abscessus hepatic cholangitious, mini-invasive methods of treatment.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Пиогенный абсцесс печени и окологепаточного пространства:радикальное лечение путем чрескожного вмешательства под контролем УЗИ. / М.Е. Ничитайло, Г.Ю. Мошковский, Р.В. Максимов и др. // Клінічна хірургія. – 2004. – №4. – С. 52-53.
2. Брискин Б.С. Эндоскопическая санация общего желчного протока и холангиоэнтеросорбция при лечении холангита и механической желтухи. / Б.С. Брискин, Д.А. Демидов // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – №4. – С. 3-8.
3. Пархисенко Ю.А. Диагностика и лечение абсцессов печени / Ю.А. Пархисенко, А.А. Глухов, В.В. Новомлинский, И.П. Мошуров // Хирургия. – 2000. – № 8. – С. 35-37.
4. Гринев М.В. Хирургический сепсис / М.В. Гринев, М.И. Громов, В.Е. Кормакова // Санкт-Петербург-Москва. – 2001. – С. 199-209.
5. Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. / А.Е. Борисов. // С.-Петербург: Скифия. – 2003. – Т. 1, 2. – С. 293, 524-529.
6. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess / J. Alvarez Perez, J. Gonzalez, R. Baldonado et al. // Am. J. of Surg. – 2001. – Vol. 181, № 2. – P. 177-186.
7. Song S.Y. Liver abscess after transcatheter oily chemoembolization for hepatic tumors: incidence, predisposing factors, and clinical outcome / S.Y. Song // J. Vasc. Interv. Radiol. – 2001. – Vol. 12, № 3. – P. 313-320.
8. Sugiyama M. Pyogenic hepatic abscess with biliary communication / M. Sugiyama, Y. Atomi // Am. J. Surg. – 2002. – Vol. 183. – P. 2.

---

Стаття надійшла 17.02.2011