

УДК 616.36-002.3-072.1:615.837.3

В.І. Десятерик, О.В. Котов, Т.І. Савченко, Р.Ю. Чечель

МІНІІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ АБСЦЕСАХ ПЕЧІНКИ

Дніпропетровська державна медична академія

Абсцеси печінки мають тяжкий перебіг та відрізняються високими показниками летальності. В статті наведений досвід лікування 17 хворих з абсцесами печінки. Всі хворі були оперовані шляхом використання мініінвазивних технологій під контролем ультразвуку. Поодинокі абсцеси різних розмірів спостерігали у 12 хворих, множинні – у 3, міліарні – у 1, паразитарний – у 1. Об'єм рідинних утворень сягав від 5 до 500 мл. Абсцеси в печінці, як правило, носили вторинний характер. Різними були строки захворювання: від 2-3 тижнів до 2 місяців. Дренували абсцеси з розмірами гнійної порожнини більше 3 см., абсцеси з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см., якщо при пункції не вдалося провести повноцінну санацію гноя, абсцеси з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см. та вираженою інфільтрацією тканин навколо (більш ніж 1-5 см.). Встановлено, що чим більше зона інфільтрації навколо гнійної порожнини, тим менш вірогідно, що такий гнояк вдасться вилікувати пункційно. Саме поширеність зони інфільтрації навколо порожнини гнояка обумовлювала тяжкість перебігу захворювання і диктувала необхідність додаткового застосування регіонарної терапії. Мікробний пейзаж при абсцесах печінки був наступним: *Staphylococcus spp.* (26,7%), *E.coli* (20%), *Klebsiella spp.* (13,3%), *Citrobacter spp.* (13,3%), *P.aeruginosa* (13,3%), *Enterococcus spp.* (13,3%). Строки дронування коливались від 10 до 42 діб (в середньому 18,5±8,4). Спостерігали одне ускладнення. Летальних наслідків не було. Висновок: малоінвазивні втручання не тільки доцільно, але й необхідно використовувати з урахуванням тяжкості захворювання, віку хворих, наявності супутньої патології; їх ефективність і перевага перед традиційними є очевидною.

Ключові слова: абсцеси печінки, мініінвазивні втручання, результати лікування

Проблема хірургічного лікування абсцесів печінки була і залишається актуальною, незважаючи на значний науковий та технічний прогрес, що спостерігається протягом останніх десятиліть. Абсцеси печінки складають до 0,16% захворювань з якими хворі госпіталізуються, потребують термінового хірургічного втручання й супроводжуються високою летальністю на рівні від 16,9 до 55%, а у випадку з міліарними абсцесами – до 63,6% [1, 2, 3]. Останнім часом, більшість хірургів вважають доцільним і обґрунтованим використання пункційно-дренажного методу лікування під контролем ультразвуку (УЗ) в якості альтернативи традиційному оперативному втручання [1, 2, 3, 4]. Основна ідея цих втручань полягає в тому, що без розтину черевної стінки видалити вміст гнійних скупчень пункційно, або шляхом постановки дренажа під контролем УЗ, без втрати кінцевого радикалізму, з мінімальною травматичністю для хворого, під місцевим знеболюванням. Лікування мініінвазивними маніпуляціями у 91,8% хворих з рідинними скупченнями в печінці є ефективним. Ускладнення спостерігаються у 4,9% хворих і є такими, що не призводять до летальних наслідків [1].

Мета дослідження – проаналізува-

ти результати комплексного лікування хворих з абсцесами печінки з використанням мініінвазивних втручань під контролем УЗ, оцінити переваги та ефективність цих технологій.

М а т е р і а л т а м е т о д и

Проаналізовані результати лікування 17 хворих (7 чоловіків та 10 жінок) з абсцесами печінки, віком від 35 до 73 років з використанням мініінвазивних хірургічних втручань під контролем УЗ. Поодинокі абсцеси різних розмірів спостерігали у 12 хворих, множинні – у 3, міліарні – у 1, паразитарний – у 1. Об'єм рідинних утворень сягав від 5 до 500 мл.

При виборі способу лікування абсцесів печінки, ми виходили, з розмірів гнійної порожнини, характеру вмісту та поширеності зони інфільтрації.

Так, при поодиноких абсцесах, з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см. і незначною інфільтрацією навколо (приблизно до 0,5 см) лікували пункційним способом. Дренування здійснювали в наступних випадках. По-перше, при абсцесах з розмірами гнійної порожнини більше 3 см., незважаючи на поширеність зони інфільтрації навколо. По-друге, при абсцесах з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см., якщо при пункції не вдалося про-

вести повноцінну санацію гнояка за рахунок наявності в гнійній порожнині щільного тканинного детриту. По-третє, при абсцесах з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см. та вираженою інфільтрацією тканин навколо (більш ніж 1-5 см). Доцільність дренивання в останньому випадку обумовлена практично: після 2-3 санаційних пункцій, коли в таких порожнинах продовжував накопичуватись гній. Це відбувалось, на наш погляд, саме за рахунок вираженої зони інфільтрації навколо гнійної порожнини. Навіть після дренивання з одномоментною санацією такої порожнини, починаючи з наступного дня, спостерігали значне виділення гною – до 100-150 мл. за добу; при цьому, за даними ультразвукового дослідження (УЗД) в порожнині гнояка, навколо встановленого дренажа рідкісного компоненту майже не спостерігалось. Тому, чим більше зона інфільтрації навколо гнійної порожнини, тим менш вірогідно, що такий гнояк вдасться вилікувати пункційно і, навпаки. Саме поширеність зони інфільтрації навколо порожнини гнояка обумовлювала тяжкість перебігу захворювання і диктувала необхідність додаткового застосування регіонарної протизапальної терапії.

При множинних гнояках печінки, 1-2-3 найбільших – дренивали, інші, менші за розміром, пунктували, заголом дотримуючись вище наведених принципів. Дренивання здійснювали як окремо кожного гнояка з різних точок, так і з однієї точки, «нанизуючи» розташовані вздовж пункційної лінії кілька гнояків до ряду, попередньо зробивши в дренажі достатню кількість отворів на необхідному відрізьку. Санацію як поодиноких, так і множинних гнояків здійснювали шляхом промивання порожнини 0,5% розчином діоксидину, декасаном, октенісептом та інш. в залежності від виділеної мікрофлори і її чутливості.

При міліарних абсцесах виконували пункційну біопсію печінки по ходу розташування дрібних гнояків. Відібраний матеріал направляли до бактеріологічної лабораторії для визначення збудників та їх чутливості до антибіотиків. Поряд із системною, обов'язково проводили регіональну антибактеріальну, протизапальну, гепатотропну та ін. види терапій, шляхом безперервної інфузії препаратів через катетер, заведений в печінкову артерію за методом Сельдінгера на ангиографі.

Паразитарну кісту з нагоєнням дренивали. Вміст відправляли на дослідження до клінічної та бактеріологічної лабораторії. Порожнину гнояка протягом перших кількох днів промивали наведеними вище розчинами, а потім, після ліквідації гнійного запалення, гліцеріном, гіпохлоридом натрія. Паралельно хворій призначали варміл в стандартній дозі. Наявність паразита контролювали періодично, беручи на аналіз виділення з дренажа. Критеріями видалення дренажа були: задовільний стан хворої, повне знешкодження паразита, припинення виділень по дренажу, склерозація порожнини кісти.

Всім хворим контрольні УЗД виконували на наступний день після пункції або (і) дренивання і далі, через кожні 2-3-4 дні, за потребою.

Пункції виконували під контролем УЗ із застосуванням доплера (для вибору «безпечного» місця) за допомогою голок «СНІВА», діаметром 18-23 G. Дренивання здійснювали троакар-катетерами типа «Pigtail», діаметром 6-12 Fr, зі стандартних й нестандартних точок, обов'язково враховуючи при цьому анатомію плеврального синуса. При наявності реактивного ексудату в плевральній порожнині більш ніж 50 мл., виконували плевральну пункцію, з подальшим дослідженням вмісту в клінічній лабораторії. Вилучену рідину з внутрішньопечінкових гнояків досліджували бактеріологічно. Виконували бактеріоскопію відібраного матеріалу, а також засів на живильні середовища з метою ідентифікації виду збудника. Чутливість до антибіотиків визначали диско-дифузійним методом, з набором дисків, які відповідали виділеним групам мікроорганізмів. Період інкубації складав повних 24 години. У всіх хворих, поряд із застосуванням пункційно-дренажного методу лікування, проводили інтенсивну консервативну терапію, згідно стандартів ведення хворих на цю тяжку патологію.

Результати та обговорення

Абсцеси в печінці, як правило, носили вторинний характер, навіть в тих випадках, коли саме джерело встановити вже не можливо. Інколи, лише анамнез захворювання і дані мікробіологічного пейзажу з абсцесу дозволяли орієнтовно судити про його етіологію і патогенетичні механізми виникнення. Різними були

строки захворювання: від 2-3 тижнів до 2 місяців. Позитивні результати бактеріологічного дослідження отримали у 15 хворих. У 1 хворого з множинними абсцесами печінки і у 1 хворої з нагоєнням паразитарної кісти не вдалося виділити мікрофлору, незважаючи на численні засіви, які виконувались через день, кілька разів. У цих 2 хворих антибактеріальну терапію проводили емпірично, у інших – протягом перших 2-3 діб емпіричну, потім – направлену. Мікробний пейзаж при абсцесах печінки був наступним: *Staphylococcus spp.* (26,7%), *E.coli* (20%), *Klebsiella spp.* (13,3%), *Citrobacter spp.* (13,3%), *P.aeruginosa* (13,3%), *Enterococcus spp.* (13,3%).

Чутливість 40% виділених штамів мікроорганізмів відповідала стандартам емпіричної антимікробної терапії (АМТ), яка рекомендована для лікування даної патології – цефалоспорины III, IV поколінь, аміноглікозиди, фторхінолони II-IV поколінь. Оскільки абсцеси носять вторинний характер і є ускладненням основного захворювання, цілком зрозуміла досить велика кількість – 60,0% полірезистентних штамів мікроорганізмів, які в більшості випадків мають ознаки нозокоміальних. Серед них: *Staphylococcus spp.* – 3 MRSA штами, *Enterococcus spp.* – 2, *P.aeruginosa* – 2, *E.coli* – 1, *Citrobacter spp.* – 1. Чутливість полірезистентних штамів до антибіотиків була наступною: *Staphylococcus spp.* – ванкоміцин, кліндаміцин, левофлоксацин, гентаміцин; *P.aeruginosa* – меропенем, цефоперазон захищений сульбактамом, піперацилін-тазобактам, колістин; *E.coli*, *Citrobacter spp.* – меропенем, амікацин, цефоперазон захищений сульбактамом, тікарцилін/клавулонат; *Enterococcus spp.* – ванкоміцин, лінезолід. Саме полірезистентні штами представляли реальну загрозу життю пацієнтів, особливо у випадку міліарних абсцесів; їх необхідно своєчасно ідентифікувати і, відповідно, призначати направлену деескалаційну АМТ. Корекція призначеної емпірично антимікробної терапії, у всіх випадках виявлених полірезистентних штамів, проводилася у строки від 48 до 72 годин, у відповідності до наведених вище даних про чутливість цих мікроорганізмів до антибіотиків.

Використані мініінвазивні технології були основними й остаточними в лікуванні. Строки дренування коливались від 10 до 42 діб (в середньому $18,5 \pm 8,4$). Спостерігали одне

ускладнення: у хворої Г., 66 років з холангіогенним абсцесом лівої долі печінки об'ємом до 500 мл через 3 тижні від початку лікування по ходу дренажного каналу, між печінкою та черевною стінкою сформувався абсцес об'ємом до 10мл. Ускладнення запідозрили клінічно, а локалізацію встановили при КТ-дослідженні. Абсцес було вскрито з мінідоступу, під місцевим знеболюванням, не видаляючи основний дренаж з печінки.

Всі хворі одужали, летальних наслідків не було. Відсутність тяжкої травматизації черевної стінки, загального знеболювання при виконанні хірургічного втручання, можливість візуального контролю за перебігом гнійно-запального процесу в печінці, невелика кількість ускладнень, досить швидка нормалізація стану більшості хворих (майже через 2-3 доби) – ось далеко не повний перелік переваг застосування мініінвазивних технологій в лікуванні хворих з абсцесами печінки.

Висновки

Мініінвазивні технології, які виконують під контролем УЗ у хворих з абсцесами печінки є достойною альтернативою традиційним хірургічним втручанням без втрати кінцевого радикалізму. Міні втручання не тільки доцільно, але й необхідно використовувати з урахуванням тяжкості захворювання, віку хворих, наявності супутньої патології; коли їх ефективність і перевага перед традиційними є очевидною. Мініінвазивні хірургічні втручання під контролем УЗ є надійним та ефективним методом, здатним забезпечити уникнення низки тяжких ускладнень, покращити в цілому результати лікування цього тяжкого контингенту хворих.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АБСЦЕСАХ ПЕЧЕНИ

В.И. Десятерик, А.В. Котов, Т.И. Савченко, Р.Ю. Чечель

Абсцессы печени имеют тяжелое течение и отличаются высокими показателями летальности. В статье приведен опыт лечения 17 больных с абсцессами печени. Все больные оперировались путем использования миниинвазивных технологий под контролем ультразвука. Одиночные абсцессы разных размеров наблюдали у 12 больных, множественные – у 3, милиарные – у 1, паразитарный – у 1. Объем жидкостных образований был от 5 до 500 мл. Абсцессы в печени, как правило, носили вторичный характер. Разными были сроки заботления: от 2-3 недель до 2 месяцев. Дренирова-

ли абсцессы с размерами гнойной полости больше 3 см., абсцессы с размерами гнойной полости до 2-3 см., если при пункции не удалось провести полноценную санацию гнойника, абсцессы с размерами гнойной полости до 2-3 см., но с выраженной инфильтрацией тканей вокруг (более чем 1-5 см.). Установлено, что чем больше зона инфильтрации вокруг гнойной полости, тем менее достоверно, что такой гнойник удастся вылечить пункционно. Именно распространенность зоны инфильтрации вокруг полости гнойника обуславливала тяжесть течения заболевания и диктовала необходимость дополнительного применения регионарной терапии. Микробный пейзаж при абсцессах печени был следующим: *Staphylococcus spp.* (26,7%), *E.coli* (20%), *Klebsiella spp.* (13,3%), *Citrobacter spp.* (13,3%), *P.aeruginosa* (13,3%), *Enterococcus spp.* (13,3%). Сроки дренирования колебались от 10 до 42 суток (в среднем $18,5 \pm 8,4$). Наблюдало одно осложнение. Летальных последствий не было. Вывод: миниинвазивные вмешательства не только целесообразно, но и необходимо использовать с учетом тяжести заболевания, возраста больных, наличия сопутствующей патологии; их эффективность и преимущество перед традиционными является очевидным.

Ключевые слова: абсцессы печени, миниинвазивные вмешательства, результаты лечения.

MINI-INVASIVE INTERVENTIONS AT LIVER ABSCESSSES

V.I. Desyaterik, A.V. Kotov, T.I. Savchenko, R.Y. Chechel

Liver abscesses have a severe course and are characterized by high rates of letality. In paper presents experience in treating 17 patients with liver abscesses. All patients were operated using minimally invasive technology of ultrasound. Solitary abscesses of different sizes were observed in 12 patients, multiple – in 3, milary – in 1, parasite – in 1. The volume of liquid forma-

tions approximately from 5 to 500 ml. Abscesses in the liver, usually wore a secondary character. Were different stages of disease: from 2-3 weeks to 2 months. Drained abscesses with purulent cavity size larger than 3 cm, abscesses with purulent cavity size of 2-3 cm, if a puncture were not able to complete sanitation of the abscess, abscess with a purulent cavity sizes up to 2-3 cm, but with marked infiltration of tissues around (more than 1-3-5 cm). It was established that the higher infiltration zone around the purulent cavity, the less certain that such an ulcer will heal puncture. It is the prevalence of infiltration zone around the abscess cavity detached, the severity of the disease, and dictated the need for additional use of regional therapy. Microbial landscape with liver abscesses was as follows: *Staphylococcus spp.* (26,7%), *E.coli* (20%), *Klebsiella spp.* (13,3%), *Citrobacter spp.* (13,3%), *P.aeruginosa* (13,3%), *Enterococcus spp.* (13,3%). Terms of drainage ranged from 10 to 42 days (mean $18,5 \pm 8,4$). Observed one complication. Lethal effects were not. The authors conclude that the mini-intervention is not only appropriate, but must be used according to the severity of the disease, patient age, presence of comorbidity, and when their efficiency and advantage over the traditional is evident.

Key words: liver abscesses, minimal-invasive interventions, treatment outcomes.

ЛІТЕРАТУРА

1. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / Под ред. А.Е. Борисова. – СПб.: Предприятие ЭФА, 2002. – 448 с.
2. Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов. – М.: Триада-Х, 2003. – 216 с.
3. Ахаладзе Г.Г. Холангиогенные абсцессы печени / Г.Г. Ахаладзе, И.Ю. Церетели // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 2. – С. 30-35.
4. Кондратенко П.Г. Хирургическая инфекция. Практическое руководство / П.Г. Кондратенко, В.В. Соболев. – Донецк, 2007. – 512 с.

Стаття надійшла 10.03.2011