

УДК 616.36-002.3-02:616.361-002-089
DOI 10.11603/2414-4533.2020.1.10731

©В. В. БОЙКО^{1,2}, В. Н. ЛЫХМАН¹, Д. А. МИРОШНИЧЕНКО², А. А. МЕРКУЛОВ¹, С. В. ТКАЧ¹, А. Н. ШЕВЧЕНКО¹,
А. В. МОСКАЛЕНКО¹, И. В. ВОЛЧЕНКО²

ГУ “Институт общей и неотложной хирургии имени В. Т. Зайцева НАМНУ”¹, Харьков
Харьковский национальный медицинский университет²

Этапное хирургическое лечение холангиогенных абсцессов печени

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с холангиогенными абсцессами печени путем этапных методов лечения с использованием малоинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. Обследовано и пролечено 82 больных с холангиогенными абсцессами печени в возрасте от 21 до 80 лет, которым выполнено 130 операций. Основную группу составили 40 (48,4 %) больных, которым выполняли УЗ-контролируемое дренирование полостей абсцессов (I этапом) с последующим удалением источника ХГА (II этапом). Группу сравнения составили 42 (51,6 %) больных, которым выполняли санацию и дренирование только лапаротомным доступом.

Результаты исследований и их обсуждение. Малоинвазивные методы хирургического лечения включали УЗ-контролируемое дренирование с одновременной санацией полостей абсцесса. Размеры полостей в среднем составили (150±23,3) см³. Для дренирования абсцесса печени диаметром до 10,0 см использовали один дренаж. При диаметре очагов более 5,0 см дренирование проводили двумя однопросветными трубками с последующим аспирационно-проточным промыванием полости абсцесса. Контроль стояния дренажа и уменьшение полости абсцессов проводили на 3, 7, 14 день после постановки. 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. Сроки дренирования составили в среднем от 7 до 30 суток (в среднем 15,2). Предложенный метод лечения отличается малотравматичностью, возможностью контроля эффективности проводимого лечения, а самое главное – положительными результатами у 87 % больных. II этапом у 38 (95 %) проводилась лапароскопическая холецистэктомия технических особенностей. Оптимальным сроком проведения II этапа считали (13±3) дня после извлечения дренажа. В диагностике и лечении холангиогенных абсцессов печени необходимо использовать методы пункционного УЗ-контролируемого дренирования. Этапное лечение ХГА с санацией полости абсцесса позволило уменьшить число развития сепсиса с 9,5 до 2,5 %, снизить послеоперационную летальность у крайне тяжелых больных до 2,4 %, и развитие осложнений на 7,3 %.

Ключевые слова: холангиогенный абсцесс печени; УЗ-контролируемое дренирование.

Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций. Холангиогенные абсцессы (ХГА) остаются одним из самых сложных осложнений в хирургии печени. Однако для выбора правильного лечения нужно знать, что является истинной причиной абсцесса [1]. При наличии значимой патологии желчевыводящих протоков или неэффективности чрескожных вмешательств альтернативой остается хирургическое лечение [5, 8], однако различные способы внутри- и внебрюшинных доступов являются достаточно травматичными и, зачастую, недостаточно адекватными, особенно при множественных абсцессах, а так же при развитии сепсиса [8]. ХГА печени в большинстве наблюдений образуются при нарушении проходимости желчных протоков [1, 2]. Наиболее частой причиной являются рубцовые стриктуры желчных протоков и/или длительный холедохолитиаз. Иногда в этиологии холангиогенных абсцессов печени играют роль такие редкие заболевания желчных протоков, как первичный склерозирующий холангит, болезнь Кароли, болезнь большого сосочка двенадцатиперстной кишки, атрезия желчных протоков у новорожденных, гепатиколитиаз и т.д. [1, 2, 3]. Больные с билиодигестивными анастомозами или свищами без нарушения пассажа желчи так-

же входят в группу риска образования ХГА печени. Другие авторы, в качестве важнейшей причины образования ХГА, указывают желчные свищи [3]. Острый холецистит, по данным литературы, может являться одной из наиболее частых причин образования абсцессов печени [2, 6, 7, 8]. До последнего времени основным методом лечения абсцессов печени являлось хирургическое, предусматривающее вскрытие и дренирование полости гнойника через лапаротомный доступ с летальностью до 20 % [4, 6, 7]. Поэтому если обнаружение и локализация абсцесса печени в настоящее время не представляют сложностей, то выбор оптимального метода и способа лечения по-прежнему остается дискуссионным. В последние годы широкое использование получили малоинвазивные методики с диагностическими и лечебными свойствами, кардинально изменившие в положительную сторону результаты лечения больных с ХГА печени.

Цель работы: улучшить результаты лечения больных с холангиогенными абсцессами печени путем этапных методов лечения с использованием малоинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. За период 2015–2019 гг. в клинике ГУ “ИОНХ им. В.Т. Зайцева НАМНУ”

нами обстежено і пролічено 82 хворих з холангіогенними абсцесами печінки в віці від 21 до 80 років, яким виконано 130 операцій. Основну групу склали 40 (48,4 %) хворих, яким виконували УЗ-контрольоване дренирування порожнин абсцесів (I етап) з наступним видаленням вихідника ХГА (II етап). Групу порівняння склали 42 (51,6%) хворих, яким виконували санацію і дренирування тільки лапаротомним доступом. Верифікація діагнозу проводилася на основі анамністичних даних і клінічної картини захворювання, даних клініко-лабораторних і біохімічних досліджень, а також по результатах інструментальних досліджень (ультразвукового дослідження (УЗІ), комп'ютерної томографії (КТ)). Чувствителюність УЗІ і КТ склали 98 % і 100 % відповідно. Всім хворим інтраопераційно проводили забор матеріалу з порожнин абсцесу для мікробактеріологічного дослідження з наступною коррекцією антибактеріальної терапії на 3 – 7 – 10 днів післяопераційного періоду. Для оцінки ефективності лікування проводили динамічний УЗ – контроль, чредренажні контрастні дослідження, санацію піогенних осередків через зовнішні дренажі.

Результати досліджень і їх обговорення.

Основними клінічними проявами захворювання була загальна слабкість (83,9 %), незмогання (77,4 %), диспептичні розлади (66,1 %), симптоми загальної інтоксикації (85,5 %). Слід зауважити, що в ряду спостережень пацієнти з абсцесами печінки не пред'являли ніяких скарг (14,5 %), в рідких випадках зниження ваги (4,8 %). Желтуху виявили в 22,54 % спостережень.

Малоінвазивні методи хірургічного лікування включали УЗ-контрольоване дренирування з одночасною санацією порожнин абсцесу (в якості антисептика антисептиків використовували розчин декасану, діоксидина). Розміри порожнин в середньому склали $(150 \pm 23,3)$ см³. В випадку виявлення багатокамерних порожнин для санації протоків використовували водний антисептик широкого антимікробного дії (декасан, діоксидин).

Для дренирування абсцесу печінки діаметром до 10,0 см використовували один дренаж. При діаметрі осередків більше 5,0 см дренирування проводили двома однопросвітними трубками з наступним аспіраційно-проточним промиванням порожнин абсцесу. Проведення чредренажних фістулографій було необхідним для виявлення можливої зв'язки порожнин абсцесу з органами брюшної порожнини або жовчовидільною системою печінки. Контроль стояння дренажу і зменшення по-

лости абсцесів проводили на 3, 7, 14 день після постановки. Дренажну трубку видаляли після очищення порожнин по даним УЗІ і контрольній фістулографії, що співпадало з нормалізацією загального стану і температури тіла, очищенням ознак гнійної інтоксикації.

Основними критеріями адекватної санації порожнин абсцесів вважали зниження температури тіла, припинення виділення з порожнин абсцесу гнійного отделяемого, зменшення розмірів порожнин по даним УЗ і чредренажного рентгенологічного дослідження.

В післяопераційному періоді проводили загальне консервативне лікування, включаюче антибактеріальну терапію з урахуванням чутливості мікроорганізмів, дезінтоксикаційну терапію, симптоматичне лікування. При розвитку синдрому системно-воспалительного відгу використовували екстракорпоральні методи дезінтоксикації, імунокорекційну терапію. Терміни дренирування склали в середньому від 7 до 30 днів (в середньому 15,2). Представлений метод лікування відрізняється малоінвазивністю, можливістю контролю ефективності проводимого лікування, а головне – позитивними результатами у 87 % хворих.

Причинами неефективності чредренажного малоінвазивного методу лікування абсцесів у 6 (15 %) хворих були мультифокальність уражень, наявність билиарної обструкції, товщина піогеної капсули більше 10 мм. В наступному хворим виконано відкриття і дренирування абсцесів лапаротомним доступом.

В цій групі хворих в 7 (17,5 %) випадках проводилось повторне пункційне дренирування (у 1 (2,5 %) – при септикемії, у 4 (10 %) – при гнійних затеках).

II етапом у 38 (95 %) випадках проводилася лапароскопічна холецистектомія технічних особливостей. Тільки у 5 (12,5 %) хворих була клініка жовчестечення, не потребуюча повторних операцій. Летальних випадків не відзначено.

Оптимальним терміном проведення II етапу вважали (13 ± 3) днів після видалення дренажу. В цей період проводили загальноукреплюючу, симптоматичну терапію.

В групі порівняння, оперованих хворих лапаротомним доступом, основними показаннями були, в першу чергу: неефективність зовнішнього дренирування під контролем УЗ або неможливість використання самого методу пункційного дренирування в силу локалізації абсцесу; наявність супутньої хірургічної патології, що потребує оперативного лікування, холедохолітиаз з ускладненнями; перитоніт. Так, у 4 (9,5 %) відзначено важке протікання септичного стану

в послеоперационном периоде. 1 (2,4 %) больной умер, оперированный по поводу перитонита, развившегося вследствие вскрытия абсцесса в брюшную полость, по причине тромбоза легочной артерии на фоне сепсиса. У 4 (9,5 %) больных развились осложнения в виде эвентерации передней брюшной стенки, что потребовало выполнения повторных хирургических вмешательств.

При назначении антибактериальной терапии при ХГА печени руководствовались следующими положениями. До получения результатов микробиологического исследования проводили эмпирическую терапию с назначением антибиотиков широкого спектра действия (цефалоспорины 3 поколения, фторхинолоны 2 поколения, аминогликозиды). По результатам микробиологического обследования смена антибактериальных препаратов проводилась согласно их чувствительности на 3, 7, 10 сутки лечения. Микроорганизмы, выделяемые из абсцессов печени, у 79 % чаще всего были представлены грамотрицательной аэробной флорой. В большинстве наблюдений выявлены *E. coli* и *Kl. pneumoniae*, а также представители родов *Pseudomonas*, *Streptococcus*, *Proteus*, другие микроорганизмы. Из представителей анаэробной флоры наиболее ча-

сто выявлялись бактерии родов *Bacteroides*, *Fusobacterium*, анаэробные виды *Streptococcus*. При множественных ХГА печени была характерна ассоциированная инфекция с чаще развивающейся бактериемией, чем у больных с криптогенными абсцессами печени, когда инфекция чаще была представлена монокультурой. Кроме того, бактериологические исследования подтвердили, что анаэробная флора и ассоциации микроорганизмов приводят к более тяжелому клиническому течению заболевания, а также к развитию сепсиса и септических осложнений в 11,3 % случаев.

Выводы. 1. В диагностике и лечении холангиогенных абсцессов печени необходимо использовать методы пункционного УЗ-контролируемого дренирования, так как они менее травматичны, безопаснее и эффективнее с более широкими возможностями контроля течения послеоперационного периода по сравнению с лапаротомными операциями.

2. Этапное лечение ХГА с санацией полости абсцесса позволило уменьшить число развития сепсиса с 9,5 до 2,5 %, снизить послеоперационную летальность у крайне тяжелых больных до 2,4 %, и развитие осложнений на 7,3 %.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахаладзе Г. Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени / Г. Г. Ахаладзе // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2012. – Т. 17, № 1. – С. 53–58.
2. Ефимов Д. С. Опыт лечения абсцессов печени в условиях больницы скорой / Д.С. Ефимов // *Харківська хірургічна школа*. – 2015. – № 6 (75). – С. 172 – 177.
3. Овчинников В. А. Современная тактика в лечении бактериальных абсцессов печени / В. А. Овчинников, А. А. Малов, С. В. Акуленко, [и др.] // *Медицинский альманах*. – 2013. – № 5 (28). – С. 99–102.
4. Пашина С. Н. Абсцессы печени: выбор метода лечения / С. Н. Пашина, Е. М. Благитко, А. А. Беспалов // *Медицина и образование в Сибири*. – 2014. – № 14. – С. 54 – 56

5. 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, No. 2. – P. 177–186.
6. Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2013 / R. P. Dellinger, M. M. Levy, A. Rhodes [et al.] // *Intensive Care Med.* – 2013. – Vol. 41, No. 2. – P. 580–637.
7. O'Farrell, N. Pyogenic liver abscesses: diminished role for operative treatment / N. O'Farrell, C. G. Collins, G. P. McEntee // *Surgeon.* – 2010. – №. 8 (4). – P. 192–196.
8. Sugiyama M. Pyogenic hepatic abscess with biliary communication / M. Sugiyama, Y. Atomi // *Am. J. Surg.* – 2002. – Vol. 183. – P. 2.

REFERENCES

1. Akhaladze, G.G. (2012). Klyuchevye voprosy khirurgicheskogo lecheniya abstsessov pecheni [Key issues for the surgical treatment of liver abscesses]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 17 (1), 53-58 [in Russian].
2. Efimov, D.S. (2015). Opyt lecheniya abstsessov pecheni v usloviyakh bolnitsy skoroy [Experience in the treatment of liver abscesses in an emergency hospital]. *Kharkivska khirurgichna shkola – Kharkiv Surgical School*, 6 (75), 172-177 [in Russian].
3. Ovchinnikov, V.A., Malov, A.A., & Akulenko, S.V. (2013). Sovremennaya taktika v lechenii bakterialnykh abstsessov pecheni [Modern tactics in the treatment of bacterial abscesses of the liver]. *Meditsinskiy almanakh – Medical Almanakh*, 5 (28), 99-102 [in Russian].
4. Pashchina, S.N., Blagitko, E.M., & Bespalov, A.A. (2014).

Abstsessy pecheni: vybor metoda lecheniya [Liver abscesses: the choice of treatment]. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri – Medicine and Education in Siberia*, 14, 54-56 [in Russian].

5. Alvarez Perez, J., Gonzalez, J., & Baldonado, R. (2001). Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess. *Am. J. of Surg.*, 181 (2), 177-186.
6. Dellinger, R.P., Levy, M.M., & Rhodes, A. (2013). Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Intensive Care Med.*, 41 (2), 580-637.
7. O'Farrell, N., Collins, C.G., & McEntee, G.P. (2010). Pyogenic liver abscesses: diminished role for operative treatment. *Surgeon*, 8 (4), 192-196.
8. Sugiyama, M., & Atomi, Y. (2002). Pyogenic hepatic abscess with biliary communication. *Am. J. Surg.*, 183, 2.

Електронний адрес для переписки: mddima_mir@ukr.net

Получено 06.11.2019

V. V. BOYKO^{1,2}, V. M. LYKHMAN¹, D. A. MIROSHNICHENKO², A. A. MERKULOV¹, S. V. TKACH¹, A. N. SHEVCHENKO¹, A. V. MOSKALENKO², I. V. VOLCHENKO²

V. Zaitsev Institute of General and Emergency Surgery¹, Kharkiv
Kharkiv National Medical University²

STAGED SURGICAL TREATMENT OF CHOLANGIOGENIC ABSCESES OF THE LIVER

The aim of the work: to improve the results of treatment of patients with cholangiogenic liver abscesses by means of staged treatment methods using minimally invasive interventions.

Materials and Methods. 82 patients with cholangiogenic liver abscesses aged 21 to 80 years who underwent 130 operations were examined and treated. The main group consisted of 40 (48.4 %) patients who underwent ultrasound-controlled drainage of abscess cavities (stage I), followed by removal of the source of cholangiogenic abscesses (stage II). The comparison group consisted of 42 (51.6 %) patients who underwent rehabilitation and drainage only with laparotomy access.

Results and Discussion. Minimally invasive methods of surgical treatment included ultrasound-controlled drainage with simultaneous rehabilitation of abscess cavities. The dimensions of the cavities averaged (150 ± 23.3) cm³. One drainage was used to drain the liver abscess with a diameter of up to 10.0 cm. When the diameter of the abscess was more than 5.0 cm, drainage was carried out by two single-lumen tubes followed by suction-flow washing of the abscess cavity. Monitoring the standing of the drainage and reducing the cavity of abscesses was carried out on 3, 7, 14 days after setting. The drainage tube was removed after the disappearance of the cavity according to ultrasound and control fistulography, which coincided with the normalization of the general condition and body temperature, the disappearance of signs of purulent intoxication. Duration of drainage averaged from 7 to 30 days (an average of 15.2). The proposed treatment method is not very traumatic, the ability to control the effectiveness of the treatment, and most importantly – positive results in 87 % of patients. Second stage in 38 (95 %) was performed laparoscopic cholecystectomy of technical features. The optimal duration of stage II was considered (13 ± 3) days after extraction of the drainage. In the diagnosis and treatment of cholangiogenic liver abscesses, it is necessary to use puncture ultrasound-controlled drainage methods. The stage-by-stage treatment of cholangiogenic liver abscesses with rehabilitation of the abscess cavity made it possible to reduce the incidence of sepsis from 9.5 to 2.5 %, reduce postoperative mortality in extremely severe patients to 2.4 %, and develop complications by 7.3 %.

Key words: cholangiogenic liver abscess; ultrasound-controlled drainage.

В. В. БОЙКО^{1,2}, В. М. ЛИХМАН¹, Д. О. МИРОШНИЧЕНКО², А. О. МЕРКУЛОВ¹, С. В. ТКАЧ¹, О. М. ШЕВЧЕНКО¹, А. В. МОСКАЛЕНКО¹, І. В. ВОЛЧЕНКО²

ДУ "Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМНУ"¹, Харків
Харківський національний медичний університет²

ЕТАПНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХОЛАНГІОГЕННИХ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

Мета роботи: покращити результати лікування хворих із холангіогенними абсцесами печінки шляхом етапних методів лікування з використанням малоінвазивних втручань.

Матеріали і методи. Обстежено і проліковано 82 хворих з холангіогенними абсцесами печінки віком від 21 до 80 років, яким виконано 130 операцій. Основну групу склали 40 (48,4 %) хворих, яким виконували УЗ-контрольовані дренирування порожнин абсцесів (I етапом) з подальшим видаленням джерела ХГА (II етапом). Групу порівняння склали 42 (51,6%) хворих, яким виконували санацію і дренирування тільки лапаротомним доступом.

Результати досліджень та їх обговорення. Малоінвазивні методи хірургічного лікування включали УЗ-контрольоване дренирування з одночасною санацією порожнин абсцесу. Розміри порожнин в середньому склали $(150 \pm 23,3)$ см³. Для дренирування абсцесу печінки діаметром до 10,0 см використовували один дренаж. При діаметрі вогнищ більше 5,0 см дренирування проводили двома однопросвітними трубками з подальшим аспіраційно-проточним промиванням порожнини абсцесу. Контроль положення дренажу і зменшення порожнини абсцесів проводили на 3, 7, 14 день після встановлення. Дренажну трубку видаляли після зникнення порожнини за даними УЗД та контрольної фістулографії, що збігалось з нормалізацією загального стану і температури тіла, зникненням ознак гнійної інтоксикації. Терміни дренирування склали в середньому від 7 до 30 діб (в середньому 15,2). Запропонований метод лікування відрізняється малотравматичністю, можливістю контролю ефективності проведеного лікування, а найголовніше – позитивними результатами у 87 % хворих. Другим етапом у 38 (95 %) проводилася лапароскопічна холецистектомія без технічних особливостей. Оптимальним терміном проведення II етапу вважали (13 ± 3) дні після вилучення дренажу. В діагностиці та лікуванні холангіогенних абсцесів печінки необхідно використовувати методи пункційного УЗ-контрольованого дренирування. Етапне лікування ХГА з санацією порожнини абсцесу дозволило зменшити число розвитку сепсису з 9,5 до 2,5 %, знизити післяопераційну летальність у вкрай тяжких хворих до 2,4 %, і розвиток ускладнень на 7,3 %.

Ключові слова: холангіогенний абсцес печінки; УЗ-онтьольоване дренирування.