

УДК 616.36-002.3-07-089

© К. Г. ПОЛЯЦКО

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського"

## Гострі бактерійні абсцеси печінки: особливості діагностики та хірургічного лікування

К. Н. POLYATSKO

SHEI "Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky"

### ACUTE BACTERIAL LIVER ABSCESSSES: FEATURES OF DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT

Проаналізовано результати хірургічного лікування 52 пацієнтів із гострими бактерійними абсцесами печінки. Встановлено, що сонографічне дослідження печінки не дозволяє виключити наявність у хворого гострого бактерійного абсцесу печінки. Чутливість сонографії у встановленні даного діагнозу складає лише 76,9 % і залежить від стадії формування гнояка. Ефективність пункційно-аспіраційних та дренуючих втручань під контролем сонографії в лікуванні гострих бактерійних абсцесів печінки склала 71,2 %.

The analysis of the results of surgical treatment of 52 patients with acute bacterial liver abscess was performed. Sonographic examination of the liver does not exclude the presence acute bacterial abscess. The sensitivity of sonography in the diagnosis of this statement is only 76.9 %, depending on the stage of the formation of an abscess. The effectiveness of needle-aspiration and drainage interventions under the control of sonography in the treatment of acute bacterial liver abscesses was 71.2 %.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій.** Бактерійні абсцеси печінки залишаються актуальною проблемою хірургії і належать до тяжких гнійно-септичних захворювань, що супроводжуються високою летальністю – від 16,9 до 55 % [2, 3]. Застосування малоінвазивних технологій дозволило зменшити летальність і частоту ускладнень за рахунок значно меншої травматичності втручання, відсутності ризиків, пов'язаних із загальним знеболюванням, що особливо важливо у пацієнтів із гнійно-септичною патологією. Значну роль у досягненні позитивного результату відіграє своєчасність діагностики даної патології, точність якої залежить від вибору діагностичного алгоритму в різні стадії формування абсцесу [1, 6]. Ефективність малоінвазивних втручань у лікуванні гострих бактерійних абсцесів печінки (ГБАП), показання та протипоказання до їх застосування широко обговорюються в літературі. За даними окремих авторів, ефективність черезшкірних пункційно-аспіраційних і дренуючих малоінвазивних втручань у лікуванні ГБАП коливається від 59 до 80 % [4, 5]. Постійно вдосконалюються технічні прийоми виконання малоінвазивних втручань під контролем сонографії, комп'ютерної томографії, що дозволяє розширити показання до їх використання.

**Мета роботи:** вивчити особливості діагностики ГБАП та ефективність черезшкірних пункційно-аспіраційних та дренуючих втручань у їх лікуванні.

**Матеріали і методи.** Черезшкірні пункційно-аспіраційні та дренуючі втручання під контролем сонографії виконуються в клініці хірургії навчально-наукового інституту післядипломної освіти Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського на базі хірургічного відділення міської лікарні № 2 з 2002 р. За цей період ми пролікували 52 хворих із ГБАП. Серед них чоловіків було 24 (46,2 %), жінок – 28 (53,8 %). Вік хворих перебував у межах від 14 до 78 років. Усім пацієнтам проводили загальноклінічні, лабораторні дослідження, сонографію органів черевної порожнини, 44 хворим виконали комп'ютерну томографію органів черевної порожнини з контрастуванням (при відсутності такого протипоказання, як ниркова дисфункція, що супроводжується гіперазотемією), за показанням – фіброгастроуденоскопію. Черезшкірні пункційно-аспіраційні та дренуючі втручання виконували під контролем сонографії методом "вільної руки", порожнину абсцесу дренивали за Сельдінгером дренажем типу "pig tail" 9–12 F за допомогою стандартного набору (наприклад, нефростомічного набору фірми "Balton"). Протипоказанням до вико-

нання даного типу втручань вважали хронічні абсцеси (тривалістю більше 3 міс.), нагноєні паразитарні кісти печінки, пухлини з розпадом та абсцедуванням, відсутність безпечної траєкторії руху інструмента, перитоніт, тяжку коагулопатію [1, 5].

#### Результати досліджень та їх обговорення.

Найбільш частими клінічними проявами абсцесу печінки були підвищення температури тіла з гектичним типом температурної кривої, ознобами (90,4 %), біль у правому підребер'ї (75,0 %), збільшення печінки і болочість при її пальпації (69,2 %). Значна більшість пацієнтів – 73,1 % госпіталізована у тяжкому та вкрай тяжкому стані, у 94,2 % діагностовано SIRS. У 21,2 % пацієнтів діагностовано тяжкий сепсис із поліорганною недостатністю, у 2 – септичний шок. За причиною виникнення переважали холангіогенні абсцеси – 34 хворих (65,4 %), після-травматичні абсцеси – 10 хворих (19,2 %), криптогенні абсцеси – 8 пацієнтів (15,4 %). Холангіогенні абсцеси в 16 випадках виникли на фоні хронічного рецидивного холангіту в різні терміни після виконання холецистоентеростомії, холедоходуоденостомії, у 13 хворих на фоні гострого гнійного холангіту і механічної жовтяниці і в 5 пацієнтів – внаслідок поширення інфекції контактним шляхом із деструктивно зміненої стінки жовчного міхура. Криптогенні абсцеси у 5 з 8 пацієнтів виникли на фоні цукрового діабету.

У 36 хворих (69,2 %) діагностовано солітарні абсцеси печінки (25 з локалізацією у правій частці, 11 – у лівій) і в 16 осіб множинні абсцеси (7 з локалізацією в одній частці, 9 – з локалізацією в обох частках). Абсцеси розміром до 3 см діагностовано у 8 пацієнтів, 3–6 см – у 11 пацієнтів, 7–10 см – у 19 пацієнтів і більше 10 см – у 14 пацієнтів (у хворих із множинними ГБАП відповідно до розміру найбільшого абсцесу).

Усім хворим на момент госпіталізації проводили сонографічне дослідження органів черевної порожнини, чутливість цього методу у встановленні діагнозу ГБАП склала 76,9 %. Нами визначено, що чутливість сонографії у діагностиці ГБАП залежить від стадії формування абсцесу. Бойко В. В. та співавт. виділяють три стадії формування гострого абсцесу печінки: I ст. – гострий абсцес без капсули (до 10 діб), II ст. – гострий абсцес з капсулою, що формується (10–30 діб), III ст. – сформований абсцес (1–3 міс.). Серед обстежених нами хворих з I ст. формування абсцесу печінки було 9 пацієнтів, з II ст. – 26 пацієнтів, з III ст. – 17 пацієнтів. Таким чином чутливість сонографії у діагностиці ГБАП в I ст. захворювання становила 55,6 %, у II ст. – 69,2 %, у III ст. – 100 %. “Золотим стандартом” у діагностиці ГБАП є комп'ютерна томо-

графія з внутрішньовенним контрастуванням, яка дозволила у 100 % обстежених пацієнтів встановити правильний діагноз.

У хірургічному лікуванні ГБАП дотримувалися такої тактики. Усім хворим призначали емпіричну антибіотикотерапію (карбапенеми, цефалоспорини III–IV поколінь), детоксикаційну інфузійну терапію, посиндромну терапію залежно від тяжкості стану хворого. Консервативно вдалося пролікувати 8 пацієнтів: 4 пацієнтів з ГБАП у I–II ст. захворювання розмірами абсцесу до 3 см, одного пацієнта з ГБАП близько 4 см у діаметрі, розміщеного у VIII сегменті печінки паракавально між правою і середньою печінковими венами, та 3 пацієнтів із холангіогенними абсцесами до 6 см у I ст. їх формування, які виникли на фоні гострого гнійного холангіту та механічної жовтяниці – у даних хворих, крім консервативної терапії, проведено відновлення пасажу жовчі (у 2 осіб шляхом ендоскопічного назобіліарного дренивання та в однієї пацієнтки шляхом черешкірної черезпечінкової холангіостомії).

Прооперовано 44 пацієнти. Лапаротомію виконано 7 пацієнтам: з них 5 пацієнтів були з деструктивним холециститом і контактними ГБАП (виконано холецистектомію, розкриття та дренивання ГБАП, у 3 із них, які мали гострий гнійний холангіт, проведено зовнішню холангіостомію); 2 пацієнти – з проривом абсцесу і розвитком загального або обмеженого перитоніту (піддіафрагмальних, підпечінкових абсцесів).

Шляхом проведення черезшкірних пункційно-аспіраційних та дренируючих втручань під контролем сонографії проліковано 37 хворих. Пункційно-аспіраційним методом проліковано 6 пацієнтів із ГБАП у I та II ст. їх формування розмірами від 3 до 5 см. З них у 4 осіб достатньо було однієї аспірації вмісту порожнини ГБАП, у 2 хворих пункцію з аспірацією вмісту ГБАП проводили двічі. Пункційно-дрениуючі втручання під контролем сонографії виконано у 31 хворого з ГБАП розмірами більше 5 см у I і II ст. їх формування і при всіх ГБАП у III ст. формування. При множинних ГБАП дренивали абсцеси розмірами більше 5 см, при абсцесах розмірами 3–5 см аспірували вміст порожнини. У 6 пацієнтів з множинними зливними ГБАП виконали подвійне, а у 2 – потрійне дренивання порожнини абсцесу з налагодженням постійного промивання порожнини абсцесу розчинами антисептиків. Корекцію антибіотикотерапії проводили після отримання результатів антибіотикограми. Дренаж у порожнині абсцесу залишали до повної облітерації порожнини абсцесу (від 4 до 8 тижнів). У хворих із гострим гнійним холангітом, механічною жовтяницею пункційно-дрениуючі втручання є ефективними лише після відновлення пасажу жовчі.

Особливі труднощі в діагностиці та лікуванні виникали у хворих з криптогенними ГБАП, викликаними високовірulentними штамми *Klebsiella pneumoniae*, – 5 пацієнтів. Клінічний перебіг захворювання нечіткий, переважають лихоманка та озноб. Висока частота метастазування інфекції (в легені, менінгеальні оболонки, очі), яка, за даними літератури, сягає від 10 до 45 % [7], значно ускладнює встановлення діагнозу. Частіше дане ускладнення виникає у хворих на цукровий діабет. Рентгенологічно характерною ознакою є газ у порожнині абсцесу, зливний характер абсцесу. Серед пролікованих нами хворих із ГБАП, викликаних *Klebsiella pneumoniae*, позитивної динаміки в перебігу захворювання вдалося досягти лише після подвійного, потрійного (у випадках абсцесів складної форми з перегородками) дренивання порожнини з постійним її промиванням розчином антисептиків. Особливо важливим є дотримання раціональної схеми антибіотикотерапії ГБАП, викликаних *Klebsiella pneumoniae*: цефалоспорины II–III покоління в комбінації з гентаміцином парентерально протягом 2-х тижнів, для профілактики рецидиву призначають пероральні форми цефалоспоринові протягом 1–2 місяців.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Лечение солитарных абсцессов печени с учетом стадии формирования гнояника / В. В. Бойко, А. М. Тищенко, А. А. Малоштан [и др.] // *Хірургія України*. – 2013. – № 1. – С. 16–21.
2. Диагностика и лечение абсцессов печени / Ю. А. Пархисенко, А. А. Глухов, В. В. Новомлинский, И. П. Мошуров // *Хірургія*. – 2000. – № 8. – С. 35–37.
3. Пиогенный абсцесс печени и околопеченочного 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.
4. Современная тактика в лечении бактериальных абсцессов печени / В. А. Овчинников, А. А. Малов, С. В. Акуленко [и др.] // *Медицинский альманах*. – 2013. – № 5 (29). – С. 99–102.

Серед ранніх післяопераційних ускладнень в одного хворого виник інфекційно-токсичний шок. У подальшому для профілактики виникнення цього ускладнення перед дрениванням ГБАП вводили внутрішньовенно 60 мг преднізолону, 100 000 ОД контрикалу. У двох хворих після лапаротомії у віддаленому післяопераційному періоді діагностовано вентральну грижу. Летальних випадків у пролікованих нами пацієнтів не було.

**Висновки.** 1. Сонографічне дослідження печінки не дозволяє виключити наявність у хворого гострого бактерійного абсцесу печінки. Чутливість сонографії у встановленні даного діагнозу складає лише 76,9 % і залежить від стадії формування гнояка. “Золотим стандартом” для діагностики даної патології слід вважати комп’ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням.

2. Ефективність консервативної терапії в лікуванні гострих бактерійних абсцесів печінки склала 15,4 %, пункційно-аспіраційних та дренируючих втручань під контролем сонографії – 71,2 %, лапаротомію виконували тільки при наявності розриву абсцесу з розвитком перитоніту та деструктивних змін у стінці жовчного міхура.

5. Толстиков А. П. Выбор метода хирургического лечения больных с бактериальными абсцессами печени / А. П. Толстиков // *Казанский медицинский журнал*. – 2012. – № 2. – С. 265–267.
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. Yun Liu. An Increasing Prominent Disease of *Klebsiella pneumoniae* Liver Abscess: Etiology, Diagnosis, and Treatment / Yun Liu, Ji-yao Wang, Wei Jiang // *Gastroenterology Research and Practice*. – 2013. – Vol. 2013. – Article ID 258514. – 12 p.

Отримано 23.01.15