

Удосконалення хірургічної тактики міні-інвазивного лікування гострих абсцесів печінки

V. I. DESIATERYK, O. V. KOTOV

Dnipropetrovsk Medical Academy

IMPROVING OF MINI INVASIVE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE LIVER ABSCESSSES

У статті наведено досвід лікування 48 хворих із гострими абсцесами печінки. Всі пацієнти були оперовані шляхом використання міні-інвазивних технологій під контролем ультразвуку. Представлено результати зміненої хірургічної тактики від активної до більш стриманішої. Кількість ускладнень склала 13,8 %, летальність – 2 %. Отже, міні-інвазивні 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.

The article adduces the experience of treatment of 48 patients with acute liver abscesses. All patients were operated using mini-invasive ultrasound technology under control. The results of surgical treatment changed from active to more restrained. Number of complications was 13.8 %, mortality of 2 %. Thus, mini-invasive intervention is not only appropriate, but should be used with the severity of the disease, age of patients, presence of comorbidities; their effectiveness and the advantage over traditional is evident.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Незважаючи на значний науковий та технічний прогрес, вдосконалення тактики й впровадження новітніх хірургічних технологій, проблема хірургічного лікування абсцесів печінки залишається актуальною. Абсцеси печінки складають до 0,16 % захворювань, з якими хворі госпіталізуються і потребують хірургічного втручання [1, 2]. Раніше у більшості хворих з абсцесами печінки використовували відкриті хірургічні втручання. Летальність складала від 16,9 до 55 %, а у випадках із міліарними абсцесами – до 63,6 % [1, 2, 3]. Впровадження сучасних міні-інвазивних хірургічних технологій у лікуванні гострих абсцесів печінки дозволило знизити летальність до 1,9–4,7 %, а у випадках міліарних абсцесів – до 15,4 % [4, 5, 6]. При хронічних абсцесах (у строки більш ніж 3 місяці) застосування міні-інвазивних технологій не є ефективним, тому найчастіше перевагу віддають застосуванню резекційних технологій [6]. Лікування гострих абсцесів печінки міні-інвазивними маніпуляціями у 91,8 % хворих було ефективним. Ускладнення спостерігали в 4,9 % хворих, і були такими, що не призводили до летальних наслідків [1, 3].

Мета роботи: покращити результати комплексного хірургічного лікування хворих з абсцесами

печінки шляхом застосування сучасних методів діагностики з використанням міні-інвазивних хірургічних технологій.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 48 хворих (22 чоловіків та 26 жінок) із гострими абсцесами печінки, віком від 32 до 84 років. Більшість хворих (89,6 %) була направлена з інших лікувальних закладів. Для діагностики абсцесів печінки були використані УЗД, СКТ та МРТ. Всіх хворих лікували з використанням міні-інвазивних хірургічних технологій. Потреби у виконанні відкритих або лапароскопічних хірургічних втручань не було. Поодинокі абсцеси різних розмірів спостерігали у 32 хворих, множинні – у 10, міліарні – у 4, паразитарні з нагноєнням – у 2. Об'єм рідинних утворів сягав від 2 до 850 мл.

При виборі способу лікування абсцесів печінки ми виходили з розмірів гнійної порожнини, характеру вмісту, поширеності зони інфільтрації. Нашу тактику ми детально описували раніше [7]. Протягом перших 5–6 років використання міні-інвазивних хірургічних технологій в лікуванні абсцесів печінки ми дотримувались більш активної хірургічної тактики. По-перше, пункції виконували з проміжком часу в 24–48 год, добиваючись при цьому максимального видалення гнійного ексуда-

ту, промиваючи кілька разів зону(и) деструкції розчинами антисептиків до “чистої води”, добиваючись якнайшвидшого зменшення розмірів самих порожнистих утворів. По-друге, вважали доцільним більш широкі показання до дренивання порожнистих утворів з урахуванням розмірів як самої гнійної порожнини, так і поширеності зони інфільтрації навколо та наявності щільного тканинного детриту всередині порожнин із щоденними промиваннями гнояків. Ми вважали, що чим більша зона інфільтрації навколо гнійної порожнини, тим більше повинно бути показань до її дренивання. Саме поширеність зони інфільтрації навколо порожнин(и) гнояка зумовлювала тяжкість перебігу захворювання і диктувала необхідність поряд із системною, в окремих, найбільш тяжких випадках, додатково проводити й регіональну антибактеріальну, гепатотропну терапію шляхом безперервної інфузії препаратів через катетер, заведений в печінкову артерію за методом Сельдінгера, під контролем ангиографа (n=1).

Протягом останніх 5 років наша тактика стала більш стриманішою: показань до дренивання стало менше, періоди між пункціями ми збільшили. Змінилась також і технологія виконання самих пункцій. Наприклад, не є самоціллю максимально видалити весь гнійний ексудат, багаторазово промивати зону деструкції розчинами антисептиків, добиватись якнайшвидшого зменшення самих порожнистих утворів. У разі дренивання, при ефективній функції дренажу, адекватному зменшенні розмірів гнояка і регресі клінічних проявів захворювання промивання взагалі не здійснювали.

Стали чітко розуміти кілька основних речей: стадійність перебігу процесу [6], клінічну картину захворювання в динаміці лікування та розміри гнояка. Якщо розміри гнояка великі (8–10 см і більше) і є всі умови (“безпечне вікно”), його по можливості потрібно дренивати відразу, незважаючи особливо на строки формування. Дренаж у порожнині завжди робить процес лікування такого хворого керованим та прогнозованим.

У перші два тижні від початку захворювання, при несформованих гнояках, лікувати хворих починали консервативно. Якщо протягом 48–72 год клінічна картина не змінювалась – виконували пункцію з санацією осередку (осередків) гнійного ураження печінки. Відібраний матеріал відправляли до бактеріологічної лабораторії для визначення збудників та їх чутливості до антибіотиків. Антибактеріальну терапію, після надходження результатів цих досліджень (як правило, через три доби), змінювали за необхідністю. При позитивній клінічній та ультразвуковій картині продо-

вжували комплексне консервативне лікування від двох тижнів до 1,5–2 місяців, застосовуючи при цьому антибактеріальну, імунорегуляторну, гепатотропну терапію з ультразвуковим моніторингом кожні два тижні.

У строки формування гнояка від двох тижнів до 1–1,5 місяців також починали лікувати хворих консервативно, але ця терапія в більшості випадків мала передопераційний характер. У цей період виконували як пункції, так і дренивання осередків гнійного запалення. Якщо після однієї пункції стан хворого не покращувався, а ультразвукова картина не змінювалась, то такий осередок дренивали.

У строки формування гнояка більше 1–1,5 місяців частіше використовували дренивання, хоча індивідуальні особливості організму інколи дозволяли лікувати таких хворих шляхом пункції.

При множинних гнояках печінки найбільші дренивали, інші, менші за розміром, пунктували, дотримуючись наведених вище принципів. Дренивання здійснювали як окремо кожного гнояка з різних точок, так і з однієї точки.

При міліарних абсцесах виконували пункційну біопсію печінки за ходом розташування дрібних гнояків. Відібраний матеріал направляли до бактеріологічної лабораторії для визначення збудників та їх чутливості до антибіотиків. Починали комплексну консервативну терапію з внутрішньовенного введення препаратів, у випадках неефективності такого лікування протягом 48–72 год терапію продовжували шляхом безперервної інфузії препаратів через катетер, заведений у печінкову артерію за методом Сельдінгера (n=2). Антибіотиками вибору в таких випадках були монобактами в комбінації з глікопептидами.

Паразитарні кісти з нагноєнням дренивали. Вміст відправляли на дослідження до клінічної та бактеріологічної лабораторій. Порожнину гнояка промивали антисептиками, паралельно призначали вармил у стандартній дозі. Нагноєння таких кіст саме по собі позитивно впливало на подальший перебіг захворювання.

Всім хворим контрольні УЗД виконували на наступний день після втручання і далі, через кожні 2–4 дні, за потребою. Пункції виконували під контролем УЗ із застосуванням доплерографії (для вибору “безпечного” місця) за допомогою троакарних голок різних за діаметром. Дренивання здійснювали троакар-катетерами типу “Pigtail”, діаметром 6–9 F, зі стандартних і нестандартних точок, з урахуванням зони плеврального синуса. При наявності реактивного ексудату в плевральній порожнині більш ніж 50–100 мл спочатку ви-

конували плевральну пункцію, з дослідженням вмісту в клінічній лабораторії. У всіх хворих, поряд із застосуванням пункційно-дренажного методу лікування, проводили інтенсивну консервативну терапію, відповідно до стандартів ведення хворих на цю тяжку патологію.

Результати досліджень та їх обговорення.

Абсцеси в печінці, як правило, мали вторинний характер, навіть у тих випадках, коли саме джерело встановити не було можливо. Інколи тільки анамнез захворювання і дані мікробіологічного пейзажу з абсцесу дозволяли орієнтовно судити про його етіологію та патогенетичні механізми виникнення. За етіологією у більшості хворих (n=32) абсцеси мали холангіогенний характер. Серед інших причин: наслідки перенесеного ендометриту (n=1), пневмонії (n=6), після травми печінки (n=1), нагноєння кіст (n=2). У 6 хворих етіологію встановити не вдалось. Різними були строки захворювання: від 3 днів до 2–3 місяців. Слід відмітити покращення ранньої діагностики абсцесів печінки в останній час. Іноді єдиним симптомом хвороби було підвищення температури тіла, пояснення якому лікар не знаходив. У таких випадках (n=7) цих хворих направляли на СКТ та МРТ, де й встановлювали діагноз. Хоча слід зауважити, що для діагностики будь-яких абсцесів печінки цілком достатньо УЗД.

Впровадження стриманішої хірургічної тактики протягом останніх років дозволило двох хворихвилікувати без пункції взагалі, у 7 пацієнтів обмежитись виконанням однієї пункції, а в 5 виконати пункції двічі. У ранньому періоді хвороби дренажування здійснили відразу і терміново тільки в одному випадку – при тяжкому анаеробному абсцесі печінки (із загальним розміром зони ураження більше 12 см) хворій у стані септичного шоку з тяжким перебігом цукрового діабету.

Позитивні результати бактеріологічного дослідження отримали у 36 хворих (75 %). В 1 хворого з міліарними абсцесами печінки, у 3 – з множинними, у 7 – з поодинокими, великими абсцесами печінки і в 1 хворій з нагноєнням паразитарної кісти не вдалося виділити мікрофлору, незважаючи на численні засіви, які виконували через день, кілька разів. У цих хворих антибактеріальну терапію проводили емпірично; в інших – протягом перших 2–3 діб емпіричну, потім – спрямовану, відповідно до результатів засівів. Мікробний пейзаж при абсцесах печінки був таким: *Staphylococcus spp.* (36,1 %), *E. coli* (27,7 %), *Enterococcus spp.* (16,6 %), *Klebsiella spp.* (13,8), *Citrobacter spp.* (2,7 %), *P. aeruginosa* (2,7 %). Чут-

ливість близько 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 мають вторинний характер і є ускладненням основного захворювання, цілком зрозуміла досить велика кількість – майже 60,0 % полірезистентних штамів мікроорганізмів, які в більшості випадків мали ознаки нозокоміальних. Серед них: *Staphylococcus spp.* – 10 MRSA штамів, *Enterococcus spp.* – 6, *P. aeruginosa* – 1, *E. coli* – 4, *Citrobacter spp.* – 1. Чутливість полірезистентних штамів до антибіотиків була такою: *Staphylococcus spp.* – ванкомицин, кліндаміцин, левофлоксацин, гентаміцин, лінезолід; *P. aeruginosa* – меропенем, цефоперазон захищений сульбактамом, піперацилін/тазобактам, колістин; *E. coli*, *Citrobacter spp.* – меропенем, амікацин, цефоперазон, захищений сульбактамом, тикарциліну клавулонат; *Enterococcus spp.* – ванкомицин, лінезолід. Саме полірезистентні штами становили реальну загрозу життю пацієнтів, особливо у випадку міліарних абсцесів; їх необхідно своєчасно ідентифікувати і, відповідно, призначати спрямовану деескалаційну АМТ. Корекцію призначеної емпірично антимікробної терапії у всіх випадках полірезистентних штамів проводили у строки від 48 до 72 год відповідно до наведених вище даних про чутливість цих мікроорганізмів до антибіотиків.

Використані міні-інвазивні технології були основними й остаточними в лікуванні. Строки дренажування коливались від 12 до 28–48 діб (в окремих випадках – 4 хворих). Спостерігали 5 ускладнень (13,8 %): в однієї хворій з холангіогенним абсцесом лівої частки печінки об'ємом до 500 мл через 3 тижні від початку лікування за ходом дренажного каналу між печінкою та черевною стінкою сформувався абсцес об'ємом до 10 мл. Ускладнення запідозрили клінічно, а локалізацію встановили при СКТ. Абсцес було розкрито з міні-доступу, під місцевим знеболюванням, не видаляючи основний дренаж із печінки. У трьох хворих спостерігали формування гематом. У двох із них гематоми незначних розмірів зникли самостійно, а в одного сформовану підкапсульну гематому довелося видаляти з міні-доступу в правому підребер'ї. Один хворий помер за 1 день до виписування зі стаціонару. При розтині причина смерті – серцево-легенева недостатність на фоні хронічного обструктивного запалення легень III ст., з приводу якого хворий мав II групу інвалідності. Летальність склала 2 %.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

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 міні-інвазивних технологій у хірургічному лікуванні хворих з абсцесами печінки.

Висновки. 1. Покращити результати лікування хворих з абсцесами печінки можна шляхом подальшого вдосконалення техніки міні-інвазивних технологій. Кількість ускладнень склала 13,8 %, летальність – 2 %.

2. Хірургічне втручання під контролем УЗ є надійним та ефективним методом, здатним забезпечити уникнення низки тяжких ускладнень, покращити в цілому результати лікування цього тяжкого контингенту хворих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / под редакцией А. Е. Борисова. – СПб. : Предприятие ЭФА. – Т. 1, 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.
5. Линева К. А. Методы лечения абсцесса печени / К. А. Линева // *Хірургічна перспектива*, 2010. – № 1. – С. 116–119.
6. Лечение солитарных абсцессов печени с учетом стадии формирования гнояника / В. В. Бойко, А. А. Тищенко, А. А. Малоштан [и др.] // *Хірургія України*. – 2013. – № 1. – С. 16–21.
7. Міні-інвазивні втручання при абсцесах печінки / В. І. Десятерик, О. В. Котов, Т. І. Савченко, Р. Ю. Чечель // *Укр. журн. хірургії*. – 2011. – № 3 (12). – С. 179–182.

Отримано 16.03.16