



В. В. Бойко^{1,2}, В. М. Лихман¹,
Д. О. Мирошниченко²,
Р. Р. Османов¹, С. В. Ткач¹,
О. М. Шевченко²,
І. В. Волченко¹,
А. О. Меркулов¹,
Є. О. Білодід²

¹ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ», м. Харків

²Харківський національний медичний університет

© Колектив авторів

ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

Резюме. Поліпшення результатів лікування хворих з абсцесами печінки шляхом лікування з використанням малоінвазивних втручань.

Матеріали та методи. Нами обстежено і проліковано 87 хворих з абсцесами печінки у віці від 21 до 80 років. З них 82 хворим виконано 102 хірургічні операції. Дренування абсцесу виконувалося 95 разів 82 хворим чотирма способами: під ультразвуковим контролем — 45 (54,88 %) пацієнтам, лапароскопічно — 20 (24,4 %), під контролем ангиографа — 2 (2,44 %) і лапаротомним доступом — 15 (18,28 %) хворим. 7 хворим виконані операції резекційним способом.

Результати. Так нами проведений аналіз клінічної картини абсцесів печінки специфічних симптомів не відмічено. Тому вирішальним в діагностиці і диференціальній діагностиці утворень печінки було поєднання результатів УЗД та КТ (чутливість яких склала 98 і 100 % відповідно). Найчастіше всього в посівах з порожнини абсцесу висівали штами *E. coli* та *Kl. Pneumoniae* у 43,91 % випадків. Позитивний ефект відмічено після першого малоінвазивного втручання наступив у 76 (92,68 %) хворих. У оперованих хворих лапаротомним доступом, основними показаннями були, передусім: неефективність зовнішнього дренування під контролем УЗД або неможливість використання самого методу дренування пункції в силу локалізації абсцесу; наявність супутньої хірургічної патології, що вимагає оперативного лікування, холедохолітиаз з ускладненнями, перитоніт.

Висновки. Головне завдання в лікуванні гнійних захворювань гепатобіліарної системи полягає у декомпресії та санації жовчовивідних шляхів, подальшої антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості із активним використанням методи УЗ контрольованого дренування Лапароскопічні та відкриті втручання показані при множинних та велетенських багатокамерних абсцесах.

Ключові слова: абсцеси печінки, УЗД-контрольоване пункційне дренування, бактеріологічне дослідження, лапароскопія.

Вступ

Абсцеси печінки залишаються одним з найскладніших захворювань в хірургії печінки [1, 2, 5]. Для вибору адекватного лікування потрібно визначити етіологію патологічного процесу, що призводить до виникнення біліарної гіпертензії та мікробної контамінації жовчовивідних шляхів, що в разі не усунення може спричинити навіть холангіогенний сепсис [4, 5]. При наявності значної патології жовчовивідних шляхів або неефективності черезшкірних втручань альтернативою залишається відкрите хірургічне лікування. В етіології холангіогенних абсцесів печінки відіграють роль такі захворювання жовчних проток, як жовчокам'яна хвороба, хвороба Каролі, стенозуючий папіліт, гепатиколітиаз і т. п. [2, 3, 6]. Поєднання механічної жовтяниці з гнійним холангітом спостерігається в 20-30 % випадків [1, 6]. Післяопераційна летальність

хворих з абсцесами печінки складає близько 15-45 % [1, 2].

Тому, якщо виявлення та локалізація абсцесу печінки, на даний час, не становлять труднощів, то вибір оптимального методу та способу лікування, як і раніше, залишається дискусійним. В останні роки широке використання отримали малоінвазивні методики з діагностичними та лікувальними властивостями, що кардинально змінили в позитивну сторону результати лікування хворих з абсцесами печінки.

Матеріали та методи досліджень

За період 2015-2019 роки в клініці ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМНУ» нами обстежено і проліковано 87 хворих з абсцесами печінки у віці від 21 до 80 років. З них 82 хворим виконано 102 хірургічні операції.

Дренування абсцесу виконувалося 95 разів 82 хворим чотирма способами: під ультразвуковим контролем — 45 (54,88 %) пацієнтам, лапароскопічно — 20 (24,4 %), під контролем ангіографа — 2 (2,44 %) і лапаротомним доступом — 15 (18,28 %) хворим. Операції резекційним способом виконані 7 хворим.

Встановлення діагнозу проводилась на підставі клініко-анамнестичних даних, клініко-лабораторних та біохімічних досліджень, а також за результатами інструментальних досліджень (ультразвукового дослідження (УЗД), комп'ютерної томографії (КТ)). Всім хворим проводили забір матеріалу для бактеріологічного дослідження з подальшим коригуванням антибактеріальної терапії на 3–7–10 добу після операційного періоду.

Результати досліджень та їх обговорення

Так нами проведений аналіз клінічної картини абсцесів печінки специфічних симптомів не відмічено. Однак основними клінічними проявами захворювання була загальна слабкість (83,9 %), нездужання (77,4 %), диспепсичні розлади (66,1 %), симптоми загальної інтоксикації (85,5 %). Слід зазначити, що в ряді спостережень пацієнти з абсцесами печінки не пред'являли ніяких скарг (14,5 %), в окремих випадках зниження ваги (4,8 %). Жовтяницю виявили в 22,54 % спостережень.

Тому вирішальним в діагностиці і диференціальній діагностиці утворень печінки було поєднання результатів УЗД та КТ (чутливість яких склали 98 і 100 % відповідно). У 15 хворих були виконані діагностичні пункції під УЗД контролем, що дозволили виключити метастатичне ураження печінки. Множинні абсцеси печінки виявлені у 40 (46 %) хворих, поодинокі — у 87 хворих (54 %). Права частка печінки була вражена у 58 (66,7 %) хворих, а в лівій частці абсцеси були локалізовані у 20 (23 %) хворих, в обох частках у 12 (10,3 %) хворих.

Холангіогенне походження абсцесів печінки складало основну долю всіх хворих — 52 (59,8 %) хворих, контактні абсцеси — у 13 (15 %) хворих, криптогенні — у 12 (13,8 %), інші у 10 (11,5 %) хворих.

При призначенні антибактеріальної терапії керувалися такими положеннями: по перше до отримання результатів мікробіологічного дослідження проводили емпіричну терапію з призначенням антибіотиків широкого спектру дії (цефалоспорины 3 покоління, фторхінолони 2 покоління, аміноглікозиди); по — друге: за результатами мікробіологічного обстеження проводили зміну антибактеріальних препаратів згідно їх чутливості на 3, 7, 10 добу лікування.

Мікрофлора абсцесів печінки та посіви крові досліджено у всіх хворих. Найчастіше всього в

посівах з порожнини абсцесу висівали штами *E. coli* та *Kl. Pneumoniae* у 43,91 % випадків, в інших випадках бактеріальний спектр вмісту абсцесів був представлений родами *Pseudomonas*, *Streptococcus*, *Proteus* та інших мікроорганізмів. Анаеробна флора виявилась представниками роду *Bacteroides* у 1 (1,15 %) хворого. Тільки в двох випадках росту не було виявлено. Бактеріємія виявлена у 43 (49,4 %) хворих, при цьому у 23 (53,5 %) хворих виділено *St. aureus* метицилін-резистентний, у 13 (30,2 %) хворих *E. coli* ESBL+, і у 7 (16,3 %) хворих мікроорганізми роду *Enterobacter*. Частота сепсису у дослідженій вибірці склала 49,4 %.

Консервативно лікували 6 (6,9 %) хворих з множинними абсцесами розміром до (17±2) мм. Під час лікування проводився моніторинг УЗД та КТ. Так, за результатами контрольних досліджень досягнуті резорбція вогнищ і зменшення їх розмірів і кількості. Тривалість антибактеріальної терапії склала в середньому 18,2 дні.

Малоінвазивні методи хірургічного лікування включали УЗД — контрольоване дренування з одночасною санацією порожнин абсцесу (в якості антисептиків використали розчин декасану, діоксидину) двома наступними методами: аспіраційним та дренажним. Перший пункційно-аспіраційний метод, який показав свою ефективність у хворих з розмірами гнійника до 9 см, без секвестрів, однокамерних і розташованих в вентральних сегментах печінки. Пункційно-дренажний метод лікування показав себе більш ефективним, однак він супроводжувався тривалим існуванням залишкової гнійної порожнини, а також спостерігалось підтікання вмісту абсцесу в черевну порожнину (хоча жодна з них не потребувала додаткових хірургічних маніпуляцій). Розміри порожнин в середньому склали (150±23,3) см². Позитивний ефект відмічено після першого малоінвазивного втручання наступив у 76 (92,68 %) хворих, іншим потрібно було перевстановлення (або заміна) дренажу під УЗ контролем, лапароскопічним або лапаротомним доступом. У разі виявлення багатокамernih порожнин. Для санації проток використали водний антисептики широкою антимікробної дії (декасан, діоксидин). Для дренування абсцесу печінки діаметром до 10,0 см використали один дренаж. Контроль стояння дренажу та зменшення порожнини абсцесів проводили на 3, 7, 14 день після встановлення.

Основними критеріями адекватної санації порожнин абсцесів вважали зниження температури тіла, припинення виділення з порожнини абсцесу гнійного вмісту, зменшення розмірів порожнини за даними УЗД та чрездренажного рентгенівського дослідження. Терміни дренування склали в середньому від 7 до 30 діб (в середньому 15,2).



Запропонований метод лікування відрізняється малотравматичністю, можливістю контролю ефективності лікування, що проводиться, а найголовніше — позитивними результатами у 87 % хворих. Причинами неефективності черезшкірного малоінвазивного методу лікування абсцесів у 6 (15 %) хворих були мультифокальність уражень, наявність біліарної обструкції, товщина піогенної капсули понад 10 мм. В подальшому хворим виконані лапаротомія та дренування абсцесів.

У оперованих хворих лапаротомним доступом, основними показаннями були, передусім: неефективність зовнішнього дренування під контролем УЗД або неможливість використання самого методу дренування пункції в силу локалізації абсцесу; наявність супутньої хірургічної патології, що вимагає оперативного лікування, холедохолітиаз з ускладненнями; перитоніт. Так, у 4 (5,1 %) відмічено важке протікання септичного стану в післяопераційному періоді; 1 (1,2 %) хворий помер, оперований з приводу перито-

ніту, що розвинувся внаслідок розтину абсцесу в черевну порожнину, унаслідок тромбоемболії легеневої артерії на тлі сепсису. У 4 (5,1 %) хворих розвинулися ускладнення у вигляді евентерації передньої черевної стінки, що зажадало виконання повторних хірургічних втручань.

Висновки

1. Головне завдання в лікуванні гнійних захворювань гепатобіліарної системи полягає у декомпресії та санації жовчовивідних шляхів, подальшої антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості.

2. В лікуванні абсцесів печінки необхідно більше активніше використовувати методи УЗ контрольованого дренування, як менш травматичне, безпечніше й ефективніше втручання з більш широкими можливостями контролю перебігу післяопераційного періоду.

3. Лапароскопічні та відкриті втручання показані при множинних та велетенських багатокammerних абсцесах.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ахаладзе Г. Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени *Анналы хирургической гепатологии*. 2012; 17 (1): 53–58.
2. Ефимов Д.С. Опыт лечения абсцессов печени в условиях больницы скорой. *Харківська хірургічна школа*. 2015; 6 (75): 172 – 177.
3. Шапринський В.О., Макаров В.М., Камінський О.А., Сулейманова В.Г., Білощицький В.Ф. Абсцеси печінки: діагностика та підходи до лікування. *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*. 2019; 18 (2): 6 – 12.
4. R.P. Dellinger, M.M. Levy, A. Rhodes et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2013. *Intensive Care Med*. 2013; 41 (2): 580 – 637.
5. N. O'Farrell, C. G. Collins, G. P. McEntee. Pyogenic liver abscesses: diminished role for operative treatment. *Surgeon*. 2010; 8 (4): 192 – 196.
6. M. Sugiyama, Y. Atomi. Pyogenic hepatic abscess with biliary communication. *Am. J. Surg*. 2002; 183: 2.

ВИБОР МЕТОДА ЛЕЧЕННЯ
АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

*В. В. Бойко, В. Н. Лихман,
Д. А. Мирошниченко,
Р. Р. Османов, С. В. Ткач,
А. Н. Шевченко,
И. В. Волченко,
А. А. Меркулов,
Е. А. Белодед*

Резюме. Улучшение результатов лечения больных с абсцессами печени путем лечения с использованием малоинвазивных вмешательств.

Материалы и методы. Нами обследовано и пролечено 87 больных с абсцессами печени в возрасте от 21 до 80 лет. Из них 82 больным выполнены 102 хирургических операции. Дренирование абсцесса выполнялось 95 раз 82 больным четырьмя способами: под ультразвуковым контролем — 45 (54,88 %) пациентам, лапароскопический - 20 (24,4 %), под контролем ангиографа — 2 (2,44 %) и лапаротомным доступом — 15 (18,28 %) больным. 7 больным выполнены операции резекционным способом.

Результаты. Так при проведенном нами анализе клинической картины абсцессов печени специфических симптомов не отмечено. Поэтому решающим в диагностике и дифференциальной диагностике образований печени было сочетание результатов УЗД и КТ (чувствительность которых была 98 % и 100 % соответственно). Чаще всего в посевах из полости абсцесса высеивали штаммы *E. coli* и *Kl. Pneumoniae* у 43,91 % случаев. Позитивный эффект отмечен после первого малоинвазивного вмешательства наступил в 76 (92,68 %) больных. У оперируемых больных лапаротомным доступом, основными показаниями были, прежде всего: неэффективность внешнего дренирования под контролем УЗИ или невозможность использования самого метода дренирования пункции в силу локализации абсцесса; наличие сопутствующей хирургической патологии, которая требует оперативного лечения, холедохолитиаз с осложнениями, перитонит.

Выводы. Главное задание в лечении гнойных заболеваний гепатобилиарной системы заключается в декомпрессии и санации желчевыводящих путей, дальнейшей антибактериальной терапии с учетом чувствительности с активным использованием методы УЗ контролируемого дренирования. Лапароскопические и открытые вмешательства показаны при множественных и гигантских многокамерных абсцессах.

Ключевые слова: абсцессы печени, УЗИ-контролируемое пункционное дренирование, бактериологическое исследование, лапароскопия.



THE CHOICE OF
TREATMENT FOR LIVER
ABSCESSSES

*V. V. Boyko, V. N. Lihman,
D. A. Myroshnychenko,
R. R. Osmanov, S. V. Tkach,
A. N. Shevchenko,
I. V. Volchenko,
A. A. Merkulov,
E. A. Bilodid*

Summary. Improving the results of treatment in patients with liver abscesses by treatment using minimally invasive interventions.

Materials and methods. We examined and treated 87 patients with liver abscesses aged 21 to 80 years. Of these, 82 patients underwent 102 surgeries. Abscess drainage was performed 95 times in 82 patients in four ways: under ultrasound guidance — to 45 (54.88 %) patients, laparoscopic - to 20 (24.4 %), under the control by angiography — 2 (2.44 %) and laparotomic access — 15 (18.28 %) to patients. 7 patients underwent resection operations.

Results. So, in our analysis of the clinical picture of liver abscesses, specific symptoms were not noted. Therefore, the combination of the results of ultrasound and CT (the sensitivity of which was 98 % and 100 %, respectively) was decisive in the diagnosis and differential diagnosis of liver formations. Most often strains were sown from the abscess cavity *E. coli* and *Kl. Pneumoniae* in 43.91 % of cases. A positive effect was noted after the first minimally invasive intervention occurred in 76 (92.68 %) patients. In operated patients with laparotomic access, the main indications were, first of all: the inefficiency of external drainage under ultrasound control or the inability to use the puncture drainage method itself due to the localization of the abscess; the presence of concomitant surgical pathology, which requires surgical treatment, choledocholithiasis with complications, peritonitis

Conclusions. The main task in the treatment of purulent diseases of the hepatobiliary system is the decompression and rehabilitation of the biliary tract, further antibiotic therapy, taking into account sensitivity with the active use of ultrasound-controlled drainage methods. Laparoscopic and open interventions are indicated for multiple and giant multi-chamber abscesses.

Key words: *liver abscesses, ultrasound-controlled puncture drainage, bacteriological examination, laparoscopy.*