



А. А. Клишин

ГУ «Днепропетровская
медицинская академия»,
г. Днепр, Украина

© Клишин А. А.

РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Резюме. В статье описано клиническое наблюдение редкого осложнения абсцесса печени у молодой женщины, которое наблюдали в Днепропетровской областной клинической больнице им. И.И. Мечникова. По ряду причин абсцесс печени не был диагностирован длительное время из-за особенностей течения заболевания, что привело к развитию осложнений. Описаны диагностические поиски, особенности хирургического лечения и послеоперационного ведения. Приведенный клинический случай подтверждает необходимость своевременной диагностики и лечения абсцессов печени.

Ключевые слова: абсцесс печени, осложнения, диагностика, хирургическое лечение, чрезкожное дренирование

Введение

Лечение абсцессов печени по-прежнему представляет не простую задачу [1]. Клиника данной патологии довольно яркая, однако заболевание длительно может протекать бессимптомно [2]. Несмотря на возможности современных методов визуализации, диагностика абсцессов печени часто бывает затруднена [3]. По данным ряда авторов, абсцессы печени, первично не диагностируются при КТ в 4,1 % наблюдений, а при УЗИ в 10,2 %, и являются находкой при хирургических вмешательствах или выявляются при повторных исследованиях [4]. Срок от возникновения первых жалоб до постановки диагноза при абсцессах печени по данным 183 наблюдений составили до 1 месяца в 64,5 % случаев, от 1 до 3 месяцев — в 26,2 %, от 3 до 6 месяцев — у 8,2 %, от 6 до 12 — в 1,1 %. Запоздалая диагностика приводит к распространению процесса и повышению риска летальности [5]. Летальность при осложненных абсцессах печени по свидетельству литературы достигает 80 % [6,7]. Часто благоприятный исход зависит от раннего выявления и выбора оптимальной тактики лечения.

Цель работы

Оценить результаты диагностики, особенностей клинического течения и результат хирургического лечения осложненного абсцесса печени

Материалы и методы исследований

Одним из вариантов осложнения абсцесса печени является местное распространение воспалительного процесса. Приводим собственное наблюдение такого варианта данной патологии.

Больная К. 29 лет поступила в клинику хирургии областной клинической больницы им. И. И. Мечникова в марте 2015 года с жалобами на умеренную слабость, наличие болезненного опухолевидного образования в правой гипогастральной области, периодическую субфебрильную лихорадку.

Из анамнеза известно, что болевает пациентка длительно, около 5 месяцев. Заболевание началось среди полного благополучия, развивалось постепенно. Пациентка отмечала тяжесть в подреберье, периодическую субфебрильную лихорадку. Учитывая невыраженную клиническую картину, удовлетворительное общее состояние, за медицинской помощью пациентка не обращалась. Повышение температуры тела купировала приемом жаропонижающих средств и антибиотиков. С течением времени состояние больной ухудшалось. В правой гипогастральной области появилось плотное образование, которое в динамике увеличивалось, стало резко болезненным. В анамнезе вирусный гепатит С.

При поступлении в клинику состояние больной относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Температура тела 37 °С. Дыхание свободное. Грудная клетка симметрична, при пальпации безболезненна. Перкуторно определяется легочной звук. При аускультации дыхание везикулярное, проводилось во все отделы легких, хрипов не было. Частота дыхательных движений 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 82 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Печень на 2 см выступала из-под края реберной дуги. Перистальтика кишечника выслушивалась. Признаки перитонита отсутствовали. Стул и диурез были не нарушены. Признаков ССВО нет. В правом гипогастрии определялся болезненный инфильтрат до 8 см в диаметре с размягчением в центре и флюктуацией. В других отделах живот мягкий, безболезненный.

Лабораторные исследования. В общем анализе крови обращали на себя внимание лейкоцитоз ($9,5 \times 10^9$) с незначительным палочкоядерным сдвигом (7 %), анемия легкой степени тяжести (Hb = 95 г/л) и тромбоцитоз (449 г/л). При биохимическом исследовании крови — показатели свертывающей системы крови и по-



казатели почечно-печеночного комплексов в пределах возрастной нормы.

Больной произведен рентген органов грудной клетки, — без патологии. ЭКГ — ритм синусовый, патологии не выявлено.

Больной выполнена аксиальная компьютерная томография грудной клетки и органов брюшной полости: органы грудной клетки без патологии; печень увеличена, неомогенная, в области правой доли (IV сегмент), определяется полостное образование округлой формы, размером до 9 см в диаметре. Образование преимущественно гомогенное. В нем видны воздушные пузырьки выраженной воспалительной инфильтрацией окружающей печеночной паренхимы с переходом на переднюю брюшную стенку. Желчный пузырь спавшийся, кальцинированных конкрементов в просвете не выявлено. Внутривенные желчные протоки не расширены. Поджелудочная железа и селезенка без патологических изменений. Заключение: КТ-картина соответствует абсцессу правой доли печени, возможно, с прорывом на переднюю брюшную стенку.

Больная осмотрена анестезиологом. Случай разработан на консилиуме, выработаны показания для хирургического лечения в объеме вскрытия и дренирования флегмоны передней брюшной стенки с ревизией и дренированием абсцесса печени.

Результаты исследований и их обсуждение

26.03.2015 произведена операция: вскрытие и дренирование флегмоны передней брюшной стенки — выделен тканевой детрит, скопление сливкообразного гноя без запаха до 50 мл. Для гистологического исследования взят тканевой детрит, для бактериологического посева — гной. При пальцевой (мануальной) ревизии раны связь с полостью абсцесса печени выявить не представилось возможным. Принято решение об эхоконтролируемом чрескожном дренировании абсцесса. Под контролем УЗИ в полость абсцесса печени установлен дренаж «ФР-12». Получено до 150 мл густого гноя без запаха. Рана на передней брюшной стенке не ушивалась. Так как первичный источник заболевания не был выявлен, этиология абсцесса с большей вероятностью расценена как криптогенная.

Ранний послеоперационный период осложнился развитием тяжелого шока, который проявлял-

ся неконтролируемой гипотонией. Больная была переведена в отделение гнойно-септической реанимации. Терапия включала противошоковые мероприятия (введение допамина, дезинтоксикационная инфузионная терапия), стартовая эмпирическая антибиотикотерапия широкого спектра включала меропенем пол 1000 мг через каждые 8 часов, тейкопланин 400 мг каждые 12 часов и метронидазол 500 мг каждые 8 часов, местное лечение послеоперационной раны мазями на водорастворимой основе. Дезэскалация антибиотикотерапии на 5-е сутки: цефоперазон-сульбактам по 2 г 2 раза в сутки. По дренажу из полости абсцесса выделялось гнойное отделяемое, проводилась санация остаточной полости. Послеоперационная рана заживала вторичным натяжением. После появления грануляций были наложены швы на 10 сутки.

При контрольной аксиальной компьютерной томографии на 6 сутки после операции — наблюдалось удовлетворительное стояние дренажа в полости абсцесса, диаметр абсцесса уменьшился более чем на 1/3 от начального.

Результат гистологического исследования тканевого детрита — выраженная лейкоцитарная инфильтрация, единичные некрозы жировой ткани. Бактериологический посев гноя из раны и из полости абсцесса роста не дал.

Отделяемое по дренажу прекратилось на 14 сутки после операции, дренаж удален на 19 сутки.

Больная находилась на стационарном лечении 22 дня. Выписана в удовлетворительном состоянии. Жалоб при выписке не предъявляла. Рекомендовано выполнение УЗИ ОБП через 14 дней, с повторной консультацией хирурга.

УЗИ ОБП контроль: диаметр полости абсцесса менее 1/3 от начального.

Выводы

Таким образом, приведенный клинический случай подтверждает необходимость своевременной диагностики и лечения абсцессов печени. Учитывая отсутствие видимой связи флегмоны и абсцесса интраоперационно, можно было, при дефекте диагностики, «пропустить» основное заболевание, ограничившись лишь хирургическим лечением инфекции мягких тканей.



ЛИТЕРАТУРА

1. Alvarez Perez, J.A. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess / J.A. Alvarez Perez [et al.] // *Am. J. surg.* — 2001. — Vol. 181, №2. — P. 177-186.
2. Ахаладзе Г. Г. Абсцессы печени / Г. Г. Ахаладзе, И. Ю. Церетели // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2006. — № 1 (11). — С. 97-105.
3. Калита Н. Я. Этиология, патогенез и клинико-диагностические аспекты абсцесса печени / Н. Я. Калита, М. Е. Ничитайло, О. Г. Котенко [и др.] // *Клінічна хірургія.* — 2004. — № 10. — С. 54-58.
4. Люлько И. В., Косильников С. О., Симонова Е. В., Люлько В. И., Карпенко С. И. Пункционное дренирование абсцессов печени // *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина.* — 1999. — № 10. — С.116-117.
5. Люлько И. В., Косильников С. О., Тарнопольский С. А. Мининвазивный метод лечения абсцесса печени // *Клінічна хірургія.* — 2001. — №4. — С.18-20.
6. Шаталов О. Д. Сучасні способи лікування абсцесів і гнійних кіст печінки / О. Д. Шаталов // *AML.* — 2011. — Т. XVII, № 3. — С. 35-38.
7. Шевчук І. М. Сучасні аспекти хірургічного лікування хворих на абсцеси печінки, ускладнені абдомінальним сепсисом / І. М. Шевчук, М. Г. Шевчук, М. М. Дроняк, А. О. Вацеба // *Шпітальна хірургія.* — 2010. — № 3. — С. 46 - 48.

РІДКІСНЕ УСКЛАДНЕННЯ АБСЦЕСУ ПЕЧІНКИ. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

О. А. Клішин

*ДУ «Дніпропетровська
медична академія», м. Дніпро,
Україна*

Резюме. У статті описано клінічне спостереження рідкісного ускладнення абсцесу печінки в молодій жінки, яке спостерігали в Дніпропетровській обласній клінічній лікарні ім. І.І. Мечникова. З багатьох причин абсцес печінки не був діагностований тривалий час через особливості перебігу захворювання, що призвело до розвитку ускладнень. Описано діагностичні пошуки, особливості хірургічного лікування та післяопераційного ведення. Наведений клінічний випадок підтверджує необхідність своєчасної діагностики та лікування абсцесів печінки.

Ключові слова: абсцес печінки, ускладнення, діагностика, хірургічне лікування, чрезшкірне дренирування

A RARE COMPLICATION OF LIVER ABSCESS. CLINICAL CASE

A. A. Klishyn

*State Institution «Dnipropetrovsk
Medical Academy»*

Summary. The article describes the clinical observation of a rare complication of liver abscess in a young woman, which was observed in the Dnepropetrovsk Regional Clinical Hospital. I. I. Mechnikov. For a number of reasons, liver abscess was not diagnosed for a long time due to the nature of the course of the disease, which led to the development of complications. Diagnostic searches, features of surgical treatment and postoperative management are described. The above clinical case confirms the need for timely diagnosis and treatment of liver abscesses.

Key words: liver abscess, complications, diagnosis, surgical treatment, percutaneous drainage