



В. І. Десятерик, О. В. Котов

ДЗ «Дніпропетровська
медична академія МОЗ
України», м. Дніпро

© Десятерик В. І., Котов О. В.

ЕТИОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ГОСТРИХ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

Резюме. У статті наведено досвід лікування 56 хворих з гострими абсцесами печінки, віком від 32 до 86 років. Для аналізу виділили 2 періоди: до 2013 р. – перший та до 2019 р. – другий. Протягом першого періоду дослідження проліковано 26 хворих, протягом другого – 30 хворих. Всіх хворих лікували хірургічно. Пункційно-дренажний метод використаний у 54 хворих. Вимушена лапаротомія – у 2 хворих. Виділені та проаналізовані основні шляхи потрапляння інфекції до печінки: холангіогенний, лімфогенний, гематогенний. Методи МРТ в режимі ХПГ та беззондового дослідження функції поза печінкових жовчних шляхів дозволили встановити точний діагноз та призначити патогенетичне лікування. Холангіогенний характер виникнення гострих абсцесів печінки був встановлений у 66,7% хворих в II періоді дослідження, проти 38,5% – у I періоді. Результати лікування хворих з гострими абсцесами печінки в значній мірі залежали від встановлення етіологічних чинників їх виникнення та вдосконалення на цій основі лікувальної тактики.

Ключові слова: абсцеси печінки, етіологія, лікування.

Вступ

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. В лікуванні, переважно, застосовують сучасні мініінвазивні хірургічні технології, завдяки яким були знижені показники летальності до 1,9 – 4,7%, а у випадках міліарних абсцесів – до 15,4% [1]. Ефективність лікування гострих абсцесів печінки пункційно-дренажним методом сягає 91,8%. Ускладнення спостерігаються у 4,9% хворих і є такими, що не призводять, як правило, до летальних наслідків [2]. При хронічних абсцесах (у строки більш ніж 3 місяці) застосування мініінвазивних технологій не є ефективним, тому найчастіше перевагу віддають застосуванню резекційних технологій [3]. Покращити досягнуті як безпосередні, так і віддалені результати лікування хворих з гострими абсцесами печінки можливо за рахунок вдосконалення хірургічної тактики та методів лікування на основі встановлення етіопатогенетичних механізмів їх виникнення та розвитку.

Мета досліджень

Покращити результати хірургічного лікування хворих з гострими абсцесами печінки, шляхом вдосконалення лікувальної тактики в залежності від етіологічних чинників.

Матеріали і методи досліджень

Проаналізовано результати лікування 56 хворих (27 чоловіків та 29 жінок) з гострими абсцесами печінки, віком від 32 до 86 років. Для аналізу виділили 2 періоди: до 2013 р. – перший та до 2019 р. – другий. Протягом першого періоду дослідження проліковано 26 хворих (12 чоловіків та 14 жінок) з абсцесами печінки, віком від 35 до 84 років. Протягом другого – 30 хворих (15 чоловіків та 15 жінок), віком від 32 до 86 років. Більшість хворих (89,3%) були направлені з інших лікувальних закладів. Всіх хворих лікували хірургічно. Пункційно-дренажний метод використаний у 54 хворих. Вимушена лапаротомія – у 2 хворих. Поодинокі абсцеси різних розмірів спостерігали у 36 хворих, множинні – у 12, міліарні – у 6, паразитарні з нагноєнням – у 2. Об'єм рідинних утворень сягав від 1-5 до 1000 мл.

Протягом I періоду дотримувались активної хірургічної тактики. Пункції виконували з проміжком часу в 24-48 годин, добиваючись при цьому максимального видалення гнійного ексудату, промиваючи кілька разів зону (и) деструкції розчинами антисептиків до «чистої води», добиваючись якнайшвидшого зменшення розмірів самих порожнистих утворень. Вважали доцільним більш широкі покази для дренивання порожнистих утворень, 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



більше зона інфільтрації навколо гнійної порожнини, тим більше повинно бути показів для її дренивання. В II періоді – тактика була більш стриманішою та виваженою: показів для дренивання менше, періоди між пункціями збільшували; змінилась технологія виконання самих пункцій та хірургічна тактика, яка зазвичай застосовувалась. Змінились також і підходи до методів консервативного лікування. В кожному конкретному випадку намагалися встановити етіологію ускладнення, його патогенез, а лікування направити не тільки на ліквідацію гнояків, а й на усунення причин його виникнення. З цією метою розширили діагностичну програму, з використанням сучасних методів, серед яких: інструментальні – МРТ в режимі ХПГ, спіральна КТ, ФГДС, з оглядом зони БДС, а при необхідності, і з втручанням на ньому, відео колоноскопія; лабораторні – загально прийняті клінічні та біохімічні, а також вивчали функціональний стан поза печінкових жовчних шляхів методом беззондового дослідження їх функції в основі якого лежить непрямий метод визначення рівня інтестинальних гормонів. При міліарних абсцесах печінки, при поширених зонах інфільтрації навколо порожнин (и) гнояка, 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=4).

Пункції виконували під контролем УЗ із застосуванням доплера (для вибору «безпечного» місця) за допомогою голок «СНІВА», діаметром 18-23G. Дренивання здійснювали троакар-катетерами «Pigtail», діаметром 6-9F, зі стандартних й нестандартних точок, з урахуванням анатомії плеврального синуса. При наявності реактивного ексудату в плевральній порожнині, виконували плевральну пункцію, з подальшим дослідженням вмісту в клінічній лабораторії. Вилучену рідину з внутрішньо печінкових гнояків досліджували бактеріологічно. Виконували бактеріоскопію відібраного матеріалу, а також засів на живильні середовища з метою ідентифікації виду збудника. Чутливість до антибіотиків визначали диск-дифузійним методом, з набором дисків, які відповідали виділеним групам мікроорганізмів. Період інкубації складав повних 24 години. У всіх хворих, поряд із застосуванням пункційно-дренажного методу лікування, проводили інтенсивну консервативну терапію, згідно стандартів ведення хворих на цю

тяжку патологію. Якість життя оцінювали за шкалою SF 36.

Результати досліджень та їх обговорення

Основними шляхами потрапляння інфекції до печінки були: холангіогенний, лімфогенний, гематогенний. В I періоді дослідження холангіогенний шлях був установлений у 10 хворих, яким в минулому виконані реконструктивні операції на поза печінкових протоках, інші шляхи – в наслідок перенесеного гнійного ендометриту (n=1), правобічної плевро пневмонії (n=6), після травми печінки – нагноєння гематоми (n=1), нагноєння кіст (n=2), в тому числі й паразитарної. Етіологічні чинники були визначені у 76,9% хворих. В II періоді, використані нами діагностичні методи досліджень, дозволили визначитись з етіологією у 100% хворих. Так, у переважній більшості (n=20), абсцеси носили холангіогенний характер, а серед інших причин – перенесена правобічна плевро пневмонія (n=4), травма печінки – нагноєння гематоми (n=1), нагноєння кіст (n=2), абсцес печінки внаслідок перфорації дванадцятипалої кишки рибною кісткою, який спочатку дренивали, а потім, після уточнення діагнозу, виконали лапаротомію (n=1), абсцес зони ішемії лівої напівпечінки, що виник внаслідок тромбозу відповідної гілки вени (n=1), абсцес на фоні неспецифічного виразкового коліту (n=1). Холангіогенний характер абсцесів в II періоді дослідження був встановлений у 9 хворих, яким не виконували в минулому жодних втручань. Методи МРТ в режимі ХПГ та беззондового дослідження функції поза печінкових жовчних шляхів дозволили встановити точний діагноз та призначити патогенетичне лікування. З огляду на отримані результати протягом II періоду щодо визначення етіологічних чинників, припускаємо, що і у 6 хворих з I періоду, у яких не вдалося доступними на той час методами діагностики встановити етіологію, виникнення гострих абсцесів в печінці обумовлено холангіогенними причинами.

Висновки

1. Холангіогенний характер виникнення гострих абсцесів печінки був встановлений у 66,7% хворих в II періоді дослідження, проти 38,5% - у I періоді.

2. Результати лікування хворих з гострими абсцесами печінки в значній мірі залежали від встановлення етіологічних чинників їх виникнення та вдосконалення на цій основі лікувальної тактики.



ЛІТЕРАТУРА

1. Бойко В. В. Лечение солитарных абсцессов печени с учетом стадии формирования гнойника / В. В. Бойко, А. А. Тищенко, А. А. Малоштан [и др.] // Хірургія України. — 2013. — № 1. — С. 16-21.
2. Десятерик В. І. Удосконалення хірургічної тактики міні-інвазивного лікування гострих абсцесів печінки / В. І. Десятерик, О. В. Котов // Шпитальна хірургія. — 2016. — № 2(74). — С. 50-53.
3. Шапринський В. О. Вибір хірургічного методу в лікування абсцесів печінки / В. О. Шапринський, В. М. Макаров // Харківська хірургічна школа. — 2018. — № 2. — С. 65-67.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ
ФАКТОРЫ ОСТРЫХ
АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

В. И. Десятерик, А. В. Котов

Резюме. Острые абсцессы печени имеют тяжелое течение и отличаются высокими показателями летальности. В статье приведен опыт лечения 56 больных с острыми абсцессами печени, в возрасте от 32 до 86 лет. Для анализа выделили 2 периода: до 2013 г. — первый и до 2019 г. — второй. В течение первого периода исследования пролечено 26 больных, в течение второго — 30 больных. Всех больных лечили хирургически. Пункцийно-дренажный метод использован у 54 больных, вынужденная лапаротомия — у 2. Выделены и проанализированы основные пути попадания инфекции в печень: холангиогенный, лимфогенный, гематогенный. Методы МРТ в режиме ХПГ и беззондового исследования функции вне печеночных желчных путей позволили установить точный диагноз и назначить патогенетическое лечение. Холангиогенный характер возникновения острых абсцессов печени был установлен у 66,7 % больных во II периоде исследования, против 38,5 % — в I. Результаты лечения больных с острыми абсцессами печени в значительной степени зависели от установления этиологических факторов их возникновения и совершенствования на этой основе лечебной тактики.

Ключевые слова: абсцессы печени, этиология, лечение.

ETIOLOGICAL FACTORS OF
ACUTE LIVER ABSCESSSES

V. I. Desyaterik, A. V. Kotov

Summary. Acute liver abscesses have a severe course and are characterized by high mortality rates. The article presents the experience treatment of 56 patients with acute liver abscesses, aged from 32 to 86 years. Two periods were identified for analysis: until 2013, the first one and until 2019, the second. During the first period of the study, 26 patients were treated, during the second — 30 patients. All patients were treated surgically. The puncture-drainage method was used in 54 patients, forced laparotomy — in 2. The main ways of infection in the liver were identified and analyzed: cholangiogenic, lymphogenic, hematogenic. MRI methods in the CPG mode and tubeless examination of function outside the hepatic biliary tract made it possible to establish an accurate diagnosis and prescribe pathogenic treatment. The cholangiogenic of the onset of acute liver abscesses was established in 66,7 % of patients in the second period, against 38,5 % in the first. The results of the treatment of patients with acute liver abscesses largely depended on the establishment of the etiological factors of their occurrence and improvement on this basis of medical tactics.

Key words: liver abscesses, etiology, treatment