
Дундаров З.А., Адамович Д.М., Майоров В.М., Свистунов С.В.
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь
Гомельская областная клиническая больница, Гомель, Беларусь

Технические аспекты малоинвазивных вмешательств при криптогенных абсцессах печени

■ ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время абсцессы печени – актуальная проблема абдоминальной хирургии. Частота абсцессов печени в общей хирургической патологии достигает 0,1–0,5%. Современные технические возможности позволяют использовать для лечения этой патологии малоинвазивные методы лечения.

■ ЦЕЛЬ

Провести анализ технических аспектов дренирования абсцессов печени под УЗ-контролем.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни пациентов, госпитализированных в Гомельскую областную клиническую больницу и получавших лечение в первом хирургическом отделении и отделении реанимации и интенсивной терапии в 2005–2011 гг. На основе полученной информации разработана электронная база данных, проведена статистическая обработка данных с использованием статистической программы «Statistica 6.0».

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За 2005–2011 гг. в первом хирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы находилось на лечении 22 пациента с криптогенными абсцессами печени. Пациенты предъявляли жалобы на гипертермию, ноющие боли в правом подреберье, признаки интоксикации. При поступлении выполнялись общеклинические анализы (ОАК, ОАМ, БХК).

Среди пациентов мужчин было 14 (64%), женщин – 8 (36%), средний возраст которых – 53 ± 4 года (от 20 до 80 лет). Средний срок от начала заболевания до госпитализации в стационар – 18 суток (Me 14 суток).

Всем пациентам в первые сутки после обращения было выполнено УЗИ органов брюшной полости, при котором выявлены очаговые образования в печени – абсцессы. Преобладающей областью локализации в 11 случаях являлась правая доля печени (5, 6, 7, 8 сегменты (50%)), в 9 (41%) – левая, в 2 (9%) – правая и левая. Средние сроки от начала заболевания до госпитализации – 18 суток (Me 14 суток). При поступлении пациентов в более поздние сроки эхокопическая картина формирующегося абсцесса представлена неоднородной структурой печени в зоне некроза без жидкостного компонента. На фоне антибактериальной терапии к 14–21 суткам происходит формирование жидкостного компонента, ограниченного от окружающей паренхимы. Средние размеры жидкостного компонента – 13 ± 3,8 см (от 3,5 до 17 см). При малых размерах жидкостного компонента, а также при расположении крупных сосудистых структур возможно выполнение многократных пункционных санаций «пункционной иглой 18G» с полной аспирацией гноя и последующим введением диоксидина (6 пациентов, или 27,3%). У 16 пациентов технические возможности «размеры абсцессов позволили выполнить первичное дренирование (72,7%). Показания для дренирования: размеры абсцесса более 3 см и отсутствие крупных сосудов в проекции проведения дренажа. При дренировании использовались дренажи типа «Pigtail» 9F или 6F. Визуализация осуществлялась на аппарате «Siemens G60 S», дренирование – методом «свободной руки» («Pigtail» 9F) или с адаптером-насадкой («Pigtail» 6F), постановка дренажа – по пути ближайшего предлежания полости абсцесса под местной анестезией. После введения дренажа в полость абсцесса аспирировался гной с целью декомпрессии, санации его полости и последующего бактериологического исследования (от 15 до 500 мл). Положение дренажа после аспирации контролировалось эхокопически.

При посеве на питательные среды рост аэробной микрофлоры не получен в 50%, обнаружены *Kl. pneumoniae* в 25%, *E. coli* – в 12,5%, *St. aureus* – в 6,25%, негемолитический стрептококк – в 6,25%.

Продолжительность дренирования определялась количеством отделяемого, данными УЗИ, лабораторными показателями. В течение этого времени ежедневно проводилось промывание полости растворами антисептиков, системная антибиотикотерапия с учетом полученной чувствительности микроорганизмов.

Осложнений при проведении дренирования абсцессов печени под УЗ-контролем не наблюдалось. Средний койко-день пребывания в отделении – 15 суток (Me 11 суток). Все пациенты были выписаны с положительной динамикой: клинической и эхокопической картиной, клинико-лабораторными данными. У 18 (82%) пациентов дренажи были удалены, 4 пациента (18%) переведены с дренажами в районные больницы.

■ **ВЫВОДЫ**

1. Малоинвазивные методы дренирования под УЗ-контролем – эффективный способ лечения криптогенных абсцессов печени.
 2. При невозможности дренирования абсцесса печени под УЗ-контролем и его небольших размерах эффективный метод – пункционная санация под УЗ-контролем.
-

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ретроспективному анализу подвергнуты истории болезни пациентов, госпитализированных в Гомельскую областную клиническую больницу и получавших лечение в первом хирургическом отделении и отделении реанимации и интенсивной терапии в 2005–2011 гг. На основе полученной информации разработана электронная база данных, проведена статистическая обработка данных с использованием статистической программы «Statistica 6.0».

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За 2005–2011 гг. в первом хирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы находилось на лечении 22 пациента с криптогенными абсцессами печени. Пациенты предъявляли жалобы на гипертермию, ноющие боли в правом подреберье, признаки интоксикации. При поступлении выполнялись общеклинические анализы (ОАК, ОАМ, БХК).

Среди пациентов мужчин было 14 (64%), женщин – 8 (36%), средний возраст которых – 59 ± 4 года (от 20 до 80 лет). Средний срок от начала заболевания до госпитализации в стационар – 18 суток (Me 14 суток).

Всем пациентам в первые сутки после обращения было выполнено УЗИ органов брюшной полости, при котором выявлены очаговые образования в печени – абсцессы. Преимущественной областью локализации в 11 случаях являлась правая доля печени (5, 6, 7, 8 сегменты (50%)), в 9 (41%) – левая, в 2 (9%) – правая и левая. Средние сроки от начала заболевания до госпитализации – 18 суток (Me 14 суток). При поступлении пациентов в более поздние сроки эхоскопическая картина формирующегося абсцесса представлена неоднородной структурой печени в зоне некроза без жидкостного компонента. На фоне антибактериальной терапии к 14–21 суткам происходит формирование жидкостного компонента, ограниченного от окружающей паренхимы. Средние размеры жидкостного компонента – $6,3 \pm 3,8$ см (от 3,5 до 17 см). При малых размерах жидкостного компонента, а также при расположении крупных сосудистых структур возможно выполнение многократных пункционных санаций «пункционной иглой 18G» с полной аспирацией гноя и последующим введением диоксидина (6 пациентов, или 27,3%). У 16 пациентов технические возможности и размеры абсцессов позволили выполнить первичное дренирование (72,7%). Показания для дренирования: размеры абсцесса более 3 см и отсутствие крупных сосудов в проекции проведения дренажа. При дренировании использовались дренажи типа «Pigtail» 9F или 6F. Визуализация осуществлялась на аппарате «Siemens G60 S», дренирование – методом «свободной руки» («Pigtail» 9F) или с адаптером-насадкой («Pigtail» 6F), постановка дренажа – по пути ближайшего предлежания полости абсцесса под местной анестезией. После введения дренажа в полость абсцесса аспирировался гной с целью декомпрессии, санации его полости и последующего бактериологического исследования (от 15 до 500 мл). Положение дренажа после аспирации контролировалось эхоскопически.

При посеве на питательные среды рост аэробной микрофлоры не получен в 50%, обнаружены *Kl. pneumoniae* в 25%, *E. coli* – в 12,5%, *St. aureus* – в 6,25%, негемолитический стрептококк – в 6,25%.

Продолжительность дренирования определялась количеством отделяемого, данными УЗИ, лабораторными показателями. В течение этого времени ежедневно проводилось промывание полости растворами антисептиков, системная антибиотикотерапия с учетом полученной чувствительности микроорганизмов.

Осложнений при проведении дренирования абсцессов печени под УЗ-контролем не наблюдалось. Средний койко-день пребывания в отделении – 15 суток (Me 11 суток). Все пациенты были выписаны с положительной динамикой: клинической и эхоскопической картиной, клинико-лабораторными данными. У 18 (82%) пациентов дренажи были удалены, 4 пациента (18%) переведены с дренажами в районные больницы.