

Адамович Д.М., Дундаров З.А., Батюк В.И.
Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь
Гомельская областная клиническая больница, Гомель, Беларусь

Этиологический фактор и микробиологические аспекты абсцессов печени

■ ВВЕДЕНИЕ

В большинстве наблюдений (75–86%) результаты микробиологического исследования содержимого абсцессов печени являются положительными и, как правило, выявляют желчную или тонкокишечную флору. Наиболее частые причины их возникновения – холангиогенная инфекция (до 35%), внутрибрюшные инфекции (30%) и контактное распространение инфекции (15%). При посеве в 50–70% получают рост грамотрицательных микроорганизмов. Грамположительные аэробы выявляются только у 25% больных, примерно в 50% случаев возбудители инфекции – анаэробные микроорганизмы.

■ ЦЕЛЬ

Провести анализ микробиологического спектра бактериальных абсцессов печени после их дренирования 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 их статистическая обработка с использованием статистической программы «Statistica 6.0».

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В 2005–2011 гг. в первом хирургическом отделении Гомельской областной клинической больницы находились на лечении 42 пациента с абсцессами печени. У 22 пациентов (1-я группа) были изолированные абсцессы, у 20 (2-я группа) можно было проследить связь с заболеванием органов панкреато-билиарной зоны или смежных органов. В 1-й группе пациенты предъявляли жалобы на гипертермию, ноющие боли в правом подреберье, признаки интоксикации, во 2-й клинике определялась основной патологией и признаками гнойной интоксикации. В лабораторных показателях (ОАК, ОАМ, БХК) существенных отличий не отмечено.

Возрастной, количественный состав существенно не отличался:

- 1-я группа – 22 пациента, мужчин – 14 (64%), женщин – 8 (36%), средний возраст – 53 ± 4 года (от 20 до 80 лет), средний срок от начала заболевания до госпитализации в стационар – 18 суток (Me 14 суток);
- 2-я группа – 20 пациентов, мужчин – 14 (70%), женщин – 6 (30%), средний возраст – 60 ± 5 лет (от 28 до 80 лет), средний срок от начала заболевания до госпитализации в стационар – 15 суток (Me 12 суток).

Из районных больниц переведено 6 пациентов, остальные доставлены бригадами «скорой медицинской помощи».

Во всем пациентам 1-й группы была выполнена пункционная санация абсцесса, а с односторонним дренированием (Pigtail 9F/6F) – 15. Продолжительность дренирования определялась количеством отделяемого, данными УЗИ, лабораторными показателями. В течение этого времени ежедневно проводилось промывание полости растворами антисептиков, острая антибиотикотерапия с учетом полученной чувствительности микроорганизмов. Осложнений при проведении дренирования абсцессов печени под УЗ-контролем не наблюдалось. Средний койко-день – 15 суток (от 5 до 46, Ме 11 суток). В 11 (50%) случаях имелось поражение правой доли печени, преимущественно 6, 7 сегменты (72%). Локализация абсцессов на границе правой и левой доли имела у двух пациентов (9%), расположение абсцессов в левой доле отмечено у 9 (41%). При пункциях и дренировании получен гной в объеме от 15 до 600 мл. При посеве на питательные среды рост аэробной микрофлоры не получен в 50%, *Kl. pneumoniae* выявлены в 25%, *E. coli* – в 12,5%, *St. aureus* – в 6,25%, негемолитический стрептококк – в 6,25%.

В 1-й группе все пациенты были выписаны с положительной динамикой: клинической и лабораторической картиной, клинико-лабораторными данными. У 18 (82%) пациентов дренажи были удалены, 4 пациента (18%) переведены с дренажами в районные больницы.

Во 2-й группе в первые двое суток выполнены оперативные вмешательства большинству – 12 (60%) пациентам, остальные оперированы после дообследования и предоперационной подготовки. В большинстве случаев (50%) причиной их формирования являлась холангиогенная инфекция (ЖКБ, рак холедоха, стриктура холедоха). Средний койко-день в данной группе – 19 суток (Ме 14 суток).

Поражение правой доли печени отмечено у 11 (55%) пациентов, на границе правой и левой долей – у 3 (15%), левая доля поражена у 6 (30%) человек. При выполнении малоинвазивных вмешательств под УЗ-контролем получали гной в объеме от 3 до 1000 мл. При посеве гноя на питательные среды рост аэробной микрофлоры не получен в 20%, *E. coli* выявлены в 33%, негемолитический стрептококк – в 14,5%, *S. epidermidis* – в 6,5%, *Strobacter freundii* – в 6,5%, *Pr. vulgaris* – в 6,5%, *Kl. spp.* – в 6,5%, неферментирующие грамположительные кокки – в 6,5%.

Во 2-й группе с положительной динамикой выписаны 18 (90%) пациентов. Без дренажей выписаны 13 (65%) пациентов, 4 (20%) переведены в районные больницы с трубчатыми дренажами (Pigtail 9F/6F). У 1 пациента абсцесс дренирован тампоном.

Умерло 2 пациента с холангиогенными абсцессами печени, клиническими и морфологическими признаками сепсиса (4,7%).

■ ВЫВОДЫ

1. Малоинвазивные методы дренирования под УЗ-контролем – эффективный способ лечения абсцессов печени, особенно при «изолированных» абсцессах.
2. Преимущественная локализация абсцессов печени независимо от этиологии – правая доля печени (6, 7 сегменты).
3. При криптогенном возникновении абсцессов печени в большинстве определяется аэробная микрофлора, а при патологии панкреатобилиарной зоны и смежных органов – кишечная микрофлора, что следует учитывать при назначении эмпирической антибактериальной терапии.