

но наложены клипсы, произведена лапароскопическая санация брюшной полости.

При анализе результатов применения видеолапароскопии установлено, что средняя длительность пребывания в стационаре больных с острым холециститом составила 7,6 дня, острым аппендицитом - 5,2 дня, прободной язвой желудка - 7,3 дня, панкреонекрозом - 12,3 дня.

Заключение

Видеолапароскопия является высокоэффективным, безопасным, малотравматичным способом хирургического лечения, дающая наименьшее количество послеоперационных осложнений и способствующая более ранней активизации больных.

Постоянное повышение квалификации эндхирурга, адекватный отбор больных и тщательное соблюдение техники вмешательства позволяет свести к минимуму риск экстренного хирургического вмешательства.

Список литературы

1. Ермолов А.С., Гуляев А.А., Ярцев П.А., Пахомова Т.В., Гришин А.В. Лапароскопия в неотложной абдоминальной хирургии // Хирургия. - 2007. - № 7. - С.57-59.
2. Рутенбург Г.М., Пузаков С.Ю., Богданов Д.Ю. Диагностическая лапароскопия при травмах живота и критических состояниях // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - № 4. - С. 39-42.
3. Сорока А.К. Рациональная диагностика и варианты лечения перфоративной пилородуоденальной язвы у лиц молодого возраста // Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №3. - С. 3-7.
4. Шаповольянец С.Г., Ларичев С.Е., Тимофеев М.Е. Лапароскопические вмешательства при острой спаечной тонкокишечной непроходимости // Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №4. - С. 3-8.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

М.Р. Гараев, А.И. Грицаенко, М.А. Нартайлаков, В.Д. Дорофеев

**ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа
ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова, г. Уфа**

Гараев Марат Раилевич,

ассистент кафедры общей хирургии с курсом лучевой диагностики
ИПО, хирург 1 категории отделения гнойной хирургии ГБУЗ РКБ
им. Г.Г. Куватова

Грицаенко Андрей Иванович,

зав. операционным отделением ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова,
врач-хирург, доцент кафедры общей хирургии с курсом лучевой
диагностики ИПО, канд. мед. наук,
450005, Россия, Республика Башкортостан,
г. Уфа, ул. Достоевского, д. 132,
тел. 8 (347) 279-03-92,
e-mail: oper.ai@mail.ru

Нартайлаков Мажит Ахметович,

зав. кафедрой общей хирургии с курсом лучевой диагностики
ИПО, проректор по лечебной работе ГБОУ ВПО «Башкирский
государственный медицинский университет,
д-р мед. наук, профессор

Дорофеев Вадим Давидович,

зав. отделением гнойной хирургии ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова,
врач-хирург, канд. мед. наук

Абсцессы печени различного генеза являются группой тяжелых гнойных заболеваний печени и считаются одной из сложных проблем гепатобилиарной системы. В статье приведены современные данные о причинах развития и микробиологическом составе возбудителей абсцессов печени.

Ключевые слова: абсцесс, печень, возбудители.

CAUSES OF DEVELOPMENT LIVER ABSCESSSES

M.R. Garayev, A.I. Gritsayenko, M.A. Nartaylakov, V.D. Dorofeyev

Bashkir State Medical University
G.G.Kuvatov's Republic Clinical Hospital

Liver abscesses of various origins are the group of severe purulent diseases of the liver and it is considered one of the difficult problems of the hepatobiliary system. The article presents the current data on the causes and microbiological composition of pathogens liver abscesses.

Keywords: liver, abscess, pathogens.

Введение

По литературным данным, среди причин возникновения абсцессов печени (АП) выделяют следующие: холангиогенные (22,4-93,5%), гематогенные (5,1-59,6%), посттравматические (4,3-32%), абсцессы, возникающие вследствие инфицирования паразитарных кист (14,7-85,3%), криптогенные (4,3-44,8%) [2-4, 6-10, 13, 15, 17, 20-23]. Отдельные авторы дифференцируют пилефлебические и септические пути заноса инфекции в печень, иногда отдельно выделяются послеоперационные и контактные АП [2, 6, 7, 9-12, 14, 16, 19, 22-24]. При сохранении АП без значимой динамики в размерах в течение трёх месяцев и дольше они классифицируются как хронические [18].

Цель исследования

Изучить пути проникновения инфекции в печень с верификацией основных возбудителей и определением их чувствительности к антибактериальным препаратам.

Материалы и методы

За период с 2006 по 2014 годы в хирургических отделениях РКБ им. Г.Г. Куватова проведено лечение 138 пациентов с АП. В 132 (95,7%) случаях, после дообследования и подготовки проводилось оперативное лечение, в процессе которого производился забор содержимого инфицированной полости для микробиологического исследования путем посева на питательные среды и определения чувствительности к антибактериальным препаратам, шире всего применяемым в лечении АП.

Основываясь на анамнестических, клинических, инструментальных и лабораторных данных, проведено изучение структуры причин развития АП. В структуре преобладали гематогенные (65 случаев - 47,1%) и холангиогенные (41 случай - 29,7%) пути занесения инфекции в печень. Посттравматические АП составили 7,2 % (10 случаев), инфицирование остаточной полости после эхинококкэктомии - 4,3% (6 случаев). По 3 случая пришлось на инфицированные непаразитарные кисты (2,2%), нагноение эхинококковых кист (2,2%), возникновение АП вследствие перехода воспаления со стенки желчного пузыря (2,2%). В 7 наблюдениях (5%) причина возникновения инфицированного полостного образования печени (ИПОП) не была определена. 14 случаев (10%) ИПОП являлись рецидивными: преимущественно рецидивировали холангиогенные АП (11 случаев). Клинически значимым сопутствующим заболеванием чаще всего являлся сахарный диабет, который встречался в

наших наблюдениях - в 17 случаях (12,3%).

По литературным данным, среди возбудителей ИПОП часто встречаются следующие микроорганизмы: аэробы - кишечная палочка (4,2-34,8%), клебсиеллы (17,4-26%), стрептококки (до 16,7%), стафилококки (13-22,8%), актиномицеты (2,4-4,2%), реже - синегнойная палочка, энтерококки, ацинетобактеры, протеи; анаэробы - бактероиды (до 39,6%), анаэробные кокки (до 16,7%), фузобактерии (до 6,2%) [2, 3, 5, 6, 10, 16, 20]. Смешанная микрофлора наблюдается в 39,4-41% наблюдений [1, 6, 16]. Отсутствие роста микроорганизмов отмечается в 0,8-17,1% случаев [1, 5, 6, 12, 16, 21].

Спектр возбудителей, высеиваемых из ИПОП, по результатам наших исследований, представлен в таблице 1.

Таблица 1

Микробиологический спектр возбудителей ИПОП по результатам микробиологического исследования

№ п.п.	Вид микроорганизма	Абсолютное количество	Относительное количество, %
1	Klebsiella pneumoniae	26	19,8
2	Escherichia coli	15	11,4
3	Enterococcus faecalis	15	11,4
4	Staphylococcus spp.	8	6,1
5	Pseudomonas aeruginosa	7	5,3
6	Streptococcus spp.	7	5,3
7	Анаэробы	4	3,0
8	Acinetobacter	2	1,5
9	Амебы	2	1,5
10	Enterococcus spp.	1	0,8
11	Cerratia marcenses	1	0,8
12	Citrobacter spp.	1	0,8
13	Providencia	1	0,8
14	Pantoca agglomerans	1	0,8
15	Stenotrofomonas	1	0,8
16	Proteus spp.	1	0,8
17	Candida	1	0,8
18	Ассоциация микроорганизмов	4	3,0
19	Рост бактерий не обнаружен	34	25,8
	Итого:	132	100

Таким образом, бактериологический анализ содержимого ИПОП показал, что среди выявленных возбудителей преобладает грамотрицательная флора, наблюдавшаяся в 39,4% (52 случая). Чаще всего обнаруживались: *Klebsiella pneumoniae* - в 19,8% (26 случаев), *Escherichia coli* - в 11,4% (15 случаев), *Pseudomonas aeruginosa* - в 5,3% (7 случаев). Грамположительная флора была обнаружена в 30,3% (40 случаев). Чаще всего высевались: *Enterococcus faecalis* - в 11,4% (15 случаев), *Staphylococcus spp.* - в 6,1% (8 случаев), *Streptococcus spp.* - в 5,3% (7 случаев). Анаэробы были обнаружены в 4 случаях (3%). У 4 пациентов (3%) флора была полимикробной: с наибольшей частотой встречалось сочетание грамотрицательной флоры с анаэробами. В одном случае выселились грибы рода *Candida* (0,8%). В двух случаях при микроскопии обнаружены амебы (1,5%). В 25,8% (34 случая) посеvy содержимого ИПОП роста микрофлоры не дали, что можно объяснить тем фактором, что контингент пациентов с ИПОП, поступавших в нашу клинику, был представлен в основном людьми, длительно получавшими антибактериальную терапию в стационарах по месту жительства до поступления в РКБ.

Была проведена оценка чувствительности высеянных микроорганизмов к антибиотикам аминогликозидового ряда, цефалоспорином 2, 3 и 4 поколения, фторхинолонам, пенициллинам, карбапенемам. Результаты определения чувствительности представлены в таблице 2.

Таблица 2
Резистентность возбудителей ИПОП к антибактериальным препаратам по результатам микробиологического исследования

Антибиотики	Вид микроорганизма					
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	<i>Escherichia coli</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Enterococcus faecalis</i>	<i>Staphylococcus spp.</i>	<i>Streptococcus spp.</i>
	%					
Ампициллин	69,2	33,3	71,4	53,3	47,5	14,3
Амоксициллин клавуланат	19,2	13,3	28,6	26,7	S	S
Имипенем	11,5	S	14,3	6,7	S	S
Меропенем	3,8	S	S	6,7	S	S
Гентамицин	26,6	46,7	28,6	46,7	12,5	28,6
Амикацин	11,5	26,6	57,1	53,4	12,5	14,3
Цефтриаксон	11,5	20	42,9	73,3	12,5	28,6
Цефотаксим	7,7	26,7	42,9	26,7	S	14,3
Цефуросим	15,4	33,3	28,6	33,3	S	S
Цефтазидим	34,6	13,3	42,8	26,7	12,5	S
Цефаклор	7,7	20	28,6	46,6	S	S
Цефепим	15,4	26,7	14,3	26,7	S	14,3
Ципрофлоксацин	7,7	46,6	42,8	40	25	S
Норфлоксацин	11,5	33,3	28,6	26,7	S	S

Примечание: S – микроорганизм чувствителен к антибактериальному препарату

Как видно из данных, представленных в таблице, определяется довольно высокий процент резистентных штаммов к препаратам группы пенициллинов (14,3 - 69,2%), аминогликозидам (11,5 - 57,1%), цефалоспорином 2-го поколения (7,7 - 46,6%), цефалоспорином 3-го поколения (7,7 - 73,3%) и фторхинолонам 1-го поколения (7,7 - 46,6%). В меньшем количестве наблюдений определяется стойкость микроорганизмов к цефалоспорином 4-го поколения (7,7 - 26,7%) и фторхинолонам 2-го поколения (11,5 - 33,3%). Наиболее чувствительными микроорганизмы оказались к карбапенемам, резистентность к которым составила 3,8 - 14,3%. Была выявлена высокая частота полиантибиотикорезистентности: среди энтерококков - в 70% наблюдений, среди энтеробактерий - в 36,5%, у синегнойной палочки - в 71%.

Выводы

1. Гематогенный и холангиогенный пути являются основными для попадания инфекции в печень.
2. Возбудители ИПОП в настоящее время представлены широким спектром микроорганизмов с преобладанием грамотрицательной флоры, из которой первое место по частоте занимает *Klebsiella pneumoniae*.
3. Микробиологическое исследование содержимого ИПОП с определением антибиотикочувствительности обязательно для проведения адекватной медикаментозной терапии.

Список литературы

1. Абсцессы печени: опыт использования ультразвукового исследования в диагностике и лечении в трансплантологическом центре / А.М. Федорук // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 106-107.
2. Абсцессы печени / С.А. Пышкин // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 103.
3. Блажитко Е.М. Абсцессы печени: динамика причин и исходов / Е.М. Блажитко, С.Н. Пашина, А.А. Беспалов // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 83.
4. Возможность малоинвазивной технологии при лечении абсцессов печени / Н.У. Арипова // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 78-79.
5. Галимзянов Ф.В. Криптогенные абсцессы печени: хирургическая тактика и результаты лечения / Ф.В. Галимзянов, М.И. Прудков, Б.Б. Гафуров // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 85-86.

6. Комплексная терапия и хирургическое лечение холангиогенных абсцессов печени / Т.А. Кадошук // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 91-92.

7. Кулезнева Ю.В. Мини-инвазивные методы лечения абсцессов паренхиматозных органов брюшной полости / Ю.В. Кулезнева, Е.А. Смирнов, А.В. Мусатов // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 95-96.

8. Малоинвазивные вмешательства у больных с абсцессами печени / М.А. Бородин // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 84-85.

9. Место резекции в комплексном лечении абсцессов печени / С.М. Ахмедов [и др.] // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 81.

10. Минимально инвазивные методики в лечении абсцессов печени / Б.Н. Котив // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 94-95.

11. Множественные холангиогенные абсцессы печени – лечебная тактика с учётом особенностей билиарной гипертензии / О.И. Охотников // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Материалы XVI Международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. - 2009. - С. 135.

12. Оптимизация диагностики и лечения абсцессов печени / М.Ф. Заривчацкий // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 90-91.

13. Пантелеев В.С. Хирургическое лечение альвеококкоза печени и его гнойных осложнений / В.С. Пантелеев, М.А. Нартайлаков // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Материалы XIX Международного Конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. - 2012. - С. 94-95.

14. Погребняков В.Ю. Особенности ведения больных с пункционным дренированием абсцессов печени / В.Ю. Погребняков, Б.Н. Хавень // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Материалы XVI Международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. - 2009. С. 138.

15. Погребняков В.Ю. Особенности рентгенохирургического лечения абсцессов печени / В.Ю. По-

гребняков, С.А. Гончаров, Б.Н. Хавень // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 102.

16. Потапов В.В. Современные аспекты диагностики и лечения абсцессов печени / В.В. Потапов, А.В. Пархоменко, В.А. Карапыш // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: Материалы XX Юбилейного Международного Конгресса ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ. - 2013. - С. 249-250.

17. Пункционный метод лечения абсцессов печени / С.Х. Бакиров // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Материалы XVI Международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. - 2009. - С. 108.

18. Резекционный метод лечения хронических абсцессов печени / О.Г. Котенко // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 126.

19. Саипов М.Б. Особенности клиники и оперативного лечения описторхозных абсцессов печени / М.Б. Саипов // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2011. - Т.6, № 2. - С. 294-295.

20. Федоровский В.В. Результаты лечения больных с абсцессами печени / В.В. Федоровский, С.А. Старостин, М.В. Мешков // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 105.

21. Хирургическая тактика в комплексном лечении перивезикальных и холангиогенных абсцессов печени / Т.А. Кадошук // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 92-93.

22. Хирургическое лечение абсцессов печени / Г.Г. Ахаладзе // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 80.

23. Хирургия абсцессов печени в эндемичном очаге описторхоза / Д.П. Кислицин // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 93-94.

24. Чрескожные и чреспеченочные вмешательства в лечении абсцессов печени / С.У. Рахманов // Актуальные вопросы гепатобилиарной хирургии: Материалы XXI Международного Конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. - 2014. - С. 104.