

© Коллектив авторов, 2017
УДК 616.36-002.3-031.13-089

И. И. Дзидзава¹, Б. Н. Котив¹, А. А. Аполлонов¹, А. В. Смородский¹,
А. В. Слободяник¹, С. А. Солдатов¹, А. В. Кудрявцева¹, О. В. Федун¹,
А. А. Джафаров¹, А. В. Самуйленко²

МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

¹ Кафедра госпитальной хирургии (нач. — д-р мед. наук И. И. Дзидзава), ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова» МО РФ, Санкт-Петербург; ² Филиал № 1 Федерального государственного казенного учреждения «1586-й военный клинический госпиталь» МО РФ (нач. — Н. А. Романюк), г. Тула

Ключевые слова: абсцесс печени, минимально-инвазивные методики, антибактериальная терапия

*I. I. Dzidzava¹, B. N. Kotiv¹, A. A. Apollonov¹, A. V. Smorodskiy¹, A. V. Slobodyanik¹, S. A. Soldatov¹,
A. V. Kudryavtseva¹, O. V. Fedun¹, A. A. Dzhafarov¹, A. V. Samuilenko²*

Minimally invasive surgical treatment of multiple liver abscesses

¹ Department of hospital surgery, S. M. Kirov Military Medical Academy, St. Petersburg; ² 1586 Military Clinical Hospital, Tula

Key words: liver abscess, minimally invasive techniques, antibacterial therapy

По сводным данным, заболеваемость абсцессами печени варьирует от 8 до 15 случаев на 100 000 жителей в год, а летальность колеблется от 5 до 26%. Формирование гнойных очагов в печени сопровождается тяжелыми осложнениями, такими как печеночная недостаточность и холангиогенный сепсис [4, 5]. По мнению ряда авторов, множественные крупные билобарные абсцессы печени с внутрисплетными секвестрами являются показанием для открытых, в том числе резекционных, хирургических вмешательств [5–7]. С другой стороны, в последние годы увеличилось количество публикаций, свидетельствующих о преимуществах минимально-инвазивных чрескожных пункционно-дренирующих методик под ультразвуковым наведением [5, 8].

В настоящем сообщении приводим клинический пример эффективности применения пункционно-дренирующей методики лечения множественных крупных билобарных абсцессов печени.

Клиническое наблюдение. Больной Д., 30 лет, в ноябре 2012 г. на фоне полного благополучия почувствовал ухудшение общего самочувствия, появление болей в правом подреберье тянущего характера, потрясающий озноб, нарастающую общую слабость. По неотложным показаниям госпитализирован в инфекционное отделение одного из городских стационаров, где установлен диагноз: множественные очаговые поражения печени. Для дальнейшего лечения переведен в клинику госпитальной хирургии Военно-медицинской

академии им. С. М. Кирова. При поступлении состояние пациента тяжелое, гиподинамичен, заторможен. Жалобы на выраженную общую слабость, боли в правом подреберье. Гемодинамика нестабильная, с тенденцией к гипотензии. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. В анализах крови отмечаются лейкоцитоз ($15,9 \times 10^9/\text{л}$), гипохромная анемия, гипераминотрансфераземия, гипербилирубинемия. По данным ультрасонографии, в проекции SII, SIV, SV, SVI, и SVIII печени определяются множественные (6) полости деструкции диаметром от 3,5 до 6 см (рис. 1).

Выполнено чрескожное дренирование абсцессов под ультразвуковой навигацией стилет-катетерами типа Malecot и Доусена — Мюллера диаметром от 8,5 до 12 F.

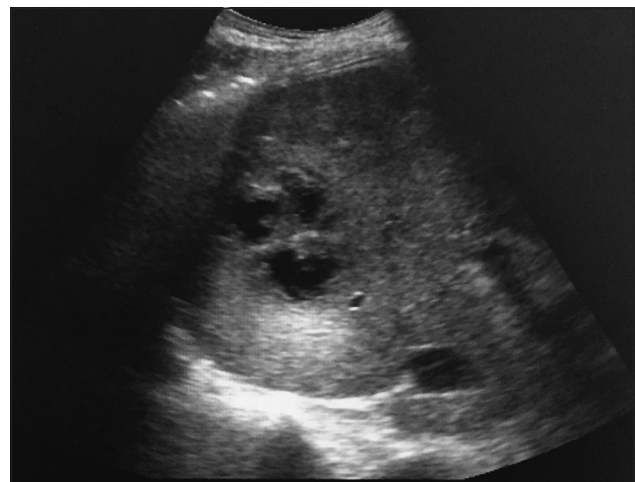


Рис. 1. Ультрасонограмма печени больного Д., 30 лет.
Множественные абсцессы печени

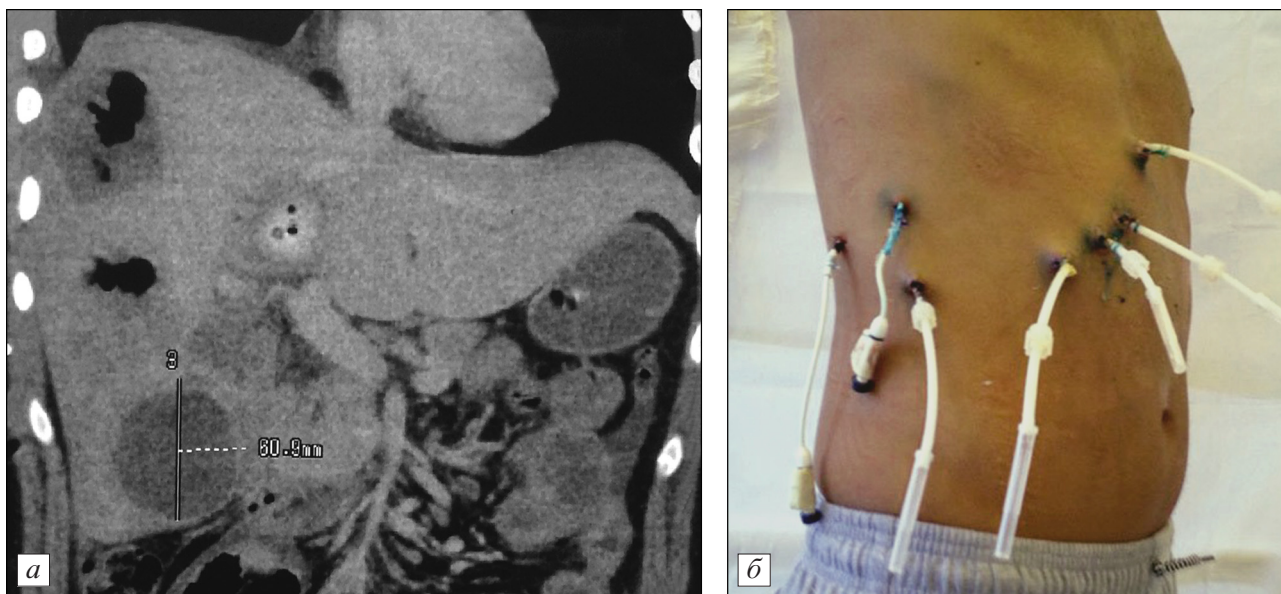


Рис. 2. Установка дополнительных чрескожных чреспеченочных дренажей.

а — компьютерная томограмма, MPR-реконструкция в коронарной плоскости, абсцессы печени; *б* — внешний вид больного Д. с дренажами, установленными в полости абсцессов сегментов SIV-V, SVI, SVII, SII и SVIII печени

При аспирации из каждого очага эвакуировано от 150 до 250 мл сливкообразного гноя. Полости абсцессов ежедневно обрабатывали растворами антисептиков. Программа консервативного лечения включала проведение антибактериальной, гепатотропной, антисекреторной, дезинтоксикационной, заместительной терапии. Состояние больного стабилизировано, явления синдрома эндогенной интоксикации купированы. При первичном микробиологическом исследовании отделяемого установить возбудитель и выявить простейших не удалось. На 10-е и 14-е сутки от момента госпитализации отмечены эпизоды лихорадки и рецидив лейкоцитоза. При контрольном ультразвуковом и компьютерно-томографическом исследованиях диагностированы дополнительные очаги деструкции в VI и VII сегментах печени, что потребовало установки дополнительных чрескожных чреспеченочных дренажей (рис. 2).

При повторном бактериологическом исследовании отделяемого из дренажей выделена культура *Pseudomonas aeruginosa*, чувствительная к меропенему. Произведена смена антибактериальной терапии. По мере купирования синдрома системного воспалительного ответа и прекращения оттока гнойного отделяемого по дренажам при отсутствии визуализации полостей деструкции при контрольных рентгенологических исследованиях с контрастированием и ультразвуковых исследованиях дренажи последовательно удаляли. Спустя 45 сут в удовлетворительном состоянии пациент выписан под наблюдение хирурга поликлиники по месту жительства. При контрольном ультразвуковом (через 1 мес) и компьютерно-томографическом исследовании (через 6 мес) признаков рецидива абсцедирования не выявлено (рис. 3).

Обсуждение. Выбор минимально-инвазивного или открытого оперативного методов лечения множественных крупных гнойных абсцессов печени до сих пор остается спорным. Основным

методом лечения абсцессов печени долго являлось вскрытие и дренирование полости гнояника через лапаротомный доступ. Однако летальность при открытых вмешательствах высокая и достигает 20–30 %, а при развитии осложнений увеличивается вдвое [2, 5].

На протяжении последних трех десятилетий развитие современных методов визуализационной диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) способствовало более широкому применению минимально-инвазивных методов санации абсцессов печени. Преимуществами пункционно-дренажных методик являются меньшая травматичность, отсутствие необходимости общей анестезии, а также возможность быстрой санации уже на этапе первичной диагностики. Эффективность лечения достигает 69–98 % [1, 3, 5, 8]. В нашем наблюдении описана высокая эффективность минимально-инвазивной методики санации множественных крупных билобарных абсцессов печени, позволившей избежать открытой травматичной операции.

Таким образом, внедрение современных малоинвазивных хирургических технологий в лечение абсцессов печени в сочетании с рациональной антибактериальной терапией позволяет избежать травматичных резекционных методов и добиться выздоровления больных.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Chung D. R., Lee H., Park M. H. et al. Fecal carriage of serotype K1 *Klebsiella pneumoniae* ST23 strains closely related to liver

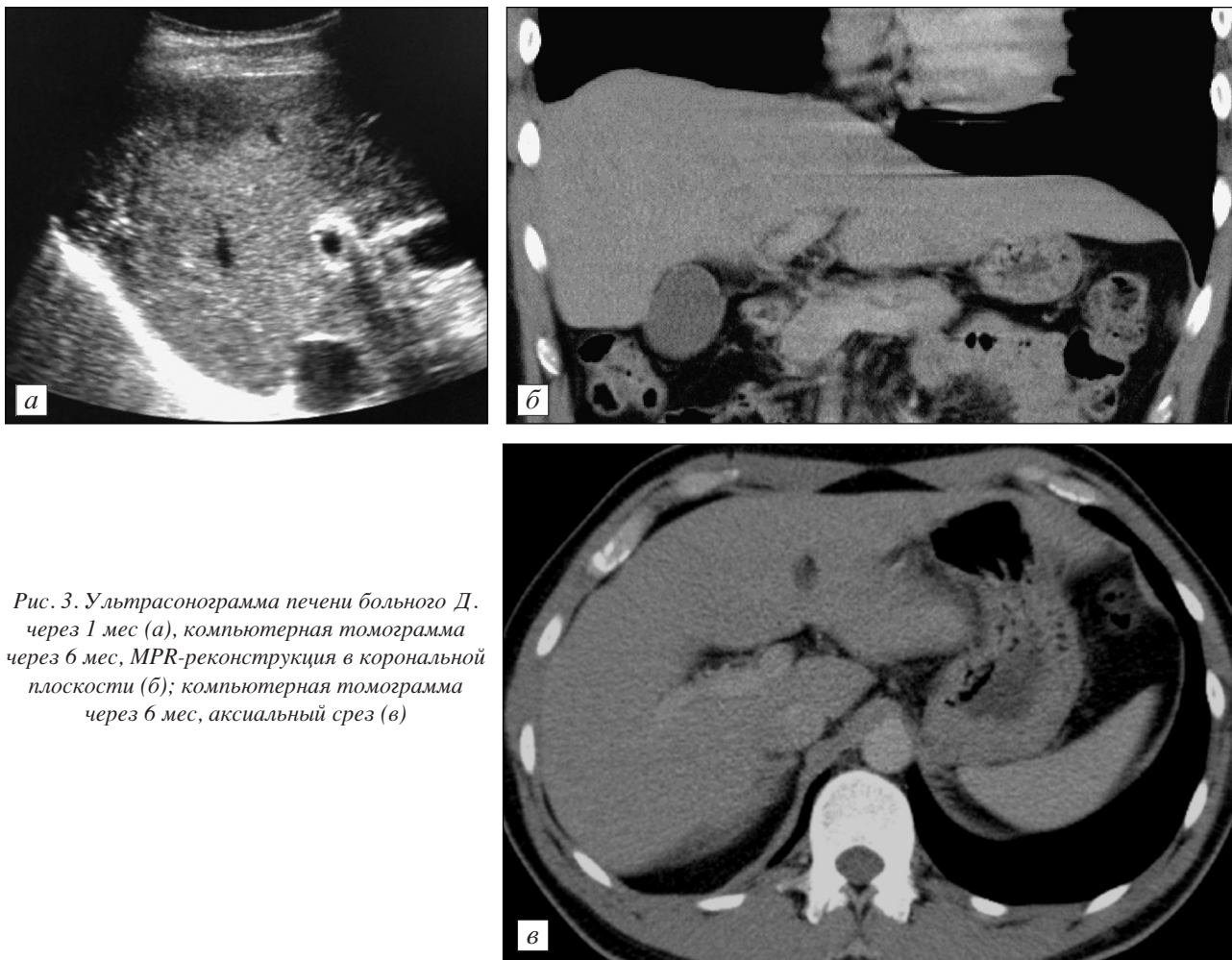


Рис. 3. Ультрасонограмма печени больного Д. через 1 мес (а), компьютерная томограмма через 6 мес, MPR-реконструкция в коронарной плоскости (б); компьютерная томограмма через 6 мес, аксиальный срез (в)

- abscess isolates in Koreans living in Korea // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2011. Vol. 31, № 4. P. 481–486.
- Ferraioli G., Garlaschelli A., Zanaboni D. et al. Percutaneous and surgical treatment of pyogenic liver abscesses: observation over a 21-year period in 148 patients // Dig. Liver Dis. 2008. Vol. 40, № 8. P. 690–696.
 - Fung C.P., Lin Y.T., Lin J.C. et al. Klebsiella pneumoniae in gastrointestinal tract and pyogenic liver abscess // Emerg. Infect. Dis. 2012. Vol. 18, № 8. P. 1322–1325.
 - Liu Y., Wang J.Y., Jiang W. An increasing prominent disease of Klebsiella pneumonia liver abscess: etiology, diagnosis and treatment // Gastroenterol. Res. Pract. 2013. Vol. 20, № 11. P. 1939–1940.

- Lubbert C., Wiegand J., Karlas T. Therapy of liver abscesses // Visceral Medicine. 2014. Vol. 30, № 5. P. 334–341.
- Romano G., Agrusa A., Frazzetta G. et al. Laparoscopic drainage of liver abscess: case report and review of the literature // G. Chir. 2013. Vol. 35, № 5–6. P. 180–182.
- Siu L.K., Yeh K.M., Lin J.C. et al. Klebsiella pneumonia liver abscess: a new invasive syndrome // Lancet Infect. Dis. 2012. Vol. 20, № 11. P. 881–887.
- Tan L., Zhou H.J., Hartman M. et al. Laparoscopic drainage of cryptogenic liver abscess // Surg. Endosc. 2013. Vol. 27, № 9. P. 3308–3314.

Поступила в редакцию 08.02.2017 г.

Сведения об авторах:

Дзидзава Илья Игоревич (e-mail: dzidzava@mail.ru), д-р мед. наук, начальник кафедры; Котив Богдан Николаевич (e-mail: kotivbn@gmail.com), д-р мед. наук, проф., зам. нач. академии по учебной и научной работе; Аполлонов Александр Андреевич (e-mail: alapolonov@yandex.ru), адъюнкт кафедры; Смородский Александр Валентинович (e-mail: lancet1980@mail.ru), канд. мед. наук, преподаватель кафедры; Слободяник Александр Валерьевич (e-mail: bodya2@mail.ru), канд. мед. наук, нач. хир. отделения; Солдатов Сергей Анатольевич (e-mail: medisol@mail.ru), старший ординатор хир. отделения; Кудрявцева Анна Владимировна (e-mail: avkydrjashka@yandex.ru), зав. рентгеновским отделением; Федун Олег Владимирович (e-mail: o.fedun@yandex.ru), старший ординатор отделения гнойной хирургии; Джафаров Ариф Адильевич (e-mail: spn91@mail.ru), интерн кафедры; кафедра госпитальной хирургии; Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6;

Самуйленко Арсен Валерьевич (e-mail: arshromoi@mail.ru), начальник хир. отделения; Филиал № 1, 1586-й военный клинический госпиталь, г. Тула, ул. Оборонная, 56.