

УДК 606.36—002.3—089

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЕДИНИЧНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ**В. В. Бойко, А. М. Тищенко, И. В. Гусак, А. А. Малоштан, Д. И. Скорый, Р. М. Смачило  
Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины, г. Харьков**SURGICAL TREATMENT OF A SOLITARY HEPATIC ABSCESS**V. V. Boyko, A. M. Tishchenko, I. V. Gusak, A. A. Maloshtan, D. I. Skoriy, R. M. Smachilo**РЕФЕРАТ**

Представлен ретроспективный анализ результатов лечения 120 больных по поводу единичного абсцесса печени (АП). По технологии, интенсивности лечебного воздействия и агрессивности методы санации можно разделить на три линии: аспирационные, дренажные и резекционные. Способ санации определяется морфологическими особенностями гнойника — его размерами, наличием секвестров, перегородок, плотной ригидной капсулы, выраженностью перипроцесса. Хирургический доступ определяется локализацией гнойника, тяжестью состояния пациента, инструментальной оснащенностью клиники. Основой успеха лечения единичных АП является дифференцированный подход, учитывающий генез, размеры, локализацию и стадию его формирования. При сформированном остром АП, как правило, методом выбора являются аспирационные и аспирационно-дренажные способы санации под контролем ультразвукового исследования (УЗИ) или лапароскопии. При наличии хронического АП или нагноившейся паразитарной кисты печени следует отдавать предпочтение резекционным методам.

**Ключевые слова:** единичный абсцесс печени; пункция; аспирация; дренирование; резекция.

**SUMMARY**

Retrospective analysis of the treatment results of 120 patients, suffering solitary hepatic abscess (SHA), was conducted. The sanitation methods, in accordance to technology, the treatment impact intensity and aggressiveness, may be divided on three lines: aspirational, draining and resectional. The method of sanitation is selected on the background of morphological peculiarities of abscess — its sizes, by presence of sequestrs, divisioning septa, dense rigid capsule, grade of periprocess. Surgical access is determined by the abscess localization, the patient's state severity, instrumental equipment of the clinic. Differentiated approach, taking into account genesis, sizes, localization and stage of its formation, constitutes a background of successful treatment of SHA. In totally formatted acute SHA, as a rule, the methods of choice are aspirational and aspiration—draining methods of sanitation under ultrasonographic control or laparoscopy. In the presence of chronic SHA or suppurated parasitic hepatic cyst it is mandatory to select the resectional methods.

**Key words:** solitary hepatic abscess; puncture; aspiration; drainage; resection.

**П**ервые упоминания об АП приведены в трудах Гиппократ и Корнелиуса Цельса (I век н.э., труд *De Medicina*), рекомендовано его вскрывать и дренировать "с помощью ножа или прижигания". В XVIII—XX вв. "хирургическое опорожнение" было основным видом лечения АП [1].

Общая летальность при АП в разных клиниках мира составляет от 2 до 35% [2—4]. За последние 50 лет отмечено существенное изменение этиологии АП. На смену портальной пиемии причиной АП преимущественно являются холангиогенные инфекции. В странах Азии наиболее частой причиной возникновения АП являются внутривеночный литиаз и обусловленное им образование внутривеночной стриктуры; в Европе — хроническая инфекция вследствие эндоскопических манипуляций на органах билиарной системы (стентирование, эмболизация при опухолях и т.д.) [3, 4].

В последние десятилетия изменилась хирургическая тактика при АП, чаще с успехом применяют миниинвазивные методы. Во многих клиниках "лапаротомную" хирургию как основной принцип лечения используют ограниченно, как правило, при наличии специфических осложнений (пенетрация АП в брюшную или плевральную полость) или для устранения этиологического фактора (стриктура желчных протоков, холангит, хронические очаги воспаления) [2, 5, 6].

Сегодня для лечения АП применяют разнообразные методы: пункционную аспирацию и/или дренирование под контролем УЗИ, компьютерной томографии (КТ) или лапароскопа, экономную и обширную резекцию, а также антибактериальную терапию [4]. Применение таких разнообразных хирургических подходов требует более глубокого изучения проблемы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Проанализирован опыт лечения 120 пациентов по поводу единичного АП. Причиной его возникновения были: нагноение паразитарной кисты печени — в 17,5% наблюдений, травма — в 15,8%, контактный аб-

сцесс — в 11,7%, холангит — в 10%, нагноение простой кисты — в 8,3%, порталная пиемия — в 7,5%, распад и нагноение опухоли — в 4,2%, в 25% — причина не установлена.

Возраст пациентов от 17 до 84 лет, в среднем (55,2 ± 1,8) года. Женщин было 62%, мужчин — 58%. В правой доле печени АП располагался у 74,2% больных, в левой — у 25,8%. Диаметр АП от 3 до 15 см, в том числе до 5 см — у 35 (29,2%) больных, 5–10 см — у 69 (57,5%), более 10 см — у 16 (13,3%). Топическая диагностика основана на результатах лучевых методов исследования (УЗИ, КТ).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Методы лечения АП представлены в *таблице*.

Аспирационная санация под контролем УЗИ произведена 11 (9,2%) больным, чаще применяли 2–3 сеанса санации. Дренажное АП осуществлено у 64 (52,3%) больных, преимущественно с использованием миниинвазивных способов: под контролем УЗИ — у 33 (27,5%), с помощью лапароскопии — у 30 (25%), лапаротомным доступом — у 1 (0,8%). В эту группу включены 10 пациентов, у которых выявлена инфицированная внутривисцеральная биллома. Различные резекционные методы применены у 45 (37,5%) больных, у 17 (14,2%) из них — экономная резекция типа "фенестрации", у 12 (10%) — перистистэктомия с применением лапароскопического или лапаротомного доступа, у 16 (13,3%) — сегментэктомия, бисегментэктомия, гемигепатэктомия.

Метод лечения АП выбирали с учетом его генеза, локализации, размеров, стадии формирования. При наличии инфицированных паразитарных кист печени предпочтение отдавали резекционным методам, криптогенного АП — пункционной аспирации или дренированию его полости.

У 45 больных при применении резекционных методов лечения проведено морфологическое исследование стенки АП в сроки его формирования от 5 сут до 4 мес. Установлено, что в процессе формирования АП его стенка претерпевает определенные изменения. С долей условности можно констатировать, что в сроки до 10 сут происходят процессы альтерации и секвестрации, вследствие чего формируется гнойная полость, стенками которой является паренхима печени. В сроки от 10 до 30 сут сформированная полость покрывается фиброзной капсулой, что можно назвать стадией формирования капсулы, или инкапсуляцией АП. В сроки 1–3 мес вокруг инкапсулированного АП активно происходят процессы перисклероза паренхимы печени, что обуславливает повышение "каркасности" гнойника.

При широком применении миниинвазивных методов лечения АП установлена их неодинаковая эффективность в разные сроки его формирования. До

## Характер выполненных операций у больных

Операция*	Число больных	
	абс.	%
Аспирационная санация под контролем УЗИ		
Дренажное	11	9,2
под контролем УЗИ	33	27,5
лапароскопическое	30	25
лапаротомное	1	0,8
Резекция		
"фенестрация" лапароскопическая	5	4,2
"фенестрация" лапаротомная	12	10
перистистэктомия лапароскопическая	4	3,3
перистистэктомия лапаротомная	8	6,7
резекция печени	16	13,3

Примечание.

\* Кроме перечисленных в таблице операций, у 14 больных по поводу контактного АП вследствие деструктивного холецистита выполнена холецистэктомия.

окончания процесса формирования гнойной полости (до 10 сут) применение хирургических методов санации не прекращало гнойно-воспалительный процесс, однако его границы стабилизировались при проведении адекватной антибактериальной терапии. В стадии формирования капсулы вплоть до ее ригидности эффективными были как аспирация, так и дренирование, однако аспирация менее травматична и технически менее сложна. В стадии сформированной ригидной капсулы эффективность аспирации уменьшается. Эффективность дренирования сохраняется, но также уменьшается по мере формирования перисклероза. В соответствии с классификацией М. П. Павловского, Т. Е. Бабьяка [7], по срокам формирования АП делят на: острые (до 3 мес) и хронические (более 3 мес). На основании собственного клинического опыта считаем необходимым в течении острого АП выделить три стадии, требующие дифференцированного применения миниинвазивных аспирационно-дренажных методов лечения:

- до 10 сут — стадия альтерации, секвестрации и формирования полости;
- от 10 до 30 сут — стадия стабилизации границ АП с формированием капсулы (инкапсуляция);
- от 1 до 3 мес — стадия сформированного инкапсулированного АП с продолжающимся процессом перисклероза.

При хроническом АП, вследствие выраженного перисклероза, гиалинизации и кальцификации его стенки, его способность к спадению утрачивается, поэтому эффективны только резекционные методы.

Единичные наблюдения применения дренирования для лечения нагноившихся паразитарных кист печени характеризуются длительным (1–2 мес) существованием инфицированной остаточной полости с наружным гнойным свищем без тенденции к заживлению. Лечение нагноившихся эхинококковых

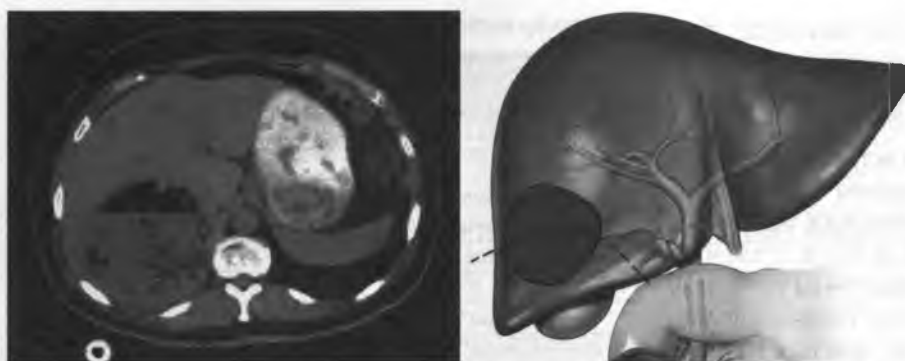


Рис. 1. Гигантский абсцесс правой доли печени и схема операции экономной резекции типа "фенестрация".

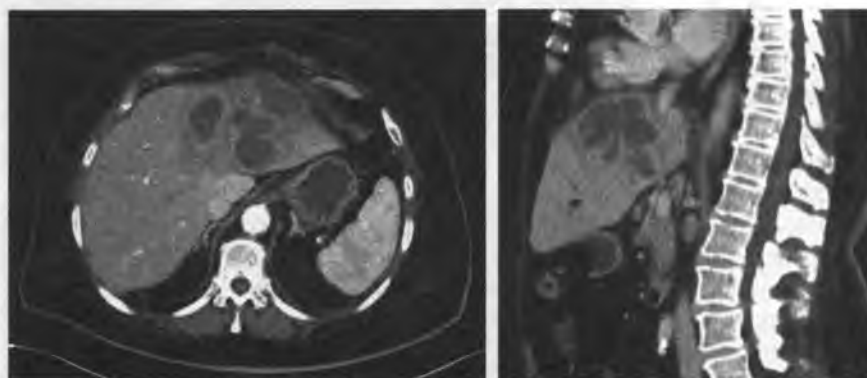


Рис. 2. Гигантский многокамерный АП, занимающий всю левую долю печени, требующий выполнения левосторонней гемигепатэктомии.

кист с применением перикистэктомии или резекции печени с кистой обеспечило хороший клинический эффект.

У больных при пристеночном или подкапсульном расположении гнойника хорошие результаты достигнуты при использовании оригинального метода экономной резекции типа "фенестрация" [8]. Способ особенно эффективен при среднем и большом АП (рис. 1).

При поражении всей доли печени, наличии многочисленных камер и перегородок в АП выполняли анатомическую гемигепатэктомию (рис. 2).

До получения результатов идентификации культур микроорганизмов из крови или гноя проводили антибактериальную терапию с применением препаратов широкого спектра действия, активных в отношении грамотрицательных и грамположительных аэробов и анаэробов.

После установления бактериологического диагноза антибактериальную терапию корректировали по идентифицированной культуре и ее чувствительности. Возбудителями являлись: *Staphylococcus* — в 9 (7,5%) наблюдениях, *Streptococcus* — в 18 (15%), *Enterococcus* — в 12 (10%), *Escherichia coli* — в 40 (33,3%), *Klebsiella pneumoniae* — в 16 (13,3%), *Proteus* — в 4 (3,3%), *Pseudomonas aeruginosa* — в 3 (2,5%); другие (актиномицеты, микобактерии туберкулеза) — в 2 (1,7%). В 73 (60,8%) наблюдениях выявлены ассоциации микроорганизмов, в 15 (12,5%) — монокультура, в 20 (16,7%) — рост не обнаружен, в 12 (10%) — исследование не проводили.

Параллельно пациентам проводили дезинтоксикационную и корректирующую нарушения водно-электролитного баланса терапию. Эффективность лечения оценивали по клиническим (тяжесть интоксикации, температура тела, болевой синдром) и лабораторным (лейкоцитоз, СОЭ, ЛИИ) показателям. Состояние остаточной полости АП контролировали с помощью УЗИ.

Умерли 5 (4,7%) больных. У 3 из них в связи с тяжелым состоянием и высоким операционным риском вынужденно применяли только пункционно-дренирующие методы под контролем УЗИ. Прогрессирование гнойного процесса обусловило сердечно-сосудистую недостаточность и смерть. У 2 больных, несмотря на резекцию печени с гепатоцеллюлярной карциномой и абсцессом, возникло прогрессирование опухолевого процесса.

На основании данных литературы и собственного опыта разработана концепция лечения единичного АП, которая включает три линии лечебных мероприятий: аспирацию, дренирование и резекцию. Они могут быть применены через разные доступы: под контролем УЗИ, лапароскопа или лапаротомно. Выбор тактики лечения определяется морфологическими особенностями АП: его размерами, наличием секвестров, перегородок, плотной ригидной капсулы, выраженностью перипроцесса. Выбор доступа зависит от локализации АП, тяжести состояния пациента, технического оснащения клиники, клинического опыта. Позитивный результат лечения в большой степени определяется правильным выбором стартовой линии

лечения. При ее неэффективности хирургическую тактику следует применять в соответствии с эскалационным принципом, который включает своевременный переход к более действенной линии лечения. Основа концепции хирургического лечения единичного АП предусматривает следующие положения.

1. Первой линией лечения большинства АП является пункционно-аспирационная санация. Доступ — под контролем УЗИ (при отсутствии секвестров и многокамерности). При неэффективности 2–3 сеансов аспирации показано последующее дренирование.

2. При подкапсульном и пристеночном АП оптимальным методом лечения является экономная резекция типа "фенестрация". При локализации АП в передних сегментах органа целесообразно использовать лапароскопический доступ.

3. При наличии секвестров необходимо их тщательное удаление (лапароскопическая / лапаротомная "фенестрация", секвестрэктомия, различные виды резекции). При многокамерном АП диаметром 10 см и более необходима резекция печени в пределах непо-раженных тканей.

4. Инфицированные паразитарные кисты и хронический АП всегда имеют плотную ригидную капсулу, что обуславливает необходимость применения резекционных методов. При подкапсульном или пристеночном расположении АП показана перицистэктомия с применением лапароскопического или лапаротомного доступа, при его глубоком расположении — резекция печени.

5. Доступ для санации АП в значительной степени определяется его локализацией: вентральные (С<sub>III</sub>–С<sub>VII</sub> и частично С<sub>VIII</sub>) сегменты печени saniруют под контролем УЗИ или с использованием лапароскопических технологий, дорзальные сегменты (С<sub>I</sub>, частично С<sub>II</sub> и С<sub>VIII</sub>) — с применением лапаротомного доступа. В то же время, санацией с применением лапаротомного доступа и дренированием полости гнойника можно завершить любое вмешательство по поводу единичного АП.

На выбор линии лечения существенное влияние оказывает тяжесть состояния пациента. Миниинвазивные вмешательства выполняют, как правило, под

местной анестезией или на фоне поверхностного наркоза. При применении резекционных методов либо санации с использованием лапаротомного доступа необходим глубокий наркоз с искусственной вентиляцией легких. При непереносимости такой операции следует вынужденно применить, в ущерб эффективности, менее травматичное вмешательство.

## ВЫВОДЫ

1. В силу многообразия форм заболевания и применяемых хирургических методов лечения АП не может быть жесткой хирургической доктрины. Основой успеха является дифференцированный подход, учитывающий генез, размеры, локализацию и стадию формирования АП.

2. При остром сформированном АП у большинства больных методом выбора следует считать аспирационные и аспирационно-дренажные способы санации под контролем УЗИ или лапароскопа.

3. При инфицированных паразитарных кистах и хроническом АП следует отдавать предпочтение резекционным методам лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Малоштан А. А. Абсцесс печени, вопросы истории (обзор литературы) / А. А. Малоштан // Укр. журн. хірургії. — 2011. — № 4 (13). — С. 255 — 259.
2. Ахаладзе Г. Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени / Г. Г. Ахаладзе // Анналы хирург. гепатологии. — 2012. — Т. 17, № 1. — С. 53 — 59.
3. Single and multiple pyogenic liver abscesses: clinical course, etiology and results of treatment / F. F. Chou, S. M. Sheen—Chen, Y. S. Chen [et al.] // World J. Surg. — 1997. — Vol. 21. — P. 384 — 389.
4. Ліньов К. О. Порівняльна оцінка методів хірургічного лікування абсцесів печінки: автореф. дис. ... канд. мед. наук спец. 14.01.03 — хірургія / К. О. Ліньов; Харк. нац. мед. ун-т. — Х., 2011. — 19 с.
5. Мінінвазивні втручання при абсцесах печінки / В. І. Десятерик, О. В. Котов, Т. І. Савченко, Р. Ю. Чечель // Укр. журн. хірургії. — 2011. — № 3 (12). — С. 179 — 182.
6. Антибактериальная терапия в хирургическом лечении хронического абсцесса печени / О. Г. Котенко, А. В. Гусев, А. А. Коршак [и др.] // Клін. хірургія. — 2010. — № 1. — С. 13 — 17.
7. Сучасні тенденції лікування бактеріальних абсцесів печінки / Т. Е. Баб'як, В. Г. Жемела, Т. М. Іванків, М. П. Павловський // Матеріали XX з'їзду хірургів України. — Тернопіль, 2002. — Т. 1. — С. 550 — 553.
8. Пат. 69969 Україна, МПК, А61В17/00. Спосіб лікування абсцесів печінки / В. В. Бойко, Д. І. Скорий, А. О. Малоштан (Україна). — № u 2011 12181; заявл. 18.10.11; опубл. 11.06.12. Бюл. № 11.

