

УДК 616.36-002.3-07-089

© А.А. Кипшидзе, 2011.

ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С БАКТЕРИЛЬНЫМИ АБСЦЕССАМИ ПЕЧЕНИ

А.А. Кипшидзе*КЗ «Городская больница №4» г.Севастополь.*

FEATURES OF FESTERING-SEPTIC PROCESS AND CONSERVATIVE TREATMENT OF BACTERIAL ABSCESSSES OF THE LIVER

A.A. Kipshidze**SUMMARY**

With 2003 on 2010 is examined 64 sick liver abscess. At 49 patients it is executed abscess of a liver external drainage under sonography control, over them at 8 - it is in addition executed papylotomia with nasobiliary drainage; at 7 patients executed laparotomy operation with an abscess of a liver drainage. As a result of the microbiology study beside 71,4 % sick is revealed associations of microorganisms, 10,7% - anaerobic flora. Without dependence from etiology of abscesses, anaerobic flora and associations of microorganisms result in heavier clinical current of disease, increase in terms of treatment, and also development of a sepsis at 50 % patients.

Ключевые слова: абсцессы печени, дренирование, микрофлора, сепсис.

Абсцесс печени (АП) — одно из самых тяжелых и сложных форм в хирургической гепатологии. Частота АП, по данным различных авторов, составляет от 0,08 до 2% в группе больных госпитализированных в хирургическое отделение [12]. Развитие абсцесса печени сопровождается высоким риском возникновения тяжелых осложнений (перитонит, сепсис), что приводит к высокой летальности от 5 до 50% [1].

Инфекция распространяется прямым путем (открытая травма), гематогенным путем и через желчные ходы. По этиологии [4,8] различают бактериальные, паразитарные, грибковые, специфические. Причем по данным различных авторов чаще встречаются бактериальные абсцессы печени [2, 3,5].

По данным бактериологических исследований при АП, микроорганизмы выделяемые из абсцессов печени у 79%, чаще всего были представлены грамтрицательной аэробной флорой.

В большинстве наблюдений выявлены *E. Coli* и *Kl.pneumoniae*, а так же представители родов *Pseudomonas*, *Streptococcus*, *Proteus*, другие микроорганизмы. Из представителей анаэробной флоры наиболее часто выявлялись бактерии родов *Bacteroides*, *Fusobacterium*, анаэробные виды *Streptococcus*. При множественных холангиогенных абсцессах печени была характерна ассоциированная инфекция с чаще развивающейся бактериемией, чем больных с криптогенными абсцессами печени, когда инфекция чаще была представлена монокультурой.

Несмотря на все более широкое использование

малоинвазивных методик, оперативное лечение сопровождается высоким риском гнойно-септических послеоперационных осложнений, что связано с высокой патогенностью гноеродной микрофлоры и сниженной резистентностью у больных с бактериальными абсцессами печени [9].

Цель исследования - изучить особенности гнойно-септического процесса у больных с бактериальными абсцессами печени, сопоставить данные бактериологического исследований с характером течения заболевания. Определить оптимальные подходы в лечении бактериальных абсцессов печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С 2003 по 2010 год обследовано 64 больных с абсцессами печени. При этом у 25 (39,1 %) - диагностированы холангиогенные абсцессы, у 13 (20,3 %) - нагноившиеся образования печени (у 2 - гемангиома, у 7 - непаразитарная киста печени, у 2 - паразитарная киста печени, у 2 - метастаз), у 26 (40,6 %) больных с абсцессами печени вызванными другими или неустановленными факторами (5,4 %). Мужчин было 38 (60,9 %), женщин было 25 (39,1 %). Средний возраст больных составил $56,7 \pm 1,8$ лет и колебался от 24 до 76 лет.

Желчь из назобилиарного и отделяемое из дренажей установленных в полости абсцессов печени под контролем сонографа или во время лапаротомной или лапароскопической операции были исследованы в микробиологической лаборатории. Забор, транспортировка материала, выделение и идентификация аэробных и анаэробных микроорганизмов,

изучение чувствительности выделенных штаммов к антибиотикам осуществлялось в соответствии с нормативными документами и методическими рекомендациями [10, 11].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У 50 больных выполнено закрытое наружное дренирование абсцессов печени под сонографическим контролем, из них у 8 - дополнительно выполнено папилотомия с назобилиарным дренированием, у 7 - повторное дренирование абсцессов под контролем сонографа (у 2 – при септикопиемии и у 5 - при гнойных затеках).

Для дренирования абсцесса печени до 5 см использовали один однопросветный дренаж с последующим аспирационно-проточным способом промывания полости абсцесса печени.

Дренирование очагов более 5 см в диаметре осуществлялось двумя однопросветными дренажными с последующим проточным, фракционным проточным, аспирационно-проточным способом промывания полости абсцесса печени.

В послеоперационном периоде проводили консервативное лечение включающее антибактериальную терапию с учетом чувствительности микроорганизмов, дезинтоксикационную терапию, санацию полости абсцесса путем промывания через дренажи растворами антисептиков [6, 7], симптоматическое лечение. Для санации полостей абсцессов использовался раствор антисептика декасан.

Визуальный контроль печени после дренирования абсцесса проводили ежедневно. Сроки дренирования колебались от 6 до 29 суток. Кроме того, на следующие сутки после дренирования и один раз в неделю в последующем проводилась чрездренажная фистулография для выявления возможной связи абсцесса с органами брюшной полости или желчевыводительной системой печени. Дренажную трубку удаляли после исчезновения полости по данным УЗИ и контрольной фистулографии, что совпадало с нормализацией общего состояния и температуры тела, исчезновением признаков гнойной интоксикации.

У 17 больных выполнена лапаротомная операция с дренированием абсцесса печени (у 4 больных после неэффективного дренирования абсцесса под контролем сонографа, у 5 больных с холедохолитиазом и механической желтухой, у 2 – при остром холецистите, у 1 – при прорыве абсцесса в брюшную полость).

Умер один больной оперированный по поводу перитонита, развившегося вследствие прорыва абсцесса печени в брюшную полость. Смерть наступила в результате тромбоза легочной артерии на фоне сепсиса.

При бактериологическом исследовании желчи и отделяемого из дренажей у 40 больных (71,4%) выявлялись ассоциации из 2-3 видов микроорганизмов (кокковая флора, грибы, кишечная палочка, протей, клебсиелла, анаэробные бактерии), у 6 (10,7%) – моно-

культура анаэробов, редко встречалась в монокультуре кишечная палочка, протей, стрептококк.

У 26 (46,4%) больных, по результатам посева желчи и отделяемого из дренажей которых выявлены ассоциации микроорганизмов, диагностировано тяжелое течение инфекционного процесса с выраженной температурной реакцией ($>38^{\circ}\text{C}$), высоким лейкоцитозом ($>12 \times 10^9$), из них у 6 (10,7%) больных более 10% незрелых форм гранулоцитов. У 2 (3,6%) больных за период стационарного лечения диагностировано появление вторичных очагов инфекции. При посевах крови у этих больных роста микроорганизмов не выявлено. Сепсис диагностирован так же у 2 (3,6%) больных, у которых в посевах отделяемого из дренажей получена монокультура анаэробов (*B. fragilis*).

Антибактериальная терапия при абсцессах печени проводилась с момента установления диагноза и начиналась с назначения антибиотиков широкого спектра действия. После получения результатов микробиологического обследования проводили направленную антибактериальную терапию с учетом чувствительности к антибиотикам. В течение 4-5 дней антибиотики вводили внутривенно, с последующим переходом на внутримышечное введение. Одновременно применяли антисептик декасан при санации очагов через дренажи. Проведение адекватной комбинированной антибиотикотерапии позволило сократить сроки дренирования полостей абсцессов, уменьшить частоту осложнений течения бактериальных абсцессов печени 9,3 % до 3,2 % и сократить длительность пребывания больного в стационаре с $21,2 \pm 4,3$ до $13,2 \pm 3,9$ суток.

ВЫВОДЫ

1. На выбор оперативной тактики при подтвержденном данными инструментальной диагностики абсцессе печени влияет множественность и размер патологических очагов, их локализация в паренхиме печени, патогенез их возникновения, соматическое состояние больного и сопутствующая патология.

2. Бактериологического исследования подтвердили, что вне зависимости от этиологии абсцессов, анаэробная флора и ассоциации микроорганизмов приводят к более тяжелому клиническому течению заболевания, а также развитию сепсиса у 50 % больных.

3. Антибактериальная терапия при абсцессах печени должна начинаться с момента установления диагноза с назначения антибиотиков широкого спектра действия, после получения результатов микробиологического обследования проводится антибактериальная терапия с учетом чувствительности к антибиотикам. Необходимо одновременное использование системных и местных антибактериальных средств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ничитайло М.Е., Мехрабан Джафарлу Фарзолах. Современный диагностический и лечебный ал-

горитм при абсцессе печени различной этиологии // Клиническая хирургия. — 2004. — №11.-12. — с.75.

2. Мумладзе Р.Б., Чеченин Г.М., Розиков Ю.Ш. и др. Миниинвазивные методы хирургического лечения больных с заболеваниями печени, желчных путей и поджелудочной железы // Хирургия. — 2004. — №5. — с.65–67.

3. Ничитайло М.Е., Мехрабан Джафарлу Фарзоллах. Лапароскопическая хирургия контактного абсцесса печени // Клінічна хірургія. — 2005. — №4–5. — с.24.

4. Эктов В.Н. Новомлинский В.В., Соколов А.Н., Мельников Ю.Ю. Малоинвазивные хирургические вмешательства под ультразвуковым контролем при абсцессах брюшной полости // Хирургия. — 2001. — №8. — с.17–20.

5. Бондарчук О.И. Внутривисцеральное применение СИЛИКСА для лечения гнойно-воспалительных процессов // Клиническая хирургия. — 2005. — №7. — с.29–31.

6. Шаталов О.Д. Малоінвазивні втручання при лікуванні бактеріальних абсцесів і не паразитарних кіст печінки // Шпитальна хірургія. — 2004. — №4. — с.67–69.

7. Мошковський Г.Ю., М. Ю. Ничитайло, Скунс А.В., Шкарбан В.П., Шкарбан П.О. Роль сучасних антисептичних засобів в мініінвазивному лікуванні абсцесу печінки // Клінічна хірургія. — 2005. — №4–5. — с.18.

8. Мошковський Г.Ю., Ничитайло М.Е., Шкарбан В.П. Холангиогенний абсцес печени: етіологічні, патогенетичні аспекти, особливості ехо-діагностики, місце чрескожних втручань під контролем ультразвукового дослідження в їх комплексному лікуванні // Клінічна хірургія. — 2003. — №4–5. — С.27–28.

9. Лабораторна діагностика гнійно-запальних захворювань, обумовлених аспорогенними анаеробними мікроорганізмами: Методичні рекомендації. — Харків, 2000. — 35 с.

10. Гринев М.В. Хирургический сепсис / М.В. Гринев, Громов, В.Е. Кормакова // Санкт-Петербург-Москва.-2001.-С.199-200.

11. Suigama M. Pyogenic hepatic abscesses with biliary communication / M. Suigama, Y. Atomi // Am.J.Surg.-2002.-Vol.183.-P.2.