

**А.Б. Кутовой**<sup>1</sup>,  
**А.А. Клишин**<sup>1</sup>,  
**С.О. Косильников**<sup>2</sup>,  
**К.В. Кравченко**<sup>2</sup>,  
**С.А. Тарнопольський**<sup>2</sup>

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины»<sup>1</sup>

кафедра хирургии № 2

(зав. – д. мед. н., проф. А.Б. Кутовой)

ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина

КУ «Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И. Мечникова»<sup>2</sup>

пл. Соборная, 14, Днепр, 49005, Украина

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»<sup>1</sup>

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: alexklishyn@gmail.com

ME «Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital named after I.I. Mechnikov»<sup>2</sup>

Soborna sq., 14, Dnipro, 49005, Ukraine

**Ключевые слова:** абсцессы печени, диагностика, хирургическое лечение

**Ключові слова:** абсцеси печінки, діагностика, хірургічне лікування

**Key words:** Liver abscesses, diagnostics, surgical treatment

**Реферат.** Досвід лікування абсцесів печінки. **Кутовой О.Б., Клишин О.А., Косильников С.О., Кравченко К.В., Тарнопольський С.О.** У роботі представлено результати діагностики та лікування хворих з абсцесами печінки. У клініці хірургії Дніпропетровської обласної лікарні ім. І.І. Мечникова було проліковано 183 пацієнти з діагнозом абсцес печінки у віці від 18 до 81 року. У 118 (64,5%) хворих термін від виникнення перших скарг до встановлення діагнозу становив до 1 місяця, від 1 до 3 місяців – у 48 (26,2%), від 3 до 6 місяців – у 15 (8,2%), від 6 до 12 – у 2 (1,1%) пацієнтів. Для діагностики абсцесів печінки використовували УЗД черевної порожнини, комп'ютерну томографію, лапароскопію. Лікування абсцесів печінки включало як консервативну терапію, так і хірургічні втручання. Тільки консервативне лікування отримали 14 (7,6%) хворих. Хірургічне лікування включало в себе черезшкірні мініінвазивні втручання під УЗ-контролем, лапароскопічні, відкриті дренажні та резекційні методики. Методом вибору хірургічного лікування для хворих з неускладненими абсцесами печінки діаметром 3 см та більше було ехоконтрольоване черезшкірне черезпечінкове дренивання, яке було виконане в 146 (79,8%) хворих. Ускладнення хірургічного лікування були виявлені в 15 (8,2%) випадках: дислокація дренажу – 12 (6,6 %) хворих, гнійна норія – 1 (0,5%), кишкова непрохідність – 1 (0,5%), перитоніт – 1 (0,5%).

**Abstract.** Experience in the treatment of liver abscesses. **Kutovoy A., Klishyn A., Kosulnikov S., Kravchenko K., Tarnopolskiy S.** The paper presents the results of diagnosis and treatment of patients with liver abscesses. In the surgery of Dnipropetrovsk Regional Hospital named after I.I. Mechnikov 183 patients diagnosed with liver abscess aged 18 to 81 years were treated. In 118 (64.5%) patients the period from the first complaints to the diagnosis was up to 1 month, in 48 (26.2%) from 1 to 3 months, in 15 (8.2%) from 3 to 6 months, in 2 (1.1%) from 6 to 12. To diagnose abscesses of the liver ultrasound of abdominal cavity, computer tomography, laparoscopy were used. Treatment of liver abscesses included both conservative therapy and surgical intervention. Only 14 (7.6%) patients received conservative treatment. Surgical treatment included minimally invasive interventions under U.S. control, laparoscopic, open drainage and resection techniques. The method of choice of surgical treatment for patients with uncomplicated liver abscesses with a diameter of 3 cm or more was echocontrolled peritoneal pelvic drainage, performed in 146 (79.8%) patients. Complications of surgical treatment were found in 15 (8.2%) cases: drainage dislocation – in 12 (6.6%) patients, purulent fistula – in 1 (0.5%), intestinal obstruction – in 1 (0.5%), peritonitis – in 1 (0.5%).

Абсцессы печени – тяжелое заболевание, которое характеризуется наличием солитарной или множественных полостей в печени с пиогенной капсулой. Частота случаев абсцессов печени стабильно высокая и не снижается, составляет по различным данным – 0,08-2% от пациентов, госпитализированных в хирургический стационар [6, 8, 9]. Диагностика абсцес-

сов печени может быть затруднена при небольшом диаметре образований, их нечетких контурах, изоэхогенности содержимого. Встречаются случаи выявления абсцессов только при аутопсии [10]. Лечение абсцессов печени преимущественно хирургическое. В зависимости от стадии заболевания применяются чрезкожные мининвазивные вмешательства под УЗ-контролем,

лапароскопические, открытые дренирующие и резекционные методики. Общая летальность при абсцессах печени составляет 10-15% [7], а на фоне сепсиса летальность возрастает до 80% [1, 2]. Разнообразие существующих методов хирургического лечения абсцессов печени обуславливает актуальность проблемы выбора операции в каждом конкретном случае.

Цель исследования – изучить особенности клинического течения, оценить эффективность методов диагностики и результаты хирургического лечения больных с абсцессами печени.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ**

В хирургической клинике Днепропетровской областной больницы им. И.И. Мечникова за период с 2006 по 2017 год лечилось 183 человека с абсцессами печени. Мужчин было 83 (45,4%), женщин – 100 (54,6%). Возраст больных варьировался от 18 до 81 года.

Для диагностики использовали общеклинические и биохимические лабораторные исследования, которые не были специфическими для данной категории больных. Методы визуализации – такие как УЗИ и КТ (УЗИ проводили на аппарате «Voluson i» при помощи конвексных датчиков в режиме реального времени; КТ-исследования выполняли с использованием аппарата Toshiba Astelion с мультисрезовой системой для КТ-сканирования TSX-032A (Япония)). Указанные методы применяли как обособленно, так и в комбинации. Так, для выявления абсцессов печени использовали только УЗ-исследование у 42 (22,9%) больных, только КТ – у 17 (9,3%), комбинация УЗИ и КТ-исследований – у 124 (67,8%) больных. По данным исследований одиночные абсцессы были выявлены в 138 (75,4%) случаев, множественные – в 45 (24,6%). В правой доле печени абсцессы располагались в 145 (79,2%) случаях, в левой – в 26 (14,2%), в обеих долях – 12 (6,6%). Лечение абсцессов включало в себя как консервативную терапию, так и хирургические методы. Консер-

вативную терапию проводили при диаметре абсцесса менее 3 см. При этом применяли дезинтоксикацию, эмпирическую антибиотикотерапию (до получения результатов посева), обезболивание по требованию. В случаях неэффективности – выполняли чрезкожные пункции и аспирацию содержимого абсцессов. Хирургическое лечение использовали при диаметре абсцессов, равном 3 см и более. Основным методом хирургического лечения было эхоконтролируемое чрезкожночрезпеченочное дренирование. Дренирование проводилось под УЗ-контролем, по Сельдингеру дренажами по типу “pig tale”. Также выполняли лапароскопические и лапаротомные вмешательства при осложнениях абсцессов, таких как перфорация в брюшную полость, переднюю брюшную стенку, также в случаях комбинации абсцесса печени с другой абдоминальной патологией. При всех видах хирургического лечения проводили посев содержимого полости абсцессов для микробиологического исследования и определения чувствительности бактерий к противомикробным препаратам. Положительную динамику лечения оценивали по общеклиническим показателям, количеству и характеру отделяемого из дренажа и данным неинвазивных методов визуализации.

Статистическую обработку данных проводили с использованием программных пакетов EXCEL 2007 и Statistica 6.0.

**РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Проведенный анализ показал, что сроки от возникновения первых жалоб до постановки диагноза при абсцессах печени составили до 1 месяца у 118 (64,5%) больных, от 1 до 3 месяцев – у 48 (26,2%), от 3 до 6 месяцев – у 15 (8,2%), от 6 до 12 – у 2 (1,1%).

Абсцессы печени, при которых не удалось выявить причину, были расценены как первичные и были выявлены в 161 (88,0%) случае, вторичные – в 22 (12,0%) (табл. 1).

*Таблица 1*

**Причины вторичных абсцессов печени**

Причина	Количество случаев, n=183	
	абс.	%
Травма печени	9	4,9
Полость распада при раке	5	2,7
Простые кисты	5	2,7
Эхинококковые кисты	3	1,6

Одним из ключевых в клинике абсцесса печени был болевой синдром, который отмечался с разной интенсивностью у 170 (92,3 %).

Кроме этого, имели место жалобы, характерные для общей интоксикации (табл. 2).

Таблица 2

**Основные жалобы больных с абсцессами печени**

Жалоба	Количество случаев, n=183	
	абс.	%
Боль в подреберье	170	92,3
Лихорадка	168	91,8
Общая слабость	144	78,7
Тошнота	32	17,5
Снижение аппетита	23	12,6
Сухость во рту	17	9,3
Потеря веса	16	8,7
Желтуха	11	6,0
Озноб	11	6,0

У 28 (15,3%) человек течение абсцесса печени протекало на фоне сахарного диабета. Еще у 20 (10,9%) больных абсцессы печени сопровождались сепсисом. При этом определение первичности каждого из компонентов патологии вызывало трудности, учитывая длительность течения заболевания.

УЗИ и КТ-признаками абсцессов печени было наличие в паренхиме полостных тонкостенных образований с четкими или нечеткими контурами, выраженной неоднородной структуры, заполненных густой жидкостью, по периферии с возможной капсулой толщиной 4-7 мм и окруженных инфильтративно измененной, нередко гипоехогенной паренхимой. Внутренняя эхоструктура неоднородная, с крупными или мелкодисперсными гиперэхогенными включениями или их конгломератами, усиление акустической тени, увеличение печени в размерах. КТ с в/в контрастированием позволяло определить более мелкие структуры и их точную ориентацию по отношению к протоковой системе печени и сосудам, провести дифференциальную диагностику с опухолевыми процессами. Чувствительность УЗИ, по нашим данным, составила 88%, КТ – 96%. Комбинация КТ и УЗИ позволила установить правильный диагноз в 100% случаев.

Только консервативное лечение получали 14 (7,6%) человек с абсцессами печени. Как правило, этим пациентам назначали цефалоспорины 3-го поколения в сочетании с фторхинолонами в соответствии с современными рекомендациями. Средний период госпитализации таких пациентов составил 16,6 дня. Случаев рецидива при таком варианте лечения не отмечено.

Хирургическое вмешательство выполнено 169 (92,4%) больным. Пункционный метод под УЗ-контролем без последующего дренирования применяли у 9 (4,9%) больных. Средний период госпитализации составил 15±4,73 дня. При этом в 2 (22,2%) случаях в отдаленном периоде наблюдался рецидив абсцесса, который требовал дренирования.

Дренирование абсцессов печени под УЗ-контролем применялось у 146 (79,8%) больных. После получения результатов микробиологического исследования проводилась рациональная антибиотикотерапия. Как правило, больные выписывались из клиники с дренажем и рекомендациями по контролю дебета отделяемого, амбулаторному промыванию полости абсцесса растворами антисептиков. Среднее время пребывания больного в стационаре составило 19±0,09 дня. Через 14-21 день после выписки проводился УЗ-контроль полости абсцесса и

удаление дренажа. Среднее время нахождения дренажа в полости абсцесса составило 33,3 дня. Рецидив абсцессов при этом варианте лечения в отдаленном периоде выявлен у 11 больных.

В 2 (1,1%) случаях абсцесс из правой доли печени переходил на переднюю брюшную стенку с формированием флегмоны передней брюшной стенки, что потребовало раскрытия флегмоны и дренирования полости абсцесса.

Лапароскопию использовали у 4 (2,2%) больных с абсцессами печени, при этом основная операция по поводу деструктивного холецистита дополнялась вскрытием и дренированием абсцессов печени.

В 8 (4,4%) случаях больным с абсцессами печени выполнялась лапаротомия в сочетании с другими вмешательствами. Поводами для лапаротомии служили 4 случая перитонита, 2 релапаротомии после травмы, 1 случай при абсцессе малого таза, 1 случай ОКН. При перитоните ликвидировали причину, проводили санацию и дренирование брюшной полости. Во время этапных релапаротомий после травмы проводился damage-control, санации брюшной полости. Лапаротомии по поводу абсцессов брюшной полости и малого таза сопровождались вскрытием и дренированием последних. Лапаротомию по поводу кишечной непроходимости дополняли, при необходимости, резекциями кишки, стомиями, интубацией кишечника.

Резекции печени выполняли у 2 (1,1%) больных по поводу множественных абсцессов.

Осложнения хирургического лечения были отмечены в 15 (8,2%) случаях: дислокация дренажа – 12 (6,6%) больных, гнойный свищ – 1 (0,5%), кишечная непроходимость – 1 (0,5%), перитонит – 1 (0,5%).

Рецидив после хирургического лечения в отдаленном периоде выявлен у 13 (7,1%) больных. Летальных случаев при хирургическом лечении абсцессов не было.

### ВЫВОДЫ

1. 90,7% абсцессов печени были выявлены в острой фазе. В 88,0% поражения являлись первичными. В 79,2% случаев абсцессы локализовались в правой доле печени.

2. Ведущим синдромом у пациентов с абсцессами печени был болевой и выявлялся в 92,3% наблюдений.

3. Для диагностики абсцессов печени использовали только УЗИ у 22,9% больных, в остальных случаях обследование дополнялось компьютерной томографией.

4. Методом выбора хирургического лечения для больных с неосложненными абсцессами печени диаметром 3 см и более являлось эхоконтролируемое чрезкожночрезпеченочное дренирование. Способ позволил добиться хороших результатов лечения при 8,2% осложнений и отсутствии летальности.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Альперович Б.И. Хирургия печени / Б.И. Альперович. – М.: ГЭОТАР – Медиа, Медицинские науки. – 2010. – 352 с.
2. Ахаладзе Г.Г. Абсцессы печени / Г.Г. Ахаладзе, И.Ю. Церетели // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – № 1 (11). – С. 97-105.
3. Мошківський Г.Ю. Методологічні та тактико-технічні основи виконання черезшкірних ехоконтрольованих втручань / Г.Ю. Мошківський // *Клініч. хірургія*. – 2012. – № 9. – С. 25-28.
4. Мошківський Г.Ю. Особливості лікування холангіогенних абсцесів печінки шляхом черезшкірних втручань під контролем ультразвукового дослідження / Г.Ю. Мошківський // *Клініч. хірургія*. – 2007. – № 5-6. – С. 31.
5. Мошківський Г.Ю. Роль черезшкірних втручань під контролем ультразвукового дослідження у лікуванні позаорганих післяопераційних обмежених скупчень рідини / Г.Ю. Мошківський // *Клініч. хірургія*. – 2010. – № 8. – С. 45-50.
6. Сучасні аспекти хірургічного лікування хворих на абсцеси печінки, ускладнені абдомінальним сепсисом / І.М. Шевчук, М.Г. Шевчук, М.М. Дроняк, А.О. Вацеба // *Шпітальна хірургія*. – 2010. – № 3. – С. 46-48.
7. Шаповальянц С.Т. Абсцессы печени / С.Т. Шаповальянц, А.Т. Мыльников // *Клиническая хирургия : национальное руководство*: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А. И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР – Медиа. – 2009. – С. 188-196.
8. Шаталов О.Д. Сучасні способи лікування абсцесів і гнійних кіст печінки / О.Д. Шаталов // *AML*. – 2011. – Т. XVII, N 3. – Р. 35-38.
9. Этиология, патогенез и клинико-диагностические аспекты абсцесса печени / Н.Я. Калита, М.Е. Ничитайло, О.Г. Котенко [и др.] // *Клінічна хірургія*. – 2004. – № 10. – С. 54-58.
10. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess / J.A. Alvarez Perez [et al.] // *Am. J. surg.* – 2001. – Vol.181, N 2. – P. 177-186.

## REFERENCES

1. Alperovitch BI. [Liver surgery]. *Meditseinckie nauki. Klinicheskaia meditsina*. 2010;3:352. Russian.
2. Achaladse GG, Zereteli Iju. Liver abscesses. *Annaly khirurhicheckoi gepatologii*. 2006;1(11):97-105. Russian.
3. Moshkivskiy GJu. [Methodological and tactical and technical bases for the implementation of percutaneous echo-controlled interventions]. *Klinich. hirurgiia*. 2012;9:25-28. Ukrainian.
4. Moshkivskiy GJu. [The role of percutaneous interventions under the control of ultrasound examination in the treatment of extraordinary post-operative limited limestone fluid]. *Klinich. hirurgiia*. 2010;5(6):31. Ukrainian.
5. Moshkivskiy GJu. [Features of treatment of cholangiogenic abscesses of the liver through percutaneous interventions under the control of ultrasound examination]. *Klinich. hirurgiia*. 2010;8:45-50. Ukrainian.
6. Shevchuk IM, Shevchuk MG, Dronya MM, Vatsaba AO. [Modern aspects of surgical treatment of patients with abscesses of the liver, complicated by abdominal sepsis]. *Shpital'na khirurgiya*. 2010;3:46-48. Ukrainian.
7. Shapovalianc ST, Mylnikov AT. [Liver abscesses]. *Klinicheskaia khirurgiia. Natsionalnoe rukovodstvo*. 2009;3:188-96. Russian.
8. Shatalov OD. [Modern treatments for abscesses and purulent cysts liver]. *AML*. 2011;XVII(3):35-38. Ukrainian.
9. Kalita NYa, Nichitaylo ME, Kotenko OG. [Etiology, pathogenesis and clinical diagnostic aspects of liver abscess]. *Klinichna khirurgiya*. 2004;10:54-58. Russian.
10. Alvarez Perez JA. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess. *Am. J. surg*. 2001;181(2):177-86.

Стаття надійшла до редакції  
16.10.2018



УДК 618.177-097.3:[616.89-008:159.923.31]:616-005.3-08

<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2018.4.153000>

*А.В. Камінський*<sup>1</sup>,  
*О.Г. Бойчук*<sup>2</sup>,  
*Т.В. Коломійченко*<sup>1</sup>

### **ПРОТРОМБОТИЧНІ СТАНИ ЯК ФАКТОР РИЗИКУ НЕВДАЧ ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ЗАПЛІДНЕННЯ В ЖІНОК З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

*Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика*<sup>1</sup>  
*вул. Дорожницька, 9, Київ, 04112, Україна*

*Івано-Франківський національний медичний університет*<sup>2</sup>  
*вул. Галицька, 2, Івано-Франківськ, 76018, Україна*

*Shuryk National Medical Academy of Postgraduate Education*  
*Dorohozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine*

*Ivano-Frankivsk National Medical University*  
*Halytska str., 2, Ivano-Frankivsk, 76018, Ukraine*  
*e-mail: tanyakolom@gmail.com*

**Ключові слова:** екстракорпоральне запліднення, психосоматичні розлади, антифосфоліпідний синдром, система гемостазу

**Ключевые слова:** экстракорпоральное оплодотворение, психосоматические расстройства, антифосфолипидный синдром, система гемостаза

**Key words:** *in vitro* fertilization, psychosomatic disorders, antiphospholipid syndrome, hemostasis system