

**Руколеева Т.С., Исхакова Л.Ф., Алексейцев А.В.  
КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ  
ПЕЧЕНИ**

Кафедра хирургии, колопроктологии и эндоскопии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Rukoleeva T.S., Ishakova L.F., Alexeytsev A.V.  
COMPLEX DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF LIVER  
ABSCESSSES**

Department of surgery, coloproctology, endoscopy  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: tatyana<sup>r</sup>uk@mail.ru  
azr\_panda@mail.ru  
andr-al@list.ru

**Аннотация.** В статье изложен опыт пациентов с абсцессами печени, пролеченных на базе МАУ «Городская клиническая больница №40» за 7-летний период. Проанализированы результаты исследований на бактериологический спектр из содержимого абсцессов печени и на чувствительность к антибактериальной терапии.

**Annotation.** The article describes the experience of treating patients with liver abscesses treated on the basis of MAI "City clinical hospital № 40" for a 7- year period. The results of bacteriological studies of the contents of liver abscesses and studies on sensitivity to antibiotics were also analyzed.

**Ключевые слова:** абсцесс печени, бактериологические исследования, чувствительность к антибиотикам.

**Key words:** liver abscess, bacteriological studies, sensitivity to antibiotics.

**Введение**

Абсцесс печени – гнойное воспаление ткани с образованием полости, отграниченной от окружающей ткани капсулой [1]. Летальность при абсцессах печени варьирует от 11 до 31% [1]. Заболеваемость абсцессами печени в странах Африки, Юго-Восточной Азии составляет 0,008-0,009%, в странах Европы и Северной Америки частота не превышает 0,002% [4]. Несмотря на

актуальность изученной проблемы, тактические подходы к лечению данной патологии остаются дискуссионными.

**Цель исследования** – изучить и проанализировать результаты диагностики и лечения абсцессов печени.

### **Материалы и методы исследования**

Мы провели ретроспективный анализ результатов диагностики и лечения 73 пациентов, пролеченных на базе МАУ ГKB №40 за семилетний период. По гендерному признаку распределение пациентов данной группы следующее: мужской пол – 33 (45,2%), женского пола – 40 (54,8%). Средний возраст пациентов составил  $64,7 \pm 8,0$  года.

По этиологическому фактору пациенты распределились следующим образом: холангиогенные у 34 (46,6%), криптогенные 20 (27,4%), гематогенные 13 (17,8%), портальные 6 (8,2%) (по классификации Meyers 2001 года). В зависимости от размеров у 8 (11%) пациентов был обнаружен абсцесс более 10 сантиметров, от 5 до 10 сантиметров у 41 (58%) пациента, от 3 до 5 сантиметров у 12 (17%) пациентов, до 3х сантиметров у 10 (14%) пациентов. Локализация абсцессов печени в левой доле печени у 18 (25%) пациентов, правой доле у 45 (62%) пациентов, билобарная локализация у 9 (12%) пациентов.

Для лечения абсцессов печени предпочтительным считали минимально инвазивные пункционно-дренирующие вмешательства. Проводили пункционное дренирование по методике В.Г. Ившина. Дополнительно всем пациентам проводилась антибактериальная терапия в соответствии с существующими стандартами медицинской помощи больным с данной патологией [2,3].

Консервативную терапию применяли пациентам с абсцессами печени до 3 сантиметров, в качестве антибактериальной терапии использовали Метрогил, Цефтриаксон, Ципрофлоксацин, Цефтазидим и Амикацин [2,3].

Открытые вмешательства выполняли при подозрении на онкологический характер заболевания, при наличии перитонита, при подозрении на многокамерный характер абсцесса или при неэффективности пункционно-дренирующих вмешательств.

50 пациентам было проведено бактериологическое исследование, в ходе которого изучался бактериологический спектр микроорганизмов, находящихся в полости абсцессов, и оценивалась чувствительность микроорганизмов к антибиотикам.

В качестве оценки результатов использовали клинический и технический успех. Под клиническим успехом подразумевали регресс воспалительного синдрома, прекращение дебета по дренажу, регрессия полости абсцесса. По техническому успеху – адекватное дренирование полости абсцесса.

Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи пакета Microsoft Office 2007 года.

### Результаты исследования и их обсуждение.

В соответствии с принятой клинической тактикой консервативная терапия была предпринята 10 пациентам (14%) с размером абсцесса менее трех сантиметров. Клинический успех у 8 пациентов. У 2 пациентов, в связи с неэффективностью, была предпринята пункция с аспирацией. Осложнений не отмечалось. Срок госпитализации составил от 18 до 20 дней.

Выполняли аспирационную пункцию 5 пациентам (7%) при размерах абсцесса от трех до пяти сантиметров. У одного пациента отмечались осложнения в виде кровотечения. С целью остановки кровотечения была предпринята диагностическая лапароскопия.

При размерах абсцесса печени более пяти сантиметров проводили чрескожное дренирование под контролем УЗИ 48 пациентам. У 39 (55%) пациентов проводилось однокатетерное дренирование. Двухкатетерное дренирование - 9 пациентам (13%). У 4 (10%) пациентов однокатетерное дренирование оказалось неэффективным, что потребовало установки второго дренажа.

8 (11%) пациентам было выполнено открытое дренирование в связи с наличием показаний, описанных выше. Помимо этого у 4 (6%) пациентов потребовалась конверсия доступа, в связи с неэффективностью пункционно-дренирующих вмешательств и дислокации дренажа в брюшной полости. Были выявлены осложнения у 2 пациентов в виде кровотечения, летальный исход, обусловленный тяжестью исходного состояния, у 5 пациентов.

При бактериологическом исследовании аспирата из полости абсцесса 50 пациентов микроорганизмы были выявлены у 38 пациентов (76%).

У 24 (63%) пациентов при бактериологическом исследовании была выявлена монокультура из полости абсцессов, у 14 (37%) пациентов было выявлено два и более микроорганизмов.

В подавляющем большинстве случаев при бактериологическом исследовании были выявлены *Klebsiella* – 21 (39%) возбудитель, *Escherichia coli* – 14 (26%), *Proteus vulgaris* – 5 (8.5%).

Таблица 1

Микроорганизмы, обнаруженные при бактериологическом исследовании

Возбудитель	Сумма	БЛРС+		БЛРС-	
<i>Klebsiella</i>	21	7	33%	14	67%
<i>Escherichia coli</i>	14	11	79%	3	21%

<i>Proteus vulgaris</i>	5	0	0%	5	100%
<i>Иные</i>	14	4	29%	10	71%
<b>ВСЕГО</b>	54	20	37%	34	63%

Как видно из таблицы (табл.1) 79% из всех выявленных БЛРС микроорганизмов составляет *Escherichia coli*.

При изучении чувствительности микроорганизмов к антибиотикам (табл.2) было выявлено, что *Klebsiella* в 24% случаев имеет резистентность к Цефтриаксону и Цефатаксиму. *Escherichia coli* в среднем в 79% случаев имела резистентность к антибиотикам ряда цефалоспоринов. А *Proteus vulgaris* в 60% случаев был резистентен к терапии Ципрофлоксацином.

Таблица 2

Антибиотикограмма

	<b>Escherichia coli</b>		<b>Proteus vulgaris</b>		<b>Klebsiella</b>	
<i>Цефтриаксон</i>	11	79%	1	20%	5	24%
<i>Ципрофлоксацин</i>	11	79%	3	60%	3	14%
<i>Цефепим</i>	8	57%	1	20%	3	14%
<i>Амикацин</i>	0	0%	1	20%	1	5%

Корреляции между этиологией, локализацией и размеров абсцессов печени с показателем БЛРС не было выявлено.

Базисная терапия в 86,3% случаев является неэффективной при лечении абсцессов печени.

**Выводы:**

1. В большинстве случаев микроорганизмами, выделенными из полости абсцессов, являются *Klebsiella* (29%), *Escherichia coli* (19%), *Proteus vulgaris* (7%).

2. БЛРС положительными являются 16% возбудителей.

3. Базисная терапия в 86,3% случаев является неэффективной при лечении абсцессов печени.

4. Холангиогенные абсцессы печени в 20% случаев вызваны *Klebsiella*, что облегчает подбор стартовой антибактериальной терапии.

5. Выявленные микроорганизмы в 40,7% случаев оказались чувствительны к цефалоспоринам, к Амикацину в 92,5% случаев.

**Список литературы:**

1. Волков А.Г., Заривчацкий М.Ф. Микробный пейзаж абдоминальных хирургических инфекций у больных многопрофильного стационара //Пермский медицинский журнал. – 2014 – №1 – С. 54

2. Министерство здравоохранения и социального развития РФ Приказ об утверждении стандарта медицинской помощи больным с доброкачественным новообразованием печени, внутripеченочных, внепеченочных желчных протоков - №313 – 2006.

3. Министерство здравоохранения РФ Стандарт специализированной медицинской помощи при злокачественных новообразованиях печени и внутripеченочных желчных протоков 1-3 стадии (хирургическое лечение) - №1167 – 2012.

4. Очаговые поражения печени: учебное пособие для студ. вузов. / Сысолятин А.А. – 2009 – С.41

УДК 61:001.89

**Хисматуллина Э.Р., Добрынин А.С., Шахов К.В., Солодов Ю.Ю.  
АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НА  
ВТОРОМ УРОВНЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.**

Кафедра факультетской хирургии  
Оренбургский государственный медицинский университет  
Оренбург, Российская Федерация

**Khismatullina E.R., Dobrynin A.S., Shakhov K.V. Solodov Y.Y.  
ANALYSIS OF TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE ON  
SECOND LEVEL OF MEDICAL CARE.**

Department of Faculty Surgery  
Orenburg State Medical University  
Orenburg, Russian Federation

Email: elviranot@mail.ru

**Аннотация.** В статье рассмотрены хирургические методы лечения желчнокаменной болезни на втором уровне оказания медицинской помощи.

**Annotation.** The article discusses surgical methods for the treatment of gallstone disease at the second level of medical care.

**Ключевые слова.** Желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, второй уровень, хирургическое лечение.

**Keywords.** Gallstone disease, cholecystectomy, second level, surgical treatment.

**Введение**