

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Самоблужива, курортной проф. А.И. Рыжков с курсом ПО
(наименование кафедры)

Рецензия Перлова Ольга Владимировна Т.М. профессор
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

на реферат ординатора 1 года обучения по специальности Хирургия
Яценев Сергей Владимирович
(ФИО ординатора)

Тема реферата Бактериального абсцесса печени

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	Оценка (по пятибалльной шкале)
1.	Структурированность	5
2.	Объем	5
3.	Актуальность	5
4.	Соответствие текста реферата его теме	5
5.	Владение терминологией	4
6.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	5
7.	Логичность доказательной базы	5
8.	Умение аргументировать основные положения и выводы	5
9.	Источники литературы (не старше 5 лет)	5
10.	Наличие общего вывода по теме	5
Итоговая оценка		5

Дата: 09 11 20 20 год

Подпись рецензента


(подпись)

Перлова О.В.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора


(подпись)

Яценев С.В.
(ФИО ординатора)

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

**Кафедра госпитальной хирургии имени профессора А.М. Дыхно с
курсом ПО**

тема: Бактериальные абсцессы печени.

Выполнил ординатор 1 года Рожнов Сергей Викторович

Проверила: ДМН, профессор Первова Ольга Владимировна

Красноярск, 2020

Оглавление

Введение	3
1 Абсцесс печени – понятие и сущность	5
2 Бактериальный абсцесс печени	8
2.1 Этиология и патогенез	8
2.2 Клиническая картина и диагностика	9
2.3 Лечение	12
2.4 Прогноз	13
Заключение	14
Список использованной литературы.....	16

Введение

Абсцесс печени – это солитарные, либо множественные гнойные полости, ограниченные фиброзной тканью.

Абсцессы печени развиваются либо как осложнения гнойных заболеваний органов брюшной полости, либо вследствие нагноения внутрипеченочных гематом после травм, либо как осложнения паразитарных поражений органа (амебиаз, аскаридоз, описторхоз и др.). Гнойно-деструктивное образование печени, то есть возникающее в результате гнойного воспаления тканей, их гибели и образования гнойной полости. В основном, абсцесс печени бывает вторичным (то есть развивается в результате другого заболевания).

Абсцесс печени – это ограниченная полость, расположенная в печени и заполненная гноем. Развивается вследствие других заболеваний либо первичного поражения. Проявляется болями в правом подреберье, повышением температуры, желтушностью кожи. Диагноз ставится путем сбора анамнеза, осмотра, проведения УЗИ печени, применения вспомогательных методов исследований. Лечение может быть консервативным (антибиотикотерапия) или хирургическим (вскрытие абсцесса). Прогноз заболевания при своевременном начале лечения благоприятный.

Абсцесс печени – это деструктивное заболевание, при котором в ткани печени формируется полость с гнойным содержимым. На сегодняшний день определено множество причин возникновения абсцессов в печени, но наиболее значимыми из них являются аппендицит, желчнокаменная болезнь и сепсис. Такие абсцессы достаточно сложны в диагностике, поэтому постоянно разрабатываются новейшие методики определения и лечения данного состояния. Применяются более современные методики лечения – все чаще при обнаружении гнойника в печени хирурги прибегают к его лапароскопическому или тонкоигольному дренированию, а расширенные лапаротомические операции постепенно уходят в прошлое. Абсцессы печени как тяжелое проявление гнойной инфекции по праву считаются одной из сложных проблем хирургии печени и желчных путей. Частота абсцессов печени варьирует от 0.006 до 0.022% [44, 51, 55, 60, 71, 80, 94, 139].

За последние 20 лет резко увеличилось количество малоинвазивных и открытых оперативных вмешательств на желчных протоках с оставлением стентов и транспеченочных дренажей, что увеличило количество холангиогенных абсцессов печени. Кроме того, резко увеличилось количество больных с острым панкреатитом, являющегося в настоящее время ведущей причиной пилефлебита и последующего развития абсцессов печени.

В современной литературе диагностика абсцессов печени не считается сложной задачей. Чувствительность УЗИ при диагностике этой болезни варьирует от 85 до 95%, АКТ от 90 до 97% [60, 86, 87, 98, 140]. Тем не менее,

приводятся данные по обнаружению абсцессов печени только на операции или на аутопсии, а сведений о причинах диагностических ошибок в литературе нет.

На сегодняшний день наиболее распространенными методами лечения абсцессов печени являются чрескожная пункция и дренирование. В некоторых исследованиях показана 96% эффективность при использовании только пункционного метода. В других публикациях предпочтение отдается чрескожному дренированию абсцессов. Кроме сторонников малоинвазивных чрескожных методов существуют также сторонники открытого дренирования абсцессов в основном при множественном поражении печени [94, 113]. Кроме того, есть данные авторов не многочисленных исследований, когда только антибактериальная терапия оказалось достаточной для ликвидации абсцессов печени, тогда как в большинстве работ этот метод характеризуется исключительно как вспомогательный метод лечения [44, 91, 148]. В литературе нет данных сравнительного анализа эффективности малоинвазивных методов лечения различных видов абсцессов печени и нет четких дифференцированных показаний к использованию того или иного метода.

Несмотря на прогресс в диагностике и лечении, летальность при абсцессах печени варьирует в пределах 11 - 31%. Причины летальности до сих пор остаются одной из актуальнейших тем обсуждения. До настоящего времени четко не определены факторы, влияющие на летальность при абсцессах печени.

1 Абсцесс печени – понятие и сущность

Абсцессом называют ограниченное скопление гноя. Патологический очаг заключен в капсулу. Абсцессы могут образоваться где угодно. В подавляющем большинстве случаев они имеют бактериальное происхождение. Но в печени также встречаются абсцессы паразитарные. Их вызывают амебы. Такие абсцессы встречаются в 5 раз реже бактериальных. Изредка диагностируют абсцессы печени, связанные с нагноением паразитарной эхинококковой или альвеококковой кисты.

Абсцесс — это полость, заполненная гноем, отграниченная от здоровых тканей фиброзной (соединительнотканной) оболочкой. Об абсцессе печени говорят, когда подобная полость образуется в печени. В цивилизованных странах, к которым относится и Россия, это довольно редкая патология — примерно 3,6 заболевших на 100 тысяч населения. Однако летальность при абсцессах печени достигает 30%¹. Чаще всего болеют люди 40–70 лет.

По распространенности абсцесс печени может быть одиночным и множественным.

По причинам возникновения различают:

- холангиогенным — инфекция проникает по желчным путям;
- гематогенным — инфекция распространяется с кровью;
- посттравматическим.

По возбудителю абсцессы делят на пиогенные (бактериальные) и паразитарные.

По расположению различают:

- субкапсулярные (поверхностные);
- субкапсулярно-паренхиматозные (относительно неглубокие);
- интрапаренхиматозные (глубокие).

Кроме того, абсцессы классифицируют по расположению в конкретной доле печени (правой, левой, обеих).

Абсцесс печени возникает, когда в ее ткани попадают микробы или паразиты (дизентерийная амеба, печеночный сосальщик). В 37–50% случаев возбудитель проникает в печень через желчные протоки, примерно в 30% — с током крови из других органов или на фоне септического процесса. До 15% абсцессов возникают после травм печени.

Холангиогенные абсцессы обычно возникают на фоне уже нарушенного оттока желчи, рубцовых изменений желчевыводящих путей, когда застоявшаяся желчь теряет свои антисептические свойства и становится благоприятной средой для микробов. Способствуют развитию абсцесса и злокачественные новообразования желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Гематогенные абсцессы чаще всего появляются как следствие пилефлебита — воспаления стенок воротной вены, которая собирает кровь от органов брюшной полости и переносит в печень. Причиной пилефлебита обычно становится хронический панкреатит, реже — болезнь Крона,

неспецифический язвенный колит, аппендицит, перитонит или сепсис. Но инфекция может попасть в печень и с артериальной кровью — это возможно при остеомиелите, фурункулезе, септическом эндокардите. Обычно подобное происходит, когда воспалительный процесс протекает долго и тяжело и на этом фоне снижается активность иммунной системы организма.

Паразитарные абсцессы относительно редки (не более 1%) для развитых стран: обычно ими страдают туристы, посетившие юго-восточную Азию или Африку и переболевшие дизентерией во время или после этой поездки. Дизентерийные амебы проникают сквозь стенки кишки в кровь и заносятся с ее током в печень через нижнюю полую вену. Амёбный абсцесс печени обычно развивается как осложнение острой дизентерии, но может появиться и через несколько месяцев после выздоровления как результат хронического носительства.

«Классической триадой» считаются повышенная температура тела выше 38, желтуха и умеренное увеличение печени. Конечно, сам больной обнаружить увеличение печени не может, это делает врач на приеме. Пациент же обычно жалуется на высокую температуру, озноб, слабость и боли в верхней правой части живота. Возможны тошнота и рвота. Также нередко жалобы на потерю аппетита, беспричинное снижение веса.

У пожилых больных абсцессы могут развиваться бессимптомно, проявляясь общей слабостью, нарушением аппетита и снижением веса.

Основной метод диагностики абсцесса печени — ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Оно позволяет оценить размеры и расположение абсцесса.

Более точные (но более дорогие) методы диагностики — это КТ или МРТ с контрастом.

Если по каким-то причинам воспользоваться современными методами диагностики невозможно, можно использовать рентгенографию грудной клетки и брюшной полости, на которой будут видны косвенные признаки увеличения печени (уменьшение объема правого легкого, смещение купола диафрагмы). Редко на рентгенограмме оказывается видна сама полость абсцесса с уровнем жидкости.

В клиническом анализе крови возможна анемия (эритроциты разрушаются из-за выраженной интоксикации), повышение уровня лейкоцитов и СОЭ.

В биохимическом анализе крови выявляется умеренное увеличение уровня билирубина, щелочной фосфатазы и сывороточных трансаминаз.

При исследовании свертывающей системы крови довольно часто выявляется удлинение протромбинового времени (это связано с тем, что все белки-факторы свертывания крови синтезируются именно в печени).

При посеве крови на стерильность, как правило, выявляются микроорганизмы.

Если данные лабораторных и инструментальных исследований неоднозначны, может быть рекомендована диагностическая лапароскопия. В брюшную полость вводят камеру и специальные инструменты, позволяющие

при необходимости удалить содержимое абсцесса (дренировать).

2 Бактериальный абсцесс печени

Бактериальный абсцесс печени – это хирургическое заболевание, при котором в печеночных тканях образуется ограниченная полость с экссудатом гнойного характера. Такие процессы в этом органе крайне сложно диагностировать при помощи привычных методов диагностики (осмотра больного, УЗИ, рентгенографии, анализов), но благодаря внедрению в медицину методик МРТ или МСКТ выявление таких гнойных капсул стало простым и быстрым.

Печеночные бактериальные абсцессы бывают единичными или множественными и могут располагаться в разных долях органа. А протекать это заболевание может остро, подостро или хронически. Кроме этого, врач, обследующий больного с такой патологией, должен помнить о том, что подобные образования могут иногда вызываться паразитарной флорой (например, амебами), и проводить дополнительные исследования для исключения ошибочного диагноза.

2.1 Этиология и патогенез

Проникновение микрофлоры в ткань печени осуществляется: по билиарному пути (по ходу желчных протоков) — при механической желтухе и холангите (30—40%); по венозному (по воротной вене) — при деструктивном аппендиците, холецистите (20%); по артериальному (по печеночной артерии) — при различных заболеваниях, сопровождающихся сепсисом и бактериемией; по контактному — при прорыве в ткань печени эмпиемы желчного пузыря, при пенетрирующей язве желудка, поддиафрагмальном абсцессе; при травме — при закрытых и открытых повреждениях печени. Кроме того, выделяют так называемые крип-тогенные абсцессы печени (20%), при которых причину возникновения определить не удается.

Абсцессы бывают одиночными и множественными. Они локализуются чаще в правой доле печени. Возбудителями могут быть все виды бактерий. Наиболее часто обнаруживают кишечную палочку, энтеробактер, клебсиеллу, стрептококки. Почти в 50% высевается неклостридиальная флора (бактероиды, пептострептококки).

Бактериальный абсцесс печени, как правило, не самостоятельная патология, а вторичный процесс, при котором возбудитель попадает в печень из очагов инфекции, расположенных в других частях гепатобилиарной системы или в удаленно расположенных органах.

Основными причинами формирования абсцесса в тканях становятся микроорганизмы и снижение общего иммунитета.

Возбудителями инфекционно-гнойного процесса в печени могут являться такие представители бактериальной флоры:

– гемолитический стрептококк;

- энтеробактерии: кишечная палочка, клебсиелла, протей, сальмонелла и др.;
- золотистый стафилококк;
- смешанная флора;
- различные анаэробные микроорганизмы.

Печеночные бактериальные абсцессы условно разделяют на первичные и вторичные. В первом случае установить причину воспаления невозможно, и абсцесс считается криптогенным. Именно поэтому ряд специалистов склоняется к мнению, что заболевание всегда является вторичным, т. е. осложняет течение различных недугов и инфекционный агент распространяется на ткани печени по следующим путям:

- билиарному (по желчевыводящим протокам) – при холангите, холецистите, желчнокаменной болезни, раковых новообразованиях желчевыводящих путей;
- артериальному (по системному кровотоку) – при транзиторной бактериемии или сепсисе;
- портальному (через систему воротной вены) – при перитоните, аппендиците, дивертикулите, панкреатите, осложненном течении геморроя, неспецифическом язвенном колите у пациентов со сниженным иммунитетом, септическом поражении воротной вены у младенцев, некоторых заболеваниях желудка, очагах распада опухолей или специфических гранулемах;
- контактно – при излитии гноя из прорвавшегося желчного пузыря, паранефротического абсцесса, язвы желудка или двенадцатиперстной кишки;
- посттравматическому – при прямых травмах органа;
- хирургическому – вследствие операций или манипуляций на печени (например, биопсия).

Специалисты отмечают, что бактериальный абсцесс печени чаще выявляется среди пациентов старше 40 лет.

2.2 Клиническая картина и диагностика

При появлении бактериального абсцесса в печени у больного обычно возникает такой первый признак этого образования, как усиление уже существующих или появление новых болей в правом подреберье. Возникающие ощущения при поддиафрагмальной локализации гнойного образования или его прорыве могут отдавать в правую лопатку или плечо и сопровождаться кашлем. Больной обычно предъявляет жалобы на усиление болей при попытках лечь на левый бок. Кроме этого, наряду с болевым синдромом у пациента, особенно при множественных абсцессах, повышается температура тела до субфебрильных или лихорадочных значений.

Болезненные ощущения могут быть выражены в разной степени – от незначительных до сильных. Такая вариабельность может зависеть от:

- места расположения абсцесса;

- его размеров;
- индивидуальных особенностей организма больного.

Пациенты характеризуют боли как тупые, ноющие и постоянные. При попытках врача прощупать печень болевые ощущения усиливаются, а значительное их усиление отмечается при надавливании на проекцию абсцесса.

Кроме болевого синдрома и лихорадки у больного могут возникать различные признаки расстройства пищеварения:

- тошнота;
- ухудшение аппетита;
- вздутие живота;
- диарея.

При повышении температуры выше 38 °С больной ощущает озноб, его ноги становятся холодными и на них появляется «гусиная кожа». Признаки интоксикации становятся более выраженными и проявляются в виде проливного пота и ускорения пульса.

В некоторых случаях единственной жалобой больного с бактериальным абсцессом печени становится утрата веса. Такая малосимптомность приводит к затруднениям при диагностике.

На более поздних сроках развития абсцесса (т. е. при его хроническом течении) у пациента появляется желтушность кожных покровов и слизистых оболочек. Если локализация гнойного образования приводит к пережиманию кровеносных сосудов, то объем живота больного увеличивается и развивается асцит.

На ранних стадиях болезни клинические проявления весьма скудны. Основными симптомами являются интермиттирующая лихорадка с амплитудой колебаний температуры до 3°C и проливными потами; постоянные тупые боли в правом подреберье, иногда усиливающиеся при движении, дыхании; снижение аппетита; общая слабость; при длительном течении — похудание. Кроме того, выявляют симптомы основного заболевания, явившегося причиной развития абсцесса. При крупных и множественных гнойниках часто отмечают гепатомегалию.

Диагностика абсцессов печени, особенно единичных, некрупных, представляет существенные трудности. Постановке правильного диагноза помогают анамнез (наличие у больного в прошлом какого-либо септического заболевания — остеомиелита, фурункулеза, эндокардита или воспалительных заболеваний органов брюшной полости), а также данные объективного обследования с учетом общих и местных проявлений болезни.

При физикальном исследовании можно определить зону максимальной перкуторной или пальпаторной болезненности, соответствующей проекции абсцесса. В клиническом анализе крови выявляют лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемию. При обзорном рентгенологическом исследовании определяют высокое стояние и ограничение подвижности правого купола диафрагмы, выпот (сочувственный) в правой плевральной полости при локализации гнойников на диафрагмальной поверхности. В проекции абсцесса

печени иногда выявляют уровень жидкости с газом над ним, что является прямым признаком абсцесса.

Наиболее информативные способы исследования — ультразвуковое исследование и компьютерная томография.

При ультразвуковом исследовании абсцесс печени выглядит как гипоехогенное образование с ровными контурами. На компьютерной томограмме обычно выявляют очаги низкой рентгеновской плотности — около 20— 25 ед. Н. Эти способы позволяют наиболее точно определить локализацию и размеры абсцесса и других патологических образований в печени. Под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии производят пункцию абсцесса для уточнения диагноза и определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Прочие инструментальные способы исследования (радиоизотопное исследование, целиакография) менее информативны и поэтому применяются редко.

Один из наиболее информативных методов диагностики абсцесса печени — компьютерная томография.

Заставить врача задуматься о возможном развитии бактериального абсцесса печени могут такие извлеченные из анамнеза заболевания факторы:

- присутствие в организме больного хронических инфекционных очагов;
- выявление в анамнезе жизни и болезни опухолей, инфекционных заболеваний, травм или хирургических операций.

Специалист уделяет пристальное внимание изучению момента появления первых жалоб и характерным изменениям в анализах крови:

- высокий нейтрофильный лейкоцитоз;
- повышение СОЭ;
- изменения в лейкоформуле (сдвиг влево);
- понижение уровня гемоглобина;
- снижение количества эритроцитов;
- повышение показателей ЩФ и билирубина, АЛТ, АСТ;
- выявление возбудителя бактериального воспаления при посеве крови (определяется почти у 30-50 % пациентов).

Для уточнения диагноза и определения места локализации и количества абсцессов пациенту назначаются следующие инструментальные диагностические методы:

- рентгенография – выявляются просветления (одно или несколько) с уровнем жидкости, ограничение подвижности диафрагмы и/или признаки излития экссудата в плевральную полость;
- УЗИ гепатобилиарной системы – возможно определение полостей с гнойным содержимым (жидкостью и сгустками) и их размеров;
- тонкоигольная биопсия печени (под контролем УЗИ) с последующим анализом тканей биоптата-выпота;
- МРТ или МСКТ (часто может дополняться контрастированием) – выявляется топография, размеры абсцессов и характер поражения окружающих тканей и органов;

– радиоизотопное сканирование.

Наиболее информативными методами диагностики абсцесса печени является МРТ (магнитно-резонансная) или МСКТ (мультиспиральная компьютерная) томография печени. При сомнительных данных они могут дополняться радиоизотопным сканированием. В особо сложных клинических случаях пациенту назначается выполнение диагностической лапароскопии. При выявлении в ходе исследования гнойных абсцессов врач одновременно может принимать решение о проведении операции по их дренированию.

После выполнения биопсии или забора материала во время операции осуществляется обязательный бактериологический посев гнойного содержимого на чувствительность выявленной микрофлоры к антибактериальным препаратам.

2.3 Лечение

Тактика лечения печеночных бактериальных абсцессов определяется различными факторами:

- количество образований;
- место их расположения;
- общее состояние здоровья пациента.

Всем больным показана госпитализация в гастроэнтерологию или отделение абдоминальной хирургии.

При выявлении одного маленького или нескольких небольших абсцессов врач назначает консервативную терапию, заключающуюся в приеме антибиотиков. Если анализ экссудата не позволил выявить возбудителя нагноения и его чувствительность к препаратам, то пациенту рекомендуется прием:

- циклоспоринов третьего поколения;
- аминогликозидов;
- макролидов.

При возможности консервативная терапия дополняется введением дренажной системы. Эта манипуляция выполняется под местным или общим обезболиванием и в дальнейшем дренажи могут применяться для введения растворов антисептических средств и антибиотиков.

Если бактериальный абсцесс не может излечиваться консервативно, то пациенту проводится хирургическая операция, направленная на его дренирование.

При возможности выполняются малоинвазивные эндоскопические вмешательства, которые осуществляются под контролем компьютерного томографа или ультразвукового сканера.

При сложной локализации очага нагноения хирург вынужден принимать решение о необходимости проведения классической лапаротомической операции, подразумевающей вскрытие абсцесса.

Если абсцесс возник из-за холангиогенного распространения инфекции (т. е. через желчевыводящие пути), то выполняется их дренирование.

Диета и реабилитация.

Всем пациентам с абсцессом печени назначается соблюдение диеты №5, подразумевающей прием пищи 5-6 раз в день.

После завершения основного лечения гнойного образования больному рекомендуется восстановительная терапия и завершается лечение основного заболевания, которое стало причиной проникновения инфекции в ткани печени.

После выписки из стационара пациент получает рекомендации от своего лечащего доктора и должен наблюдаться у гастроэнтеролога и хирурга.

2.4 Прогноз

Если консервативное лечение оказывается неэффективным либо в печени больного локализуется не один, а несколько абсцессов, необходимо оперативное вмешательство.

Прогноз бактериального абсцесса печени может быть неблагоприятным из-за затруднительной диагностики этой патологии, которая способна длительное время «маскироваться» под основное вызывающее ее заболевание.

При своевременном выявлении одиночного гнойника и правильном лечении около 90 % пациентов выздоравливают, но при обнаружении множественных бактериальных абсцессов болезнь может приводить к летальному исходу.

Бактериальный абсцесс способен приводить к таким тяжелым последствиям:

- прорыв гнойной полости в брюшную, плевральную, перикардальную полость или рядом расположенные органы пищеварительной системы с развитием соответственных состояний (гнойный плеврит, перитонит, перикардит и др.);
- прорывные кровотечения из разорванных сосудов;
- формирование поддиафрагмального абсцесса;
- появление абсцессов в головном мозге, легких, почках и других органах и тканях;
- сепсис.

Осложнения наблюдаются у 30% больных. Наиболее частыми из них являются перфорация в свободную брюшную полость, в плевральную полость, реже — в просвет желудка или ободочной кишки.

Заключение

1. Нарушение проходимости желчных протоков в сочетании с инфекцией является основной причиной возникновения холангиогенных абсцессов печени. У 83% больных с желчными свищами возникновение абсцессов печени сочетается с нарушением проходимости желчных протоков.

2. Наличие первичного очага инфекции оказывает решающее влияние на клиническое течение, развитие осложнений, а также определение тактики лечения абсцессов печени. Персистирующий первичный очаг инфекции (холангит, деструктивный панкреатит, о.холецистит) с высокой вероятностью приводит к развитию осложнения (сепсис и септический шок). При отсутствии первичного очага инфекции (криптогенные и послеоперационные абсцессы печени) отмечается наиболее низкая вероятность возникновения генерализованной инфекции.

3. При холангиогенных абсцессах печени характерны полимикробная флора в абсцессе и положительные посевы крови. Высокая вероятность обнаружения полимикробной флоры (*Pseudomonas*; *Candida*) характерна для больных с желчными свищами, а бактериемия - для больных с милиарными абсцессами печени.

4. Небольшие размеры (до 2 см), изоэхогенная ультразвуковая структура, необычное расположение (в I сегменте), сходство с опухолями печени, а также субъективные факторы исследователя (недостаточная квалификация врача, переутомление и невнимательность) являются причинами диагностических ошибок при абсцессах печени. Более частое применение чрескожных пункций при абсцессах печени значительно снижает количество диагностических ошибок.

5. Чрескожные методы лечения показывают высокую эффективность после устранения первичного очага инфекции (ликвидация холангита, о.холецистита, о.панкреатита, гнойного дивертикулита) и при отсутствии секвестров в полости абсцессов. Пункции наиболее эффективны при размерах абсцессов печени <80 мм, а дренирования <120 мм. Применение антибиотикотерапии как самостоятельный метод лечения эффективно при холангиогенных абсцессах небольших размеров (10-35 мм) при условии адекватного восстановления проходимости желчных протоков. При абсцессах печени размерами >120 мм, наличии секвестров, а также при хронических абсцессах и деструкции целой доли печени показано применение открытых хирургических операций.

6. Независимыми факторами риска летальности являются: мшшарные абсцессы печени, септический шок, неадекватное дренирование желчных протоков, перфорация абсцесса печени и высокие показатели мочевины сыворотки крови.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. У больных с абсцессами печени для правильного выбора тактики

лечения необходимо установить причину абсцедирования.

2. При проведении дифференциального диагноза между опухолью и абсцесса печени, большое значение имеют данные анамнеза (перенесенная травма, эпизоды лихорадки), которые при неинформативности УЗИ, КТ и пункционной биопсии, совместно с определением а-фетопротеина, СА 199 и РЭА в крови, могут играть решающую роль.

3. Хронические абсцессы печени с прорастанием соединительной ткани сложно отличить от опухоли печени и его лечение не поддается малоинвазивным методам. Поэтому в этих случаях показана резекция сегмента печени с гистологическим исследованием препарата.

4. Неадекватное или неполное восстановление проходимости желчных протоков является причиной неудовлетворительных результатов лечение холангиогенных абсцессов печени, что следует иметь в виду при выборе тактики лечения.

5. В лечении абсцессов печени размером менее 120мм при отсутствии секвестров и при ликвидации причин абсцедирования, предпочтение следует отдавать малоинвазивным методом лечения.

6. Лечение холангиогенных абсцессов печени размером менее 35мм при полном восстановлении проходимости протоков можно начинать с применением антибактериальных препаратов без какого-либо хирургического воздействия на абсцесс.

Список использованной литературы

1. Агзамходжаев С.М., Яругский Е.Е. Современные принципы лечения абсцессов печени // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 1990. №8. С. 122-124.
2. Альперович Б.И. Хирургия печени. Изд-во Томск. 1983. С. 348-349.
3. Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. СПб: Скифия, 2003. Т.1. С. 293., Т.2. С. 524-529.
4. Бочоришвили В.Г., Бочоришвили Т.В. Печень и желчевыводящие пути у больных с различными формами сепсиса // актуальные вопросы диагностики и лечения заболеваний гепатобилиарной зоны: Материалы международной конф. СПб., 1996. С. 21-23.
5. Володина А.А., Ларин С.А. Случай успешного лечения множественных абсцессов печени // Материалы межобластной конференции. СПб. 1999. Т. 4. С. 494-495.
6. Гельфанд В.Р. Гологолодский В. А., Бурневич С.З. и др. Антибактериальная терапия абдоминальной хирургической инфекции. Москва: Зеркало М, 2000. С. 15-20; 71-72.
7. Киркин Б.В., Икрамов Р.З., Гаврилин А.В., Вишневский В.А. Стрекаловский В.П. Абсцесс печени манифестирующий болезнь Крона. Клинич. медицина. 1999. №10. С. 55-56.
8. Мирошников Б.И., Ананьев Н.В., Кондаков С.Б. лечение абсцессов печени // Анналы хирургической гепатологии. 1999. №2. С. 118.
9. Нестеренко Ю.А., Михайлузов С.В., Моисеев Е.В. Неинвазивные методы лечения абсцессов печени // Материалы третий конф. хирургов-гепатологов, СПб. 1995. С. 257-258.
10. Пархисенко Ю.А., Глухов А.А., Новомлинский В.В., Мошуров И.П. Новые направления в лечении при абсцессах печени // Веста. Хирургии им. ИИ Грекова 2000. С. 35-55.
11. Путкардзе С.Я., Беридзе А.Л., Цецхеладзе Д.Ш., Цецхеладзе Г.Г. Некоторые аспекты диагностики и лечения абсцессов печени // Мед. Новости Грузии. 2001. №6. С.24-27.
12. Сийко Ю.М., Гулуа Ф.И., Сергин А.Е. и др. Извлечение множественных абсцессов правой доли печени // Веста. Хирургии им. ИИ Грекова 1999. С158.
13. Соколов В.И, Астрожников Ю.В., Еремина Г.В., Гуреева Х.Ф. Анаэробные бактериальные абсцессы печени // Клиническая хирургия. 1983. №9. С. 51-55.
14. Хахалин О.Е., Иванников Н.Ф., Шевелев В.В. и др. Комплексная интенсивная терапия бактериальных апостематозов печени // Вести, интенсивн. терапии. 2000. №5. С. 164-166.
15. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Кшв: Здоровье, 1993. С. 512-513.
16. Ю.Брискин Б.С., Карпов И.Б., Кожемякин С.А. Множественные мелкие абсцессы печени // Клиническая медицина. 1988. № 9. С. 91-94.

