

мероприятий под контролем эндоскопа способствует уменьшению количества экстренных операций и снижению риска оперативного вмешательства у этой тяжелой категории больных.

ВЫВОДЫ

1. У больных острым холециститом старше 70 лет должна применяться активная диагностическо-лечебная тактика с использованием специальных (эндоскопических) методов обследования.

2. Проведение лечебных манипуляций под контролем эндоскопа у больных острым холециститом старше 70 лет позволяет снизить летальность с 33,3 до 12,7%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов В. М. В кн.: Проблемы хирургии желчных путей. М., 1982.—2. Виноградов В. В., Зима П. И. Там же.—3. Кульчинский П. Е., Шулькин С. Л., Степанов М. Н. и др. В кн.: Хирургическое лечение печени и желчевыводящих путей. Киев, 1974.—4. Лупальцев В. И., Лях А. В. Хирургия, 1985, 8, 71.—5. Милостанов Н. Н., Гетвантер Р. А., Чижик О. П. и др. В кн.: Хирургическое лечение печени и желчевыводящих путей. Киев, 1974.—6. Мышкин К. И., Кон Л. М. В кн.: Всесоюзное научное медицинское общество хирургов. Кишинев, 1976.

Поступила 13.01.86.

УДК 616.36—002.3—089.8

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ БАКТЕРИАЛЬНЫХ АБСЦЕССАХ ПЕЧЕНИ

В. А. Кузнецов

Кафедра хирургии (зав.— проф. В. А. Кузнецов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Несмотря на многолетний поиск хирургов всех стран мира, проблема лечения нагноительных процессов печени еще далека от разрешения. Летальность стабилизировалась на высоком уровне и даже в специализированных лечебных учреждениях колеблется от 12 до 50% [3—5, 7]. Как ни велико стремление врача победить инфекцию бескровным способом, при сформировавшемся гнойнике в печени, за малым исключением (амебный абсцесс), единственно эффективными остаются дренирование очага, назначение антибиотиков направленного действия и терапия, стимулирующая защитные силы организма.

За последние 15 лет под наблюдением было 92 больных с бактериальными абсцессами печени (мужчин—29, женщин—63, возраст—от 7 до 87 лет). За истекшее пятилетие среди заболевших число пациентов старше 60 лет возросло более чем в два раза и по сравнению с предыдущим пятилетием в три раза увеличилось число осложненных форм заболевания. У 31 больного выявлены следующие осложнения абсцессов: прорыв гноя в поддиафрагмальное пространство (10), под печень (9), в перикард (2), в свободную брюшную полость (4), в полые органы живота (2), гнойная деструкция правого легкого (2), тромбоз воротной вены или ее притоков (2). У 26 из них была констатирована клиническая картина сепсиса с различной степенью гепаторенальной или гепатоцеребральной недостаточности. Характерно, что независимо от возраста осложнения возникали у лиц, длительно получавших в прошлом глюкокортикоиды и антибиотики в связи с исходным или сопутствующим заболеваниями, а в настоящем — 2—4-недельные курсы пробного лечения теми же препаратами. Ретроспективный анализ показал, что на современном этапе развития клинической хирургии диагностика *ex juvantibus* должна быть осуждена, так как пробное лечение антибиотиками и другими препаратами приводит к смазыванию клинических проявлений абсцессов печени, затягиванию сроков хирургической санации патологического очага и летальному исходу.

При формулировке диагноза вполне очевидна необходимость уточнения основного заболевания, являющегося исходным фоном, который сам по себе нередко определяет тактику хирурга и судьбу заболевшего. В этиологической структуре бактериальных

абсцессов 43,5% составил перитонит (табл.). Проанализировав опыт лечения 1600 больных с различными клиническими формами воспаления брюшины, мы нашли, что основными предпосылками к возникновению абсцессов печени являются: 1) запоздалые госпитализация и операция; 2) неполноценная санация гнойного очага в брюшной полости при остром разлитом гнойном перитоните, когда хирург пользовался любым другим экономным доступом, а не широкой срединной лапаротомией; 3) применение абдоминального лаважа, а не сухого туалета при диффузном перитоните, когда верхний этаж брюшной полости еще не был вовлечен в воспаление; 4) неуправляемый и неконтролируемый пассивный брюшной диализ при остром разлитом гнойном перитоните.

Среди причин перитонита, завершающегося формированием абсцессов печени, первое место занимает острый деструктивный холецистит (27), а не острый аппендицит (7), как считалось ранее [11]. Что это? Результат контактного, холангиогенного или портального пути распространения инфекции? При оценке исходов 820 операций по поводу острого холецистита наше внимание привлек тот факт, что во всех упомянутых 27 случаях заболевания, осложненного абсцессами печени, дренирование поля операционного действия в силу существовавших тогда традиций осуществлялось марлевыми салфетками с мазью Вишневского, не обеспечивавшими достаточного дренирующего эффекта. Вместе с тем дренирование подпеченочного пространства перфорированными полиэтиленовыми трубками с активной аспирацией или даже без нее не сопровождалось подобными осложнениями. Поэтому есть основания полагать, что выбор оптимального способа дренирования, завершающего холецистэктомию при деструктивном холецистите, имеет непосредственное отношение к профилактике абсцессов печени.

Не только в экстренной, но и в плановой хирургии с каждым годом все чаще встречаются абсцессы холангиогенного происхождения. В структуре заболеваний на нашем материале они составили 30%. Больные с такими абсцессами доставлялись из других хирургических стационаров через 3—4 нед после операций на гепатобилиарной системе, при которых не распознавалась или не устранялась желчная гипертензия (табл.). Как правило, абсцессы являлись следствием затяжной механической желтухи или безжелтушной формы желчной гипертензии. Независимо от харак-

Общие сведения о больных с бактериальными абсцессами печени

Основное заболевание	п	Абсцесс распознан		Оперировано	Умерло	
		клинически	на аутопсии			
Перитонит (43,5%)	Острый деструктивный аппендицит	7	5	2	5	2
	Перфорация гастродуоденальных язв	3	3	—	3	—
	Острый деструктивный холецистит	27	27	—	27	2
	Перфорация преднизолоновых язв кишечника, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит	3	2	1	2	1
Желчная гипертензия (31,5%)	Холедохолитиаз, стеноз БДС, опухоль БДС или поджелудочной железы	17	14	3	11	4
	Холангит, цирроз печени	12	10	2	10	3
Урологические обструкции	2	2	—	2	—	
Травмы печени	2	2	—	2	—	
Фурункулез, остеомиелит, ангина, сепсис	16	10	6	9	10	
Этиология не выяснена	3	3	—	3	—	
ВСЕГО	92 100%	78 84,8%	14 15,2%	74 80,4%	22 23,9%	

тера обструкции магистральных желчных протоков (опухоль, камень и др.) особенностями таких абсцессов были множественность поражения в виде мини-абсцессов и тяжесть клинического течения. С позиции профилактики абсцессов печени и других клинических вариантов постхолестеатомического синдрома назрела настоятельная необходимость все плановые операции на печени и желчных путях проводить только в специализированных хирургических стационарах.

Сравнительно небольшую, но особо тяжелую группу составляли большие с абсцессами артерио-метастатического происхождения при ангине, фурункулезе, остеомиелите или подтвержденном сепсисе. У 14 из 16 таких пациентов клинические симптомы абсцесса печени длительно расценивались как проявления недавно перенесенного гриппа или острого респираторного заболевания. Несмотря на все возрастающий арсенал диагностических методов, у 17,4% больных абсцессы были распознаны лишь на аутопсии, а у 15% диагностика оказалась запоздалой из-за длительного пребывания в терапевтическом или инфекционном стационарах. Полагаем, что тяжелые сопутствующие заболевания (диабет, легочно-сердечная недостаточность и др.) должны не сдерживать, а побуждать хирурга к активному поиску гнояника и его экстренной хирургической санации. При неясном диагнозе лапароскопия, парието- и портогепатография, как правило, не разрешали диагностических сомнений, да и сами процедуры переносились больными тяжело.

Неоценимую помощь оказывают сканирование печени радиоактивным золотом и эхографическое исследование [1, 3, 7], примененные нами с успехом у 6 больных. При отсутствии столь информативных неинвазивных методов исследования в хирургическом стационаре в диагностически затруднительных случаях нас выручала многоосевая пункция печени, которую производили только в дневное время при полной готовности операционного блока к немедленной операции. В сомнительных случаях лучше сделать диагностическую лапаротомию, чем обречь больного на медленное угасание.

Оперативное вмешательство как компонент комплексного лечения выполнено 74 (80,4%) больным. Выбор хирургической тактики проводился дифференцированно, поскольку не существует хорошего или плохого способа операции—для каждого из них имеются свои показания.

При осложнении гнояника прорывом в поддиафрагмальное или в подпеченочное пространство производилось широкое дренирование по А. В. Вишневскому. Лучшим доступом под диафрагму является экстрасерозный с резекцией VIII, IX и X ребер в зависимости от расположения абсцесса, уровня стояния диафрагмы и степени гепатомегалии. Если печеночно-поддиафрагмальным абсцессом сопутствовал гнойный плеврит или перикардит, то открытое дренирование по Мельникову-Вишневскому сочетали с раздельным закрытым дренированием плевральной и перикардиальной полостей. Одномоментное дренирование гнойных полостей через правый плевральный доступ переносится тяжело, так как сопровождается выраженной дыхательной недостаточностью.

При неосложненных бактериальных абсцессах поверхностной локализации предпочтение отдавалось методу полужакрытого дренирования. Лишь у 6 больных с хроническим течением заболевания, когда имелась мощная капсула, была сделана первичная резекция VI—VII сегментов печени, несущих абсцесс. Именно у этих больных наблюдалось гладкое послеоперационное течение и максимально короткие сроки периода реабилитации.

Холангиогенные абсцессы чаще бывают множественными и требуют наружного дренирования желчных путей. В таких случаях производилась лапаротомия в правом подреберье. С помощью осмотра, пальпации и диагностической пункции она позволяла выявлять дополнительные гнойные очаги и одновременно делать холедохостомию. Мы убедились, что холедохостомию даже при свободной проходимости пузырного протока не обеспечивает полноценной декомпрессии и санации желчных путей. Однако для дренирования полости абсцесса лапаротомный доступ малоудобен. Его использовали только при прорыве гноя в подпеченочное пространство. Во всех других случаях дренажи выводились через отдельный разрез, наиболее приближенный к абсцессу.

Иная тактика применялась по отношению к гнояникам, расположенным глубоко в паренхиме печени. Абсцессотомия здесь опасна из-за угрозы кровотечения, желчеистечения и гемобилии. Поэтому нами был разработан и внедрен в клиническую практику способ полужакрытого дренирования, в основу которого положен принцип Сельдингера. В отверстие пункционной иглы вставляется зонд-проводник, и игла извлекается. К нижнему полюсу гнояника последовательно подводятся пластиковые

катетеры возрастающего размера до внутреннего диаметра 10—12 мм. Каждый последующий катетер короче предыдущего на 60 мм. Через отдельный прокол по тому же принципу у верхнего полюса абсцесса устанавливается второй катетер диаметром 3—4 мм (рис. 1). Он служит для сообщения патологической полости с атмосферой и подведения лечебных растворов. Оба катетера через прокол троакарком выводятся наружу, а участок между поверхностью печени и брюшной (грудной) стенкой окутывается салником на ножке. Основной разрез зашивается наглухо. Описанный технический прием выгодно отличается от других методов дренирования своей простотой, безопасностью, надежностью изоляции гнойного очага от окружающих тканей и хорошей сифонной функцией.

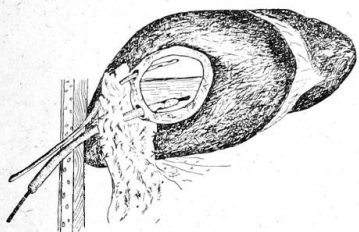


Рис. 1. Дренирование глубокого одиночного абсцесса печени. Описание в тексте.



Рис. 2 а, б. Дренирование множественных абсцессов печени. Описание в тексте.

Наш вариант полузакрытого метода дренирования предусматривает и медикаментозную санацию гнойного очага. До идентификации микробной флоры в полость абсцесса вводили антибиотики группы неомидина, которые, обладая широким спектром действия, не инактивируются экссудатом. С третьих суток после операции налаживали капельно-проточный диализ раствором иодиола в разведении 1:10. Ранний или форсированный диализ при струйном введении жидкости всегда вызывал гиперпиретическую реакцию и ухудшение общего состояния больного. В последнее время мы отказались от введения антибиотиков в полость абсцесса, так как фракционный диализ с использованием практически любого антисептика неизменно обеспечивал лечебный эффект.

Полузакрытый метод дренирования одновременно позволяет объективно судить о процессе ликвидации остаточной полости. Для этого в положении больного на левом боку после аспирации содержимого абсцесса производили проточный диализ. Объем патологического пространства соответствует количеству жидкости, расходуемой от начала диализа до появления струи в отводящем дренаже. Тот же способ полузакрытого дренирования использовали для активной ликвидации патологической полости с ригидными стенками. Полость пломбировали мазью Вишневского через приводящий катетер, и последний перекрывали. Отводящий катетер присоединяли к любому вакуумному устройству, создающему постоянное отрицательное давление в диапазоне от 196 до 392 Па.

При современных возможностях анестезиологии и интенсивной терапии хирургическую тактику оперирования больных с бактериальными абсцессами печени в 2 этапа надо признать несостоятельной. Она утяжеляет состояние больного и способствует прогрессированию гнойно-септического процесса. Мы прооперировали таким способом 3 больных с летальным исходом на втором этапе хирургического вмешательства.

Широко распространенное в медицинской литературе представление о неоперабельности больных со множественными метастатическими абсцессами печени при септицемии или «портальной пиемии», по нашему мнению, ошибочно. Правда, в подобных случаях трудно рассчитывать на полноценную хирургическую санацию, но дренирование основных очагов является одним из средств борьбы с инфекцией. Таких больных мы оперировали следующим способом. Через разрез в правом подреберье к глиссоновой капсуле и серповидной связке в виде фаргуга фиксировали основание большого салника по периметру нижнего края печени. Затем вскрывали все выявленные гнойные очаги, и полость их обрабатывали 1% раствором иодиола. На пе-

реднюю поверхность печени в виде веера укладывали сигарообразный дренаж, который выводили наружу кратчайшим путем, чаще через надкостницу X резецированного ребра. На дренаж и всю переднюю поверхность печени укладывали свободный край салника, который фиксировали тремя швами к диафрагмальной брюшине. При наличии гнояников и на нижней поверхности печени производили их дополнительную санацию. Операцию завершали послойным ушиванием брюшной стенки с подведением под печень латексного дренажа (рис. 2 а, б). Из 9 оперированных таким способом выжило 6 больных, в то время как у 7 пациентов интенсивная консервативная терапия без хирургической санации закончилась летальным исходом.

При распознанных до операции абсцессах левой доли печени, а также при гнойных очагах неясной локализации оправдана только срединная лапаротомия. Правила хирургической санации абсцессов двусторонней локализации остаются такими же, только дренажи выводят через левый боковой канал.

К введению протеолитических ферментов в полость бактериального абсцесса мы относимся сдержанно, так как после этой процедуры наблюдали профузное кровотечение, потребовавшее реоперации и тугой тампонады. К тому же следует учесть, что процесс отторжения некротической ткани в печени, в отличие от других органов, происходит быстро, а применение проточного, фракционного диализа и лечебного вакуумирования еще в большей степени ускоряет санацию патологической полости. К сожалению, использование для этих целей двухпросветных трубок [5], выпускаемых отечественной медицинской промышленностью, имеет большие ограничения из-за малого диаметра просветов.

Для ликвидации патологической полости Р. П. Аскерханов [2] рекомендует пластику ложа гнояника салником на пожке. Мы дважды, но безуспешно (отторжение и деструкция салника) воспользовались такой рекомендацией и склонны считать ее в условиях бактериального абсцесса недостаточно обоснованной.

Одной из главных причин неблагоприятных исходов при лечении нагноений печени является недостаточность кровообращения. Поэтому на всех этапах хирургического лечения нами проводилась интенсивная инфузионная терапия. Инфузионная среда состояла из препаратов дезинтоксикационного, гемореологического, гемодинамического и кардиотонического действия. Для обеспечения эффективного кровотока растворы вводили кратчайшим путем в подключичную вену под контролем артериального и центрального венозного давления.

Как и другие авторы [6, 8, 10], при множественных абсцессах печени, явлениях холангита и септикоемии одновременно назначали 2—3 вида совместимых антибиотиков по возможности направленного действия. Их вводили и внутривенно через реканализированную пупочную вену. При абсцессах тромбфлебитического происхождения в состав инфузионной среды, вводимой в пупочную вену, добавляли гепарин.

Особого внимания заслуживали больные с тяжелым клиническим течением, у которых содержимое абсцесса было стерильным, что не исключало, однако, наличия бактериальной инфекции [9, 10, 12]. В подобных случаях лечебный комплекс дополняли назначением метронидазола. У двух наших больных лечебный эффект отчетливо проявился только после внутривенного введения 0,1% раствора солафура.

Применение изложенной лечебной программы позволило за последние 5 лет снизить общую летальность при абсцессах печени с 40,6 до 23,9%, а послеоперационную — с 31 до 10,8%. Уже тот факт, что общая летальность оказалась значительно выше послеоперационной, подтверждает примат хирургического метода в комплексном лечении заболевания.

ВЫВОДЫ

1. При лечении абсцессов печени не должно быть универсального хирургического метода. Залогом успеха являются ранняя диагностика, своевременное полноценное дренирование гнойного очага на фоне интенсивной, направленной антибактериальной и инфузионной терапии.
2. Если позволяют условия стационара, опыт хирурга, состояние больного, характер и локализация патологического процесса, предпочтение следует отдавать радикальным операциям.
3. При глубокой локализации одиночного гнояника в печени предлагается вариант полужакрытого дренирования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев В. М. Вестн. хир., 1985, 6, 37.— 2. Аскерханов Р. П. Хирургия, 1984, 7, 67.— 3. Бабенко В. Ф., Орлов С. Д., Пландовский В. А. Там же, 1984, 7, 72.— 4. Вицын Б. А., Блажитко Е. М. Там же, 1982, 1, 66.— 5. Каншин Н. Н., Максимов Ю. М., Быстрицкий А. Л. Там же, 1985, 10, 84.— 6. Лохвицкий С. В. Клин. мед., 1978, 3, 113.— 7. Милонов О. В., Бабеев О. Г. В кн.: Хирургическая гепатология. М., Медицина, 1972.— 8. Соколов В. И., Астрожников Ю. В., Еремина Г. В., Гуреева Х. В. Клин. хир., 1983, 9, 51.— 9. Эолян Р. О. Абсцессы печени и их лечение. М., Медгиз, 1949.— 10. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия. София, 1974.— 11. Фэгэршану И. Хирургия печени и внутрипеченочных желчных путей. Бухарест, 1976.— 12. Pitt H. A., Zuidema G. C. Surg., Gynec., Obstet., 1975, 140, 228.

Поступила 24.12.85.

УДК 616.935—02:576.8.097.32:576.851.48

ЗНАЧЕНИЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К АЛЛЕРГЕНУ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ В КЛИНИКЕ ДИЗЕНТЕРИИ

Л. И. Бадриева

Кафедра инфекционных болезней (зав.— проф. Д. К. Баширова) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина, 1-я инфекционная больница имени А. Ф. Агафонова (главврач — З. С. Тавлинова) г. Казани

Вопрос о роли аллергии в патогенезе дизентерии до настоящего времени продолжает оставаться актуальным [2].

Целью данной работы было изучение особенностей клинического течения дизентерии у больных со специфической и неспецифической бактериальной сенсibilизацией. Под наблюдением было 103 больных в возрасте от 17 до 64 лет: 76 больных дизентерией, 27 — гриппом. Для контроля обследованы 15 здоровых лиц. Для выявления бактериальной сенсibilизации при дизентерии применяли показатель повреждения нейтрофилов (ППН) со стандартным дизентерином (Ленинградский НИИ вакцин и сывороток) и аллергенами для теста ППН кишечной палочки, гемолитического стафилококка, протей мирабилис (Казанский НИИЭМ). Тест ППН определяли на 1—3 и 8—10-й дни болезни. Тяжелая форма дизентерии была у 12,6% больных, среднетяжелая — у 69,6%, легкая — у 17,8%. 57,6% больных были сопутствующие

Таблица 1

Больные, реагирующие положительно на аллергены в тесте ППН на 1 и 2-й неделе заболевания, %

Аллергены	Группы обследованных		
	больные дизентерией (n=76)	больные гриппом (n=27)	здоровые (n=15)
Дизентерин	31,5±5,4	14,8±7,1	6,7±6,7
	50,0±5,6	3,7±3,7	
Кишечная палочка	23,7±4,9	—	13,3±8,8
	48,7±5,8	7,4±5,1	
Стафилококк	19,7±4,6	14,8±7,0	6,7±6,7
	34,2±5,5	—	
Протей	11,8±3,7	18,5±7,6	—
	25,0±5,0	3,7±3,7	

Примечание. В числителе — число больных на 1-й неделе заболевания, в знаменателе — на 2-й неделе. То же в табл. 2.