

Послеоперационных летальных исходов отмечено не было. Из послеоперационных осложнений стоит отметить, что у 4 пациентов наблюдалась пневмония, что составило 13,33%. Также 7 пациентов (23,3%) на момент выписки имел место апикальный пневмоторакс, не требующий дренирования плевральной полости, который в последующем не определялся по данным рентгенологического исследования при контрольном осмотре через 3 месяца после операции. Однако 1 человеку (2,56%) в связи с нарастающим пневмотораксом и подкожной эмфиземой потребовалось редренирование плевральной полости.

Следует отметить, что у 1 пациента (3,3% от всех проанализированных случаев) через 300 дней после оперативного вмешательства было диагностировано прогрессирование опухолевого процесса в виде метастазирования в левый нижний паратрахеальный лимфатический узел. В настоящий момент все пациенты живы.

Выводы. Использование видеоассистированной торакоscопии для проведения лобэктомии является инновационным методом, который значительно улучшает качество лечения пациентов. Выполнение VATS лобэктомии позволяет снизить риск осложнений и ускоряет восстановление пациентов, что способствует снижению затрат на лечение. Это делает VATS экономически эффективным решением как для медицинских учреждений, так и для пациентов.

Список литературы

1. Первый опыт эндоскопической лобэктомии в Волгоградской области / Р. А. Хвастунов, А. И. Иванов, А. Ю. Шерешков, С. Е. Толстопятов // Волгоградский науч.-мед. журн. – 2013. – № 2 (38). – С. 58-61.
2. Обухова, Т. Л. Видеоторакоscопические анатомические резекции легкого в торакальной онкологии / Т. Л. Обухова, Д. Д. Сехниаидзе, А. В. Лысцов // Тюменский мед. журн. – 2014. – Т. 16, № 4. – С. 43-44.

АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ: ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

Смотрин С.М.¹, Колоцей В.Н.¹, Страпко В.П.¹, Гузень В.В.²

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно
Республика Беларусь, г. Гродно

Актуальность. Абсцессы печени (АП) различного генеза считаются одной из сложных проблем гепатобилиарной хирургии. Ежегодно среди больных с хирургической патологией гепатобилиарной зоны госпитализируется от 0,5% до 2-3% пациентов с абсцессами печени (АП). Среди причин возникновения АП выделяют: холангиогенные, гематогенные, пост-

травматические, послеоперационные [1]. Следует отметить, что выбор оптимального метода хирургического лечения АП остается актуальным до сих пор. Это обусловлено целым рядом факторов: особенностями локализации гнойного процесса, его размером, количеством очагов деструкции, наличием тканевых секвестров в полости АП, а также техническими возможностями лечебного учреждения, в котором осуществляется оказание помощи. Сложность трактовки результатов различных методов диагностики очаговых поражений печени может стать причиной поздней диагностики, несвоевременного начала лечения и возможных осложнений. В зависимости от этиологии и морфологической структуры АП летальность может варьировать от 5% до 30%. При множественных АП показатели летальности значительно выше и достигают 50-80% [1, 2]. Очевидно, что успешное лечение АП зависит от комплексного подхода, который включает в себя: раннее выявление патологического очага, эффективную санацию гнойной полости, элиминацию основного этиологического фактора, вызвавшего заболевание, а также адекватное медикаментозное сопровождение, направленное на поддержание основных систем жизнедеятельности.

Целью исследования является ретроспективная оценка подходов к лечению абсцессов печени с учетом совершенствования и внедрения в клиническую практику современных мини инвазивных методов лечения.

Методы исследования. В данное сообщение включены результаты обследования и лечения 26 пациентов с абсцессами печени, находившихся на лечении в хирургических отделениях клинических баз 2-й кафедры хирургических болезней с 2002 года по настоящее время. Мужчин было 16 (61,5%), женщин – 10 (38,5%) в возрасте от 48 до 82 лет. Сроки поступления от начала заболевания составили от 3 суток и до нескольких недель.

Диагностика АП проводилась на основе глубокого анализа результатов клинического обследования, лабораторных данных и биохимических показателей крови, а также УЗИ органов брюшной полости, КТ и МРТ органов брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Клинически у пациентов имели место воспалительный и интоксикационный синдромы, отмечалось повышение температуры тела до 38°C и выше. Боли в правом подреберье отмечены у 18 пациентов (69,2%). У 23 пациентов (88,5%) абсцессы располагались в правой доле печени и 3 пациентов (11,5%) имели место множественные абсцессы печени в обеих долях печени. Первоначальным методом выбора в диагностике АП является УЗИ брюшной полости. По нашим данным чувствительность УЗИ при АП достигает 90%. Наиболее информативным методом оказалось КТ брюшной полости с контрастированием, которая позволяет более точно установить локализацию и величину образования, его топографию и отношение к другим структурным образованиям печени. Основными причинами возникновения АП явились: желчнокаменная болезнь и ее осложнения (65,5%), острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (26,9%) и по одному случаю язвенный колит (3,8%) и закрытая травма живота (3,8%).

Оперативному лечению были подвергнуты все пациенты. До внедрения

мини инвазивных методов 12 пациентам (46,2%) вскрытие и дренирование АП проведено лапаротомным доступом. В двух случаях у пациентов с калькулезным холециститом и холангиогенными абсцессами печени после вскрытия абсцессов наблюдалось подтекание желчи в полость абсцесса. В связи с этим холецистэктомия была дополнена дренированием холедоха по Вишневскому. У одной пациентки после холецистэктомии сформировался ишемический абсцесс правой доли печени с внутриполостным секвестром до 300 см³, который был удален вместе с гнойным содержимым. При множественных абсцессах у одного пациента после их вскрытия проводили антибактериальную терапию мега дозами пенициллина через пупочную вену. Пациентка выздоровела. В последние годы 11 (31,3%) пациентам с абсцессами диаметром до 6 см применены пункционно-дренажные методы лечения. Под УЗИ навигацией пунктировался АП, его полость промывали раствором антисептика и дренировали системой типа «pig tail». Еще 3 (18,7%) пациентам дренирование АП провели под визуальным контролем при лапароскопии. Данный способ лечения также позволил нам вскрыть и дренировать одиночные АП, которые локализовались в правой доле.

Основными возбудителями АП явились: *E.coli*, *St.aureus*, *Streptococcus*, *Kl. Pneumonia*. Антибактериальная терапия после верификации возбудителя проводилась с учетом его антибиотик чувствительности.

Умерли 4 пациента (15,4%). Это были пациенты пожилого возраста с множественными абсцессами печени. Смерть наступила в послеоперационном периоде в связи с развитием полиорганной недостаточности.

Выводы.

1. В настоящее время УЗИ в сочетании с КТ или МРТ являются основными методами диагностики абсцессов печени, а малоинвазивные являются малая травматичность, лучшая переносимость истощенными пациентами, отсутствие необходимости в наркозе. Применение малоинвазивных технологий уменьшает вероятность инфицирования брюшной полости, нагноения послеоперационных ран, возникновения послеоперационных грыж, что ведет к уменьшению сроков временной нетрудоспособности и значительному экономическому эффекту.

2. При больших АП, наличие тканевых секвестров в полости абсцесса альтернативы открытому оперативному вмешательству с широким вскрытием и дренированием абсцессов пока нет.

Список литературы

1. Ахаладзе, Г. Г. Ключевые вопросы хирургического лечения абсцессов печени / Г. Г. Ахаладзе // Анналы хир. гепатологии. – 2012. – Т. 17, № 1. – С. 53-58.
2. Амарантов, Д. Г. Абсцессы печени: современные подходы к диагностике и лечению / Д. Г. Амарантов, В. Н. Павлов, А. С. Барина // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2025. – № 1. – С. 93-99.