

РЕЗЕКЦИЯ ЛЕВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

В.Г. Стенько, д.м.н., проф., В.П. Страпко

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

ГКО «Скорая медицинская помощь» г. Гродно

Частота абсцессов печени у госпитализированных пациентов достигает 20%, при этом отмечается четкая тенденция к ее росту [1].

Чаще всего абсцессы печени развиваются в результате заноса возбудителей инфекции гематогенным, лимфогенным или холангиогенным путем. В правой доле печени абсцессы встречаются в 5 раз чаще, чем в левой. Они трудны для диагностики, лечения и сопровождаются высокой летальностью, которая при хирургическом лечении в последние 10 лет достигает 60% и более.

В связи с этим считаем необходимым привести следующее наблюдение из клинической практики.

Пациент У. 57 лет, и.б. 1296 поступил в хирургическое отделение БСМП г. Гродно 30.01.04г. с направляющим диагнозом: Острый холецистопанкреатит.

Жалобы на выраженные боли в правом подреберье, мезогастрии, которые иррадируют в правое плечо, тошноту, озноб, сухость во рту. Боли в животе появились несколько дней тому назад в

правом подреберье, повысилась температура до 38,5°C, появилась желтушность кожных покровов. Принимал спазмолитики, после чего боли незначительно уменьшились. Из перенесенных заболеваний: артериальная гипертензия, инсульт в 2000 году. Год тому назад у пациента был аналогичный приступ болей в правом подреберье, которые сопровождались желтухой, за медицинской помощью не обращался.

Общее состояние пациента средней степени тяжести. В сознании, адекватен, речевой контакт затруднен. Кожные покровы желтушны, склеры иктеричны. Пульс 90 ударов в 1 минуту, удовлетворительных качеств. Артериальное давление 105/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Положительные симптомы Мерфи, Мюсси, Ортенера. Кишечные шумы выслушиваются хорошо. Печень выступает из под края правой реберной дуги на 2 см.

Диагноз: «ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз? Механическая желтуха».

Общий анализ крови от 30.01.04г. Эр. – 4,3 x 10¹²/л; Нв – 142 г/л; лейкоциты – 10,5 x 10⁹/л с-50%; п – 15%; мон.- 6%; лимф. – 29%; СОЭ – 40мм/час;

Биохимический анализ: билирубин – 158,0 ммоль/л; прямой – 128,8ммоль/л; АЛТ – 73ед/л; АСТ – 40ед/л; амилаза – 24ед/л; глюкоза – 8,4 ммоль/л.

УЗИ органов брюшной полости: печень увеличена, выступает из-под края правой реберной дуги на 16мм. Желчный пузырь грушевидной формы, в просвете группа конкрементов с общей акустической тенью до 2см. Стенка пузыря утолщена до 4 мм, холедох четко не визуализируется. Желчные протоки не расширены. Заключение: «Признаки острого холецистита, ЖКБ. Диффузные изменения в печени и поджелудочной железе».

Утром во время обхода, учитывая клинику, данные анамнеза, лабораторных и инструментальных методов обследования, пациенту предложена операция по экстренным показаниям, от которой он и родственники категорически отказались. Пациенту назначено консервативное лечение: холод на правое подреберье, антибактериальная, инфузионная терапия, спазмолитики. Эффекта от проводимой терапии не наступило и 31.01.04 г. пациент оперирован. Под наркозом произведена верхнесрединная лапаротомия, в брюшной полости около 1 литра гноя с примесью желчи. Брюшная полость про-

мыта раствором фурациллина и осушена. При ревизии установлено, что в левой доле печени имеются множественные абсцессы различного диаметра, часть из которых свободно дренируется в брюшную полость. Желчный пузырь покрыт фибрином, гиперемирован, в спавшемся состоянии, стенка его утолщена. Выполнена холецистэктомия от шейки с отдельным лигированием пузырной артерии. Холедох не расширен. Из культы пузырного протока поступает светлая желчь. Дренажная трубка диаметром 5мм свободно проходит в 12 перстную кишку. Холедох дренирован по Пиковскому. Выполнена атипичная резекция левой доли печени вместе с абсцессами. Брюшная полость обильно промыта физиологическим раствором, осушена и дренирована. К ложу удаленной доли печени подведены 3 марлевых тампона, последние выведены в верхнем углу лапаротомной раны.

Макропрепарат: Удаленный желчный пузырь размерами 5x6 см в просвете его бесцветная жидкость, и 2 конкремента диаметром приблизительно 0,5 см.

Диагноз после операции: «Множественные абсцессы левой доли печени (не исключается распадающийся рак печени) с прорывом в свободную брюшную полость. Распространенный гнойный перитонит. Острый (вторичный?) калькулезный холецистит».

После операции состояние пациента оставалось тяжелым. Получал антибактериальную, трансфузионно-инфузионную, гепатопротекторную терапию. Пациенту неоднократно проводились сеансы гемосорбции, УФО крови. Состояние его постепенно стабилизировалось, рана очистилась и гранулировалась. Дренажи из брюшной полости удалены 5.02.04 г., тампоны - 7.02.04 г.

Гистологическое исследование желчного пузыря. Заключение: «Флегмонозный холецистит с абсцедированием. Гнойный перихолецистит». Гистологическое исследование резецированной доли печени. Заключение: «Гнойное воспаление ткани печени с формированием множественных абсцессов».

5.03.04г. в удовлетворительном состоянии пациент выписан домой. Осмотрен через два месяца. Состояние удовлетворительное, жалоб нет.

Литература

1. Стойко Ю. М., Гулуа Ф.И., Серегин А.Е., Шах Б.Н., Есютин И.Н. Излечение множественных абсцессов правой доли печени// Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1999. - 158. - № 6. - С.86.