УДК 616.36-002.3-089
DOI: 10.24061/1727-0847.18.2.2019.1

***В.О. Шапринський, В.М. Макаров, О.А. Камінський, В.Г. Сулейманова, В.Ф. Білощицький****

*Кафедра хірургії № 1 (зав. – проф. В.О. Шапринський) Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; *Вінницька обласна клінічна лікарня імені М.І. Пирогова*

# АБСЦЕСИ ПЕЧІНКИ: ДІАГНОСТИКА ТА ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

**Резюме.** Вивчені результати лікування 134 хворих з абсцесами печінки (АП). Пацієнти розподілені на групу порівняння – 64 особи (47,7%), проліковані традиційними методиками, та основну групу – 70 пацієнтів (52,3%), для лікування яких перевага надавалася мініінвазивним хірургічним втручанням. Холангіогенні абсцеси траплялися у 30,6%, криптогенні – у 25,4%, гематогенні – у 21,6%, контактні – у 11,2%, посттравматичні – у 9,0% і АП в результаті нагноєння метастазів пухлин – 2,2%. Поодинокі нагноєння в печінці виявлялися частіше – 87,3% випадків, численні – 12,7%. Насамперед, вражалися 3, 6 і 7 сегменти печінки – 12,9 %, 26,1 %, 32,0 % відповідно. У групі порівняння переважали операції дренування АП, виконані шляхом лапаротомії – 56 втручань (87,5% від 64 пацієнтів) проти 22 (31,4% від 70 пацієнтів) в основній групі. Черезшкірне дренування гнійників – 8 (12,5%) і 42 (60%) відповідно. Лапароскопічні операції проведені тільки в основній групі, і містили зовнішнє санаційне дренування АП у 3 випадках, фенестрацію – у 2, пункційно-аспіраційну санацію – в 1, що склало загалом 6 втручань або 8,6%. Отже, в основній групі мініінвазивні хірургічні підходи до дренування АП застосовані у більшої частини – 48 (68,6%) пацієнтів проти 8 (12,5%) досліджених у групі порівняння. Використання мініінвазивних хірургічних дренуючих методик АП дало змогу достовірно ($p<0,05$) знизити кількість післяопераційних ускладнень з 48,3% у контрольній до 13,5% в основній групі, скоротити тривалість перебування хворого в стаціонарі з 14,6±1,4 до 5,2±0,8 доби та знизити післяопераційну летальність з 7,8% до 2,8% відповідно.

**Ключові слова:** абсцес печінки, мініінвазивні хірургічні методики, черезшкірне дренування, лапароскопічне дренування.

Протягом останніх років у світі спостерігається значна тенденція до збільшення кількості хворих з абсцесами печінки (АП) [1]. Це пов'язано з інноваційними діагностичними можливостями в медицині [2, 3], а також з поступовим збільшенням випадків виявлення частоти жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень [4], зі змінами чутливості мікрофлори до антибактеріальних та антисептичних препаратів [5], з розширенням можливостей та підходів до лікування цього захворювання [6-9], що в кінцевому результаті можуть призводити до збільшення кількості випадків АП.

**Мета дослідження:** покращити результати лікування хворих з АП шляхом використання мініінвазивних методик та вдосконалення хірургічної тактики.

***Матеріал та методи.*** *Об'єктом дослідження були 134 хворих з абсцесами печінки (АП), що лікувались у хірургічному відділенні Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І.Пирогова з 2008 по 2019 роки.*

*Хворі з АП були розподілені на групу порівняння – 64 пацієнта (47,7 %), прооперовані з 2008 по 2013 роки, яким проводили стандартний комплекс обстеження та лікування, та групу вивчення, основну, яка була репрезентативна першій за статтю, віком, причинами та локалізацією АП, остання нараховувала 70 хворих (52,3 %), прооперованих з 2014 по 2019 роки. У цих пацієнтів застосовували розроблений діагностичний алгоритм та запропоновану програму лікування і використовували малоінвазивні хірургічні методики лікування. В обох групах переважали жінки. Вік хворих – складав від 27 до 83 років, се-*

© Шапринський В.О., Макаров В.М., Камінський О.А., Сулейманова В.Г., Білощицький В.Ф., 2019

*редній вік – 55±1,4роки.*

*Найчастіше захворювання виникало у людей середнього і похилого віку (82,8 %). Серед госпіталізованих з АП жінок було в 1,39 раза більше, ніж чоловіків. Причому до 60 років захворюваність серед жінок була в 1,2 раза частіше, ніж серед чоловіків (58,2 % проти 41,8 %). Після 75 років захворюваність на АП приблизно була однаковою серед обох статей.*

*Тривалість хвороби, починаючи від початку перших клінічних ознак АП до госпіталізації в хірургічний стаціонар, коливалася від 4 діб до 7 місяців. Переважали хворі з терміном захворювання від 7 діб до 1 місяця (61,0% і 62,9%). Строк 7 місяців був встановлений у 1 пацієнта, у якого хвороба характеризувалася рецидивним перебігом.*

*Супутня патологія однаково часто траплялася в обох групах і була встановлена у 116 (86,5 %) пацієнтів. Майже у 50% хворих відзначали поєднання кількох захворювань. Поза всяким сумнівом, супутні захворювання мали негативний вплив на перебіг основного захворювання.*

*Діагноз базувався згідно з даними анамнезу, фізикального обстеження, лабораторної (клініко-лабораторних і біохімічних методів обстеження, бактеріологічних досліджень) та інструментальної діагностики (УЗД, СКТ, фіброгастродуоденоскопії).*

**Результати дослідження та їх обговорення.** У пацієнтів з АП були виявлені такі клінічні симптоми: загальна слабкість, нездужання, диспепсичні розлади, підвищення температури тіла, больовий синдром, озноб, симптоми загальної гнійної інтоксикації та системної запальної відповіді. Водночас з цим, окремі хворі не висловлювали жодних скарг, окрім відсутності апетиту та незначної втрати маси тіла.

Отже, найбільш вагомими клінічними симптомами у хворих з АП були підвищення температури тіла (100%), відчуття важкості та біль у правому підребір'ї (94,7 %). Спостерігалась лихоманка (82,2 %), нерідко з ознобами (31,3 %), зниження апетиту (47,2 %), втрата маси тіла (63,4 %), а також жовтяниця у 22 (16,4 %) випадках.

Враховуючи, що температурна реакція має важливе значення в діагностиці АП і є визначальною в розвитку системної запальної відповіді, то її значення проаналізовані в обох групах. Підвищення температури (38-39 ºС) виявлене як в основній (52,8 %), так і в контрольній (55,4 %) групах.

Також спостерігалась кореляція між рівнем гіпертермії і стадією розвитку гнійно-запального процесу. У стадії інфільтрації та формування абсцесу спостерігався помірний або високий рівень лихоманки. При сформованому АП з фіброзною капсулою визначався субфебрилітет. Поодинокі, невеликі АП до 3 см в діаметрі, як правило, клінічно перебігали без підвищення температури тіла. У деяких хворих перебіг ускладнився сепсисом, про що засвідчила гектична лихоманка, яка погано піддавалась корекції жарознижуючими препаратами. Ознаки печінкової недостатності та енцефалопатії (сонливість, порушення сну, депресія, асцит) були виявлені у 3 (2,23%) пацієнтів основної групи і у 8 (5,97%) пацієнтів групи порівняння.

У лабораторних та біохімічних аналізах пацієнтів з АП спостерігався лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, помірна анемія, підвищення ШОЕ, гіпопротеїнемія, підвищення ферментів печінки, гіпербілірубінемія, гіперкоагуляція.

При оцінці загального стану хворих у стаціонарі задовільний стан був у 9,7 % хворих, у 22,4 % стан розцінений як середнього ступенія тяжкості, тяжкий – у 54,5 %, і в край тяжкий – у 13,4 % хворих.

У своїх дослідженнях ми користувалися класифікацією М.П. Павловского, Т.Є. Баб'яка (2001), яка описує абсцеси як гострі і хронічні, розділяє за етіологією, розмірами, кількістю та локалізацією. Так, за розмірами абсцеси печінки бувають міліарні (менш10 мм), мілкі (10-29 мм), середні (30-59 мм), великі (60-99 мм) і гігантські (100 ммі більше); за кількістю – солітарні (одиничні) і численні.

До речі, групу хворих з нагноєними простими та нагноєними паразитарними кістами печінки у своє дослідження ми свідомо не включали через те, що стінка кісти не проходить усі стадії формування стінки АП.

Проаналізовані основні причини виникнення АП у хворих в основній і контрольній групах. У половини пацієнтів нагноєння в печінці мали криптогенний генез, у третини хворих виявлялися холангіогенні причини абсцедування. Ще майже у четвертої частини не були встановлені джерела АП.

В основній групі у 62 (88,6 %) хворих виявлялися поодинокі (солітарні) АП, у 8 (11,4 %) – численні. У групі порівняння у 55 (85,9%) пацієнтів були одиничні АП, у 9 (14,1%) – численні.

Провівши аналіз посегментної локалізації АП, встановили, що абсцеси знаходились практично у всіх сегментах, але найчастіше – у третьому, шостому і сьомому – 12,9 %, 26,1 %, 32,0 % відпо-

відно. У 17 хворих (12,7 %) діагностовані численні АП, які, як правило, вражали обидві частки печінки.

За розмірами АП різко відрізнялися: від міліарних (просовидних) до великих і гігантських. Міліарні абсцеси діагностовані у 10 (58,8 %) хворих і маже у всіх випадках вони мали холангіогенне походження. У 106 (79,1%) хворих діагностовано абсцеси розмірами від 30 до 99мм, тобто середні і великі. Якщо АП мав неправильну форму, то брали до уваги його найбільший розмір. Абсцеси гігантських розмірів траплялись рідко (4,3 %).

В обох групах переважали пацієнти з абсцесами, об'єм яких був від 50 до 200 мл. Дрібні абсцеси частіше мали круглу або шаровидну форму. При середніх розмірах їх форма була найбільш варіабельною: від веретеноподібної, бобовидної до гантелеподібної. Абсцеси великих розмірів частіше мали округлий контур, нерідко повторюючи форму частки печінки.

Усі пацієнти з АП прооперовані (таблиця).

*Таблиця*

**Види оперативних втручань у хворих з АП**

| | Лапаротомні операції | | | Черезшкірне дренування | | | Лапароскопічні операції | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| №п/п | Вид операції | Група порівняння | Основна | Вид операції | Група порівняння | Основна | Вид операції | Група порівняння | Основна |
| 1 | Зовнішнє санаційне дренування АП | 47 | 7 | Пункційно-аспіраційна санація | - | 4 | Пункційно-аспіраційна санація | - | 1 |
| 2 | Фенестрація | 5 | 6 | Зовнішнє санаційне дренування | 8 | 38 | Зовнішнє санаційне дренування | - | 3 |
| 3 | Перицистектомія | 2 | 4 | | - | - | Фенестрація | - | 2 |
| 4 | Резекція кількох сегментів з абсцесом | 2 | 3 | | - | - | | - | - |
| 5 | Гемігепатектомія | - | 2 | | - | - | | - | - |
| | Всього | 56 | 22 | | 8 | 42 | | - | 6 |

Черезшкірне зовнішнє дренування. Цей метод у поєднанні з санацією порожнини гнійника антисептиком і адекватною антибіотикотерапією став одним із основних методів, застосованих в основній групі при лікуванні АП. Операцію виконували таким чином: під місцевою анестезією проводили розріз шкіри 0,5-0,7 см, далі під контролем УЗД встановлювали дренажну трубку, в середині якої знаходився металевий провідник (інколи застосовували троакар). Після потрапляння в порожнину гнійника металевий стилет виймався, а дренажну трубку надійно фіксували до шкіри лігатурою. Вміст порожнини АП обов'язково досліджували бактеріологічно, проводили санацію порожнини абсцесу 0,02% розчином декасану або іншим антисептиком до чистих промивних вод. До речі, порушення дренажної функції або раннє видалення дренажу може привести до рецидиву АП.

Причинами виникнення АП були холангіогенні, криптогенні та гематогенні шляхи інфікування. Показами до застосування вищевикладеного методу були сформовані АП передньої і бокових поверхонь печінки, розмірами від 3-5 см і більше. Цей метод ми успішно застосовували у 38 пацієнтів основної групи та у 8 групи порівняння. Показами до видалення дренажу були: загальне покращення самопочуття, нормалізація температури тіла і показників загального аналізу крові, значне зменшення залишкової порожнини абсцесу, припинення виділень з нього, значне зниження кількісного підрахування мікроорганізмів із залишкової порожнини ( нижче $10^2$ мікробних тіл в одному мл). Тривалість дренування була різною: від 6 до 22 діб. Загоєння залишкової порожнини залежало від розмірів і щільності капсули, і, як правило, тривало від кількох тижнів до місяця, коли паренхіма печінки повністю відновлювалась. Спостерігалися такі ускладнення: жовчопідтікання – 2, незначне виділення крові – 3, ексудативні плеврити – 3. У трьох випадках дренування довелося повторити, оскільки наступного деня через дренажну трубку з гнійника перестав виділятись вміст. Останнє пояснюємо тим, що після

спорожнення гнійника і зменшення його порожнини можливий перегин дренажу). Усі пацієнти виписані для подальшого амбулаторного лікування без летальних наслідків у задовільному стані.

Пункційно-аспіраційний метод. Це черезшкірна пункція голкою без встановлення дренажу. Перевага методу в тому, що, при відповідних показах, після одно- або двократної пункції наступає одужання. При цьому пацієнт позбавлений незручностей, пов'язаних з наявністю дренажної трубки і рядом ускладнень, які можуть виникнути при цьому. У наше дослідження увійшло 5 хворих, яким виконували описаний пункційно-аспіраційний метод. Показами до нього були абсцеси розмірами до 5 см без чіткої капсули, багатокамерності, перемичок і секвестрів, без вираженого перифокального запального валу і зв'язку з жовчовивідними протоками. Локалізація гнійників була на передніх і бокових поверхнях печінки, а саме у 4,5,6,7 сегментах печінки. Переваги методу: малотравматичність, менша тривалість перебування у стаціонарі, відсутність дренажної трубки. Пункції виконували під місцевою анестезією під контролем УЗД. Причинами гнійників були холангіогенні та криптогенні шляхи розповсюдження інфекції. П'ятьом пацієнтам було виконано 9 пункцій. Одному хворому виконана 1 пункція, після якої наступило повне одужання, трьом – по 2 пункції з подальшим одужанням. Ще у одного пацієнта бажаний лікувальний ефект не наступив, внаслідок чого виконано дренування абсцесу дренажною трубкою.

Таким чином, ми отримали повне одужання у 4 з 5 пацієнтів без ускладнень і летальності.

Лапароскопічний метод у лікуванні АП. Цей метод застосовувався тільки у випадках поверхневої і легкодоступної локалізації гнійників, тобто в передніх сегментах печінки. Перевагами методу були добра візуалізація печінки і огляд органів черевної порожнини, які б могли призвести до розвитку АП. Також маніпуляцію виконували під чітким візуальним інтраперитонеальним контролем. Серед недоліків слід зазначити деякі технічні труднощі та відсутність чіткої локалізації гнійника. Після виявлення гнійника виконували його пункцію, далі проводили екстракцію голки і в наявний пункційний отвір вводили катетер на стилеті-провіднику. При візуалізації гною в катетері стилет виймали, а зовнішній кінець катетера проводили через лапароскопічний порт і фіксували до шкіри.

Зовнішнє санаційне дренування виконували трьом пацієнтам основної групи, фенестрацію гнійника провели у двох, пункційно-аспіраційну санацію – в одного. Ускладнень після виконання маніпуляцій і летальності не було. Усі пацієнти були виписані в задовільному стані на 4-6-ий день після операції.

Дренування АП з лапаротомного доступу. Найбільша кількість таких дренувань виконана у 43 хворих у групі порівняння і у 7 – в основній групі. Серед хворих, в сновному, переважали пацієнти з великими багатокамерними абсцесами з в'язким густим гноєм, контактними абсцесами або причинними первинними захворюваннями, які викликали АП (деструкція жовчного міхура, прикрита перфорація шлунка або дванадцятипалої кишки та інше), перитоніт із перфорацією абсцесу у черевну порожнину і у яких не досягли ефективності при лікуванні черезшкірним методом. Операцію виконували під внутрішньовенним комбінованим наркозом з міорелаксацією та штучною вентиляцією легень. Обов'язково виконували пальцеву ревізію порожнини гнійника, руйнували септи і видаляли секвестри. Порожнину АП промивали розчином антисептика, висушували тупфером і дренували спареними поліпропіленовими трубками, які виводили і фіксували до шкіри в правому підребер'ї. У післяопераційному періоді всім пацієнтам проводили антибактеріальну і санаційну терапію порожнини гнійника. Тривалість перебування дренажів у АП – складала від 7 до 21 доби, в середньому – 14+3.2 доби. При множинних міліарних абсцесах виконували пункційно-аспіраційний метод, а поверхневі гнійники розкривали з подальшою їх санацією.

З ускладнень спостерігали нагноєння післяопераційної рани – у 8, ексудативний плеврит – у 4, жовчопідтікання – у 2, госпітальну пневмонію – у 2, ранню спайкову післяопераційну кишкову непрохідність – у 3. Померло 3 пацієнти з міліарними АП.

Резекційні методи АП. Цей метод застосовувався тільки у випадку, коли гнійник мав щільну, ригідну, товсту капсулу і дренажні методи були недостатніми і неефективними для повного одужання пацієнтів. Це радикальний метод лікування. Так, після виконання верхньо-серединної лапаротомії (у 9 випадках застосовували доступ, паралельний правій реберній дузі) у 6 пацієнтів основної і у 5 пацієнтів групи порівняння виконали фенестрацію гнійника. Ще у 2 пацієнтів фенестрація АП проведена лапароскопічним методом. У 4 хворих основної і у 2 хворих групи порівняння виконали перицистектомію. У 3 пацієнтів основної групи і у 2 хворих групи порівняння виконали резекцію кількох сегментів печінки разом

з абсцесом. У 2 випадках основної групи в зв'язку з великими розмірами гнійника виконали лівобічну гемігепатектомію. З ускладнень спостерігали підтікання жовчі по дренажах. Дренажні трубки зберігали до повного припинення жовчопідтікання, як правило, до 7-10 доби. Усі пацієнти одужали і виписані в задовільному стані.

**Висновки.** 1. Вивчення причин АП показало, що холангіогенні абсцеси трапляються у 30,6%, криптогенні – у 25,4%, гематогенні – у 21,6%, контактні у 11,2%, посттравматичні – у 9,0% і АП в результаті нагноєння метастазів пухлин – 2,2%. 2. Поодинокі АП виявляються частіше у 87,3% випадків, численні – у 12,7%. Найчастіше вражаються 3, 6 і 7 сегменти печінки – 12,9%, 26,1%, 32,0% відповідно. 3. Використання мініінвазивних хірургічних дренуючих методик АП дало змогу достовірно ($p<0,05$) знизити кількість післяопераційних ускладнень з 48,3% у контрольній до 13,5% в основній групі, скоротити тривалість перебування хворого у стаціонарі з 14,6±1,4 до 5,2±0,8 доби та знизити післяопераційну летальність з 7,8% до 2,8% відповідно.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальше вивчення і розширення показів до мініінвазивних хірургічних втручань при АП, в т.ч. в умовах лапароліфтингу, а також вивчення можливих ускладнень описаних оперативних методик.

**Список використаної літератури**

*1. Альперович БИ. Хирургия печени. М.: ГЭОТАР Медиа; 2010. 352 с.*

*2. Линев КА. Диагностика и методы хирургического лечения абсцессов печени. Український журнал екстремальної медицини. 2010 січ.; 1(11): 103-105.*

*3. Ничитайло МЮ, Мошківський ГЮ, Костилєв МВ, Лебедєва ЕЮ. Ультразвукова діагностика абсцесу печінки. Можливості і здобутки. Клінічна хірургія. 2010 жовт.; 10 (811): 12-5.*

*4. Ліньов КО. Порівняльна оцінка методів хірургічного лікування абсцесів печінки [дисертація]. Харків: Харк. нац. мед. ун-т; 2011. 19 с.*

*5. Шапринський ВО, Макаров ВМ, Сулейманова ВГ. Микробиологический пейзаж абсцессов печени. Хирургия. Восточная Европа. 2018 окт.; 3(7): 311-6*

*6. Десятерик ВІ, Котов ОВ, Савченко ТІ, Чечель РЮ. Мініінвазивні втручання при абсцесах печінки. Український журнал хірургії. 2011 квіт.; 3(12): 179-82.*

*7. Линев КА. Сравнение клинического течения и результатов лечения абсцессов печени холангиогенной и криптогенной этиологии. Український журнал екстремальної медицини. 2010 квіт.; 3(11): 39-41.*

*8. Котенко ОГ, Гомоляко ИВ, Гусев АВ, Клочкова НЕ, Петрище ИИ, Минич АА. Морфологическое обоснование хирургического лечения хронического абсцесса печени. Клінічна хірургія. 2011 бер.; 3(816): 34-7.*

*9. Шевчук ІМ, Шевчук МГ, Дроняк ММ, Вацеба АО. Сучасні аспекти хірургічного лікування хворих на абсцеси печінки, ускладнені абдомінальним сепсисом. Шпитальна хірургія. 2010 вер.; 3: 46-8.*

***References***

*1. Alperovich BI. Hirurgiya pecheni. M.: GEOTAR Media; 2010.352 p.*

*2. Linyov KA. Diagnostika i metodyi hirurgicheskogo lecheniya abstsessov pecheni [Diagnostics and methods of surgical treatment of liver abscesses]. Ukrayinskiy zhurnal ekstremalnoyi meditsini. 2010 jan.; 1(11): 103-105.*

*3. Nichitaylo MYu, Moshkivskiy GYu, Kostylev MV, Lebedeva EYu. Ultrazvukova diagnostika abstsesu pechsnki. Mozhlivosi i zdobutki [Ultrasonographic diagnostic of the hepatic abscess/ Possibilities and achievements]. Klinichna hirurgiya. 2010 oct.;10(811):12-5.*

*4. Linyov KO. Porivnyalna otsinka metodiv hirurgIchnogo likuvannya abstsesiv pechinki [disertatsIya]. Harkiv: Hark. nats. med. un-t; 2011.p.19*

*5. Shaprynskyi VA, Makarov VM, Suleimanova VG. Mikrobiologicheskiy peyzazh abstsessov pecheni Mini-invasive interventions at liver abscesses [Microbiological landscape of liver abscesses]. Hirurgiya. Vostochnaya Evropa. 2018 okt.;3(7):311-6.*

*6. Desyaterik VI, Kotov OV, Savchenko TI, Chechel RYu. Miniinvazivni vtruchannya pri abstsesah pechinki [Mini-invasive interventions at liver abscesses]. Ukrayinskiy zhurnal hirurgiyi. 2011 apr.;3(12):179-82.*

*7. Linyov KA. Sravnenie klinicheskogo techeniya i rezultatov lecheniya abstsessov pecheni holangiogennoy i kriptogennoy etiologii [Comparison of clinical features, treatment outcomes of liver abscesses of cholangiogenic and cryptogenic origin]. Ukrayinskiy zhurnal ekstremalnoyi meditsini. 2010 apr.;3(11):39-41.*

*8. Kotenko OG, Gomolyako IV, Gusev AV, Klochkova NE, Petrische II, Minich AA. Morfologicheskoe obos-*

*novanie hirurgicheskogo lecheniya hronicheskogo abstsessa pecheni [Morphological substantiation of surgical treatment of chronic hepatic abscess]. Klinichna hirurgiya. 2011 mar.; 3(816):34-7.*
*9. Shevchuk IM, Shevchuk MG, Dronyak MM, Vatseba AO. Suchasni aspekti hirurgichnogo likuvannya hvorih na abstsesi pechinki, uskladneni abdominalnym sepsisom [Modern aspects in surgical treating patients with hepatic abscesses complicated with abdominal sepsis]. Shpytalna hirurgiya. 2010 sept.;3:46-8.*

**АБСЦЕССЫ ПЕЧЕНИ: ДИАГНОСТИКА И ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ**

**Резюме.** Изучены результаты лечения 134 больных с абсцесами печени (АП). Пациенты были разделены на группу сравнения – 64 человека (47,7%), которые были пролечены традиционными методиками, и основную группу – 70 пациентов (52,3%), для лечения которых преимущество предоставлялось миниинвазивным хирургическим вмешательствам. Установлено, что холангиогенные абсцессы встречались в 30,6%, криптогенные – в 25,4%, гематогенные – в 21,6%, контактные в 11,2%, посттравматические – в 9,0% и АП в результате нагноения метастазов опухолей – 2,2 %. Одиночные нагноение в печени встречались чаще – 87,3% случаев, многочисленные – 12,7%. Прежде всего поражались 3, 6 и 7 сегменты печени – 12,9%, 26,1%, 32,0% соответственно. В группе сравнения преобладали операции дренирования АП, выполненные путем лапаротомии, – 56 вмешательств (87,5% от 64 пациентов) против 22 (31,4% от 70 пациентов) в основной группе. Чрескожное дренирование гнойников – 8 (12,5%) и 42 (60%) соответственно. Лапароскопические операции были проведены только в основной группе и включали внешнее санационное дренирование АП в 3 случаях, фенестрация – в 2, пункционно-аспирационную санацию – в 1, что составило всего 6 вмешательств или 8,6%. Итак, в основной группе миниинвазивные хирургические подходы к дренированию АП были применены у большей части – 48 (68,6%) пациентов против 8 (12,5%) исследованных в группе сравнения. Использование миниинвазивных хирургических дренирующих методик АП позволило достоверно ($p<0,05$) снизить количество послеоперационных осложнений с 48,3% в контрольной до 13,5% в основной группе, сократить длительность пребывания больного в стационаре с 14,6±1,4 до 5,2±0,8 суток и снизить послеоперационную летальность с 7,8% до 2,8% соответственно.

**Ключевые слова:** абсцесс печени, миниинвазивные хирургические методики, чрескожное дренирование, лапароскопическое дренирование.

**LIVER ABSCESSES: EXAMINATION AND TREATMENT APPROACHES**

**Abstract.** The treatment results of of 134 patients with liver abscess were studied. All patients were divided into two groups (general – 70 persons and control - 64 ones). 64 patients of control group (47.7%) were treated with traditional methods. Among 70 patients (52.3%) of general group preference was given to miniinvasive surgical interventions. Cholangiogenic abscesses were found in 30.6%, cryptogenic – 25.4%, hematogenous – 21.6%, contact 11.2%, posttraumatic – 9.0% and liver abscesses as a result of suppuration of tumor metastases – 2.2 %. Single liver suppuration occurs more often – 87,3% of cases, multiple abscesses – 12,7%. First of all, 3, 6 and 7 segments of the liver are affected – 12,9%, 26,1%, 32,0%, respectively. In control group, the operation of liver abscess drainage via laparotomy was performed in 56 cases (87.5% of 64 patients) versus 22 (31.4% of 70 patients) in general group. Percutaneous drainage of abscesses – 8 (12.5%) and 42 (60%) respectively. Laparoscopic operations (6 or 8,6%) took place only in general group, and included external percutaneous drainage in 3 cases, fenestration – in 2, puncture-aspiration sanitation – in 1. Consequently, in general group miniinvasive surgical approaches for drainage of liver abscesses were applied in the majority of patients - 48 (68.6%) ones versus 8 (12.5%) in control group. The using of miniinvasive surgical drainage techniques for liver abscesses showed a significant decrease ($p<0,05$) of postoperative complications from 48,3% in control group to 13,5% in general group, shortening of inpatient terms from 14,6±1,4 to 5.2±0.8 days and decreasing of mortality rate from 7.8% to 2.8%.

**Key words:** liver abscess, miniinvasive surgical techniques, percutaneous drainage, laparoscopic drainage.

*Відомості про авторів:*
**Шапринський Володимир Олександрович –** доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії № 1 з курсом урології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;
**Макаров Віктор Михайлович –** аспірант кафедри хірургії № 1 з курсом урології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;
**Камінський Олексій Анатолійович –** кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії № 1 з курсом урології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;

**Сулейманова Василиса Геннадіївна –** кандидат медичних наук, асистент кафедри хірургії № 1 з курсом урології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова;
**Білощицький Володимир Францович –** лікар-хірург, завідувач хірургічним відділенням Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова;
*Information about authors:*
**Shaprynskyi Volodymyr O. –** MD, Professor, Head of Department of Surgery № 1, National Pirogov Memorial Medical University;
**Makarov Viktor M. –** Postgraduate student of Department of Surgery № 1, National Pirogov Memorial Medical University;
**Kaminskyi Oleksiy A. –** FhD, Assistant Professor of Department of Surgery № 1, National Pirogov Memorial Medical University.
**Suleimanova Vasylysa G. –** FhD, Assistant Professor of Department of Surgery № 1, National Pirogov Memorial Medical University.
**Biloschitskyi Volodymyr F. –** MD, Doctor-surgeon, Head of the surgical department, Vinnitsa Regional Clinical Hospital named after N.I. Pirogov.

Надійшла 26.04.2019 р.
Рецензент – проф. Дзюбановський І.Я. (Тернопіль)