

УДК 616.411-002.3-089-072.1-073.432.19

DOI: 10.34215/1609-1175-2021-2-96-98

Опыт малоинвазивного лечения абсцесса селезенки под контролем ультразвукового исследования у пациентки с высоким операционным риском

И.Г. Юрик¹, А.А. Григорюк^{1, 2}, С.Д. Килин¹¹ Владивостокская клиническая больница № 1, Владивосток, Россия;² Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия

Представлен клинический случай малоинвазивного лечения нагноившейся гематомы селезенки под ультразвуковым контролем с применением пункции и чрескожного дренирования у пациентки 68 лет с высоким риском открытого оперативного вмешательства. Показаны возможности ультразвукового исследования в диагностике и консервативном лечении абсцессов селезенки.

Ключевые слова: абсцесс селезенки, ультразвуковое исследование, чрескожное дренирование

Поступила в редакцию 25.02.2021. Получена после доработки 12.04.2021. Принята к печати 17.05.2021

Для цитирования: Юрик И.Г., Григорюк А.А., Килин С.Д. Опыт малоинвазивного лечения абсцесса селезенки под контролем ультразвукового исследования у пациентки с высоким операционным риском. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2021;2:96–8. doi: 10.34215/1609-1175-2021-2-96-98

Для корреспонденции: Григорюк Александр Анатольевич – канд. мед. наук, доцент Института хирургии ТГМУ (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2), ORCID: 0000-0002-7957-5872; e-mail: aa_grig@mail.ru

Experience of minimally invasive treatment of spleen abscess under ultrasound control in a patient with a high operational risk

I.G. Yurik,¹ A.A. Grigoryuk,^{1,2} S.D. Kilin¹¹ Vladivostok Clinical Hospital No. 1, Vladivostok, Russia; ² Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia

Summary: A clinical case of the minimally invasive treatment hematogenous abscess of the spleen under ultrasound control using puncture and percutaneous drainage for the 68 years old patient having high operative risk. Ultrasound examination is prescribed for diagnosing and conservative treatment of spleen abscess.

Keywords: spleen abscess, ultrasound, percutaneous drainage

Received 25 February 2021; Revised 12 April 2021; Accepted 17 May 2021

For citation: Yurik IG, Grigoryuk AA, Kilin SD. Experience of minimally invasive treatment of spleen abscess under ultrasound control in a patient with a high operational risk. *Pacific Medical Journal*. 2021;2:96–8. doi: 10.34215/1609-1175-2021-2-96-98

Corresponding author: Aleksandr A. Grigoryuk, MD, PhD, associate professor, Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave., Vladivostok, 690002, Russian Federation); ORCID: 0000-0002-7957-5872; e-mail: aa_grig@mail.ru

Абсцесс селезенки – воспалительное заболевание, которое характеризуется появлением в паренхиме органа полости, заполненной гнойным содержимым. В качестве самостоятельного патологического процесса абсцесс селезенки фигурирует не более чем в 1 % случаев, в основном будучи осложнением какого-либо заболевания, инфаркта селезенки, гематогенного заноса инфекции (бактериальный эндокардит), и более чем в 90 % случаев – нагноения посттравматических гематом или кист. Абсцессы обычно локализуются в одном из полюсов селезенки или занимают всю площадь органа, могут быть единичными и множественными. При локализации гнойника в области нижнего полюса отмечается напряжение мышц и болезненность в левом подреберье. Абсцесс верхнего полюса селезенки может сопровождаться воспалительной реакцией плевры на стороне поражения. Наиболее распространенными

возбудителями инфекционного процесса служат кишечная палочка, клебсиеллы, стрепто- и стафилококки, сальмонеллы, анаэробная флора, но, как правило, микробный состав гнойника смешанный [1, 2].

Клиническая картина абсцессов селезенки проявляется по-разному, небольшой одиночный очаг может существовать относительно скрытно, без локальных симптомов, с субфебрильной температурой и нарастающей слабостью. В других ситуациях процесс может протекать бурно: резкие боли в левом подреберье с иррадиацией в левое плечо или надключичную область, лихорадка с ознобом, увеличение селезенки, высокая температура тела и др. Признаки, позволяющие заподозрить абсцесс селезенки – спленомегалия, боль в левом подреберье, лихорадка, лейкоцитоз, повышенная СОЭ. В связи с вариативностью клинической картины и отсутствием специфических симптомов, а также

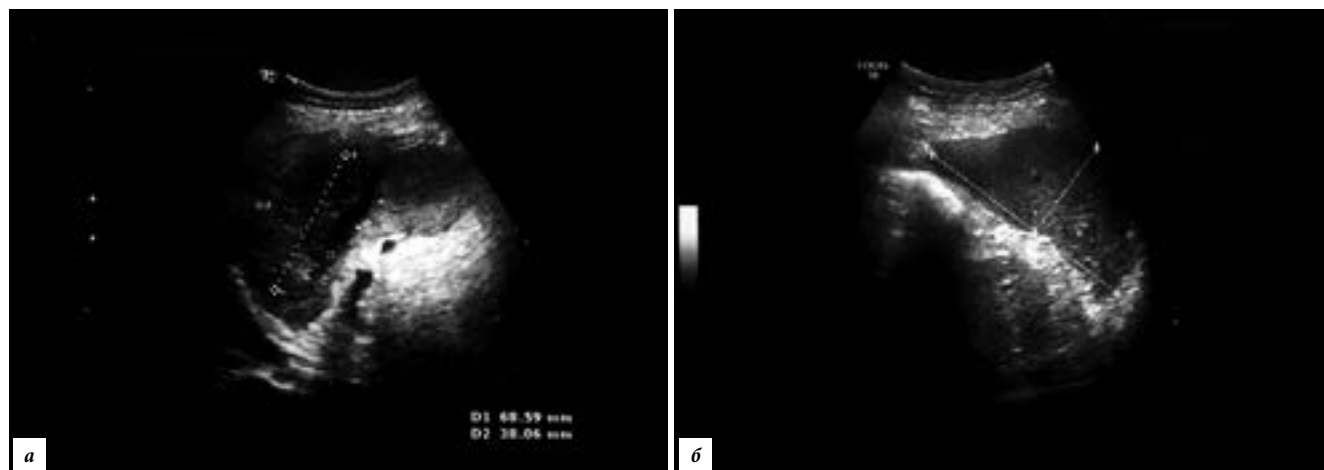


Рис. Ультразвуковое исследование селезенки:

а – в средней зоне органа визуализируется нагноившаяся гематома – гипозоногенное образование неправильной формы с жидкостным компонентом; *б* – через 10 месяцев после дренирования в области верхнего полюса селезенки определяются точечные и линейные включения с повышенной эхогенностью.

наличием сопутствующей патологии, диагностика заболевания может представлять трудности. Ведущую роль в распознавании абсцесса селезенки играет инструментальная диагностика и в первую очередь ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости [3, 4]. УЗИ – простой и информативный метод исследования, доступный сегодня в любом медицинском учреждении. Чувствительность УЗИ высока – 80–90 %. Получить более точную информацию о размерах гнойника, его локализации, наличии выпота в брюшной и плевральной полостях позволяют компьютерная или магнитно-резонансная томография с контрастированием, чувствительность и специфичность которых достигает 90–98 % [2].

После 296 сеансов УЗИ, выполненных пациентам с подозрением на патологию селезенки в ВКБ № 1 в 2019–2020 гг., абсцессы органа диагностированы в двух случаях (0,7 %): у мужчины 36 лет и у женщины 68 лет. Приводим описание второго наблюдения, леченного, с учетом высокого риска открытого вмешательства, малоинвазивным способом.

Пациентка К., 68 лет, поступила 20.01.2020 с жалобами на постоянные боли в левом подреберье, повышение температуры до 38 °С, слабость и головокружения. Считала себя больной в течение месяца, когда после падения появилась боль в левом подреберье и стала повышаться температура, сохранявшаяся до поступления в стационар. При госпитализации состояние средней степени тяжести, пульс 110 в мин., аритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца аритмичные, приглушенные, дыхание везикулярное, хрипов нет. Анализ крови при поступлении: гемоглобин – 106 г/л, эритроциты – $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $10,1 \times 10^9/л$ (п/я – 7 %, с/я – 71 %, эоз. – 1 %, лимф. – 20 %, моноциты – 1 %), СОЭ – 26 мм/час. Биохимия крови: общий билирубин – 30,3 ммоль/л, глюкоза – 7,7 ммоль/л. Анализ мочи в норме.

При УЗИ органов брюшной полости обнаружена увеличенная до 15×9 см селезенка, в среднем сегменте которой определялось жидкостное образование с высокоэхогенными включениями (детрит) в капсуле с четкими контурами, размером

10,7×8,4 см. Заподозрена нагноившаяся гематома селезенки, в связи с чем обследование дополнено компьютерной томографией: в средней части органа определялась полость неправильной формы, размером 11×8,5×8,9 см, объемом 430 см³.

У пациентки имелись и коморбидная патология: ишемическая болезнь сердца с персистирующей фибрилляцией предсердий, гипертоническая болезнь 2-й стадии (риск III ст.), сахарный диабет 2 типа, ожирение II степени. Учитывая возраст и тяжесть сопутствующей патологии на второй день госпитализации выполнена пункция образования селезенки под контролем УЗИ, удалено 150 мл густого гноя темно-коричневого цвета с гнилостным запахом. При бактериологическом исследовании из экссудата выделена *Escherichia coli*, чувствительная к антибиотикам цефалоспоринового ряда II–III поколения и к фторхинолонам.

Сразу после манипуляции симптомы интоксикации уменьшились, но через двое суток лихорадка возобновилась. При контрольном УЗИ было обнаружено, что полость абсцесса стала меньше, но жидкостной компонент в нем сохранялся (рис., а). В связи с этим принято решение о дренировании, и 25.01.2020 выполнена чрескожная пункция селезенки под УЗИ-наведением дренажем COOK Medical с фиксирующим концом типа Pigtail диаметром 11F. Промывание полости гнойника растворами антисептиков осуществили через пять суток с момента постановки дренажа, до этого во избежание закупорки в него вводили по 2–3 мл 0,05 % раствора хлоргексидина ежедневно. На фоне лечения признаки интоксикации купировались, полость очистилась и уменьшилась в размерах. Дренаж удален 08.02.2020, и пациентка в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение. Контрольное УЗИ через 10 месяцев: селезенка размерами 9,9×4,2 см, в области нижнего полюса точечные и линейные включения с повышенной эхогенностью размером от 4 до 6 мм (участки фиброза), рецидива абсцесса и осложнений не зарегистрировано (рис., б).

При УЗИ абсцесс селезенки визуализируется как гипозоногенное, жидкостное образование с неоднородным содержимым. Разнообразие ультразвуковой картины связано со стадией развития гнойника. Для формирующегося абсцесса характерны нечеткие прерывистые контуры. При сформированном гнойном фокусе его стенки становятся более четкими, неровными, неоднородными по толщине и акустической плотности. Еще

более сложна внутренняя структура абсцесса, зависящая от его вида, величины, фазы развития и наличия реактивного воспаления. Она может варьировать от анэхогенности с эффектом дистального усиления до эхопозитивности, сходной с характеристиками солидного тканевого образования. В процессе динамического наблюдения одним из важных диагностических критериев считается появление жидкостного содержимого мелкодисперсной структуры, а также наличие пузырьков газа в виде высокоэхогенных включений [1, 5, 6].

УЗИ считается высокоэффективным методом диагностики патологии селезенки, сопоставимым с компьютерной томографией брюшной полости. Однако УЗИ более доступный и менее затратный метод, который можно использовать многократно без риска облучения больного. При подтверждении диагноза «абсцесс селезенки», показано срочное оперативное вмешательство. Его тактика зависит от локализации, величины гнойного очага, наличия осложнений и общего состояния больного [4, 7]. У возрастных пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и высоким операционным риском открытая операция может вызвать декомпенсацию функций жизненно важных органов. Альтернативой этому может служить метод чрескожного дренирования под УЗИ-наведением в сочетании с санацией полости гнойника и антибиотикотерапией. В нашем случае малоинвазивная тактика позволила сохранить иммунокомпетентный орган, не обострить сопутствующие заболевания, сократить сроки применения анальгетиков, добиться хорошего косметического результата и скорого возвращения пациента к повседневной жизни.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Литература / References

1. Тюрин В.П., Сидоренко Л.С., Рябов А.Л., Бруслик С.В., Орлеанская Л.А. Абсцессы селезенки при инфекционном эндокардите. *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. 2011;6(2):28–32. [Tyurin VP, Sidorenko LS, Ryabov AL, Bruslik SV, Orleanskaya LA. Splenelcosis in infective endocarditis. *Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center*. 2011;6(2):28–32 (In Russ).]
2. Rerbakken G, Schulz T, Swensen T. Splenic abscess. Diagnosis and treatment. *Tids Nor Leegef*. 1997;117:1908–10.
3. Шапкина А.Н., Козлова М.В., Шмырева Е.С., Шуматов В.Б. Как избежать спленэктомии у ребенка с травмой селезенки. *Тихоокеанский мед. журнал*. 2018;1:72–4. [Shapkina AN, Kozlova MV, Shmyreva ES, Shumatov VB. How to avoid splenectomy in a child with splenic trauma. *Pacific Medical Journal*. 2018;1:72–4 (In Russ).]
4. Большов А.В., Хрыщанович В.Я. Хирургия заболеваний селезенки. Минск: БГМУ, 2015. [Bolshov AV, Hryshchanovich VYa. *Hirurgiya zabolevanij selezenki*. Minsk: BGMU; 2015 (In Russ).]
5. *Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. Общая ультразвуковая диагностика* / под ред. В.В. Митькова. 3-е издание, переработанное и дополненное. М.: Видар-М, 2019. [Mitkov VV, ed. *Prakticheskoe rukovodstvo po ultrazvukovoj diagnostike. Obshchaya ultrazvukovaya diagnostika*. Moscow: Vidar-M; 2019 (In Russ).]
6. *Лучевая диагностика* / под ред. Г.Е. Труфанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. [Trufanov GE, ed. *Luchevaya diagnostika*. Moscow: GEOTAR-Media; 2015 (In Russ).]
7. Кубышкин В.А., Ионкин Д.А. Опухоли и кисты селезенки. М.: Медпрактика-М, 2007. [Kubyshkin VA, Ionkin DA. *Opuholi i kisty selezenki*. Moscow: Medpraktika-M; 2007 (In Russ).]