

Сравнение клинического течения и результатов лечения абсцессов печени холангиогенной и криптогенной этиологии

К.А.Линев

Луганский государственный медицинский университет, кафедра анестезиологии, реаниматологии и хирургии факультета последиplomного образования (заведующий — профессор И.В.Иоффе)
Луганск, Украина

Произведено сравнение клинической картины, характера микрофлоры и результатов лечения 86 больных абсцессами печени холангиогенного и криптогенного источников.

Ключевые слова: абсцесс печени, этиология, заболевания желчных протоков, криптогенный источник.

Введение

Абсцесс печени (АП) — тяжелое гнойно-воспалительное заболевание, частота которого в общем хирургическом стационаре составляет 0,5%, при этом отмечают четкую тенденцию к ее увеличению [2, 6]. В настоящее время отмечается изменение этиологической структуры АП [1]. В связи с широким применением антибиотиков и успехами в лечении гнойно-воспалительных заболеваний брюшной полости частота встречаемости пилефлебических АП, составлявших ранее основную этиологическую группу [3], снизилась до единичных случаев. В этиологической структуре АП ведущее место заняли холангиогенные абсцессы печени (ХАП) [1, 2], связанные с обструктивными заболеваниями желчных протоков, гнойным холангитом.

Исследования последнего времени свидетельствуют про увеличение количества пациентов с криптогенным абсцессом печени (КАП), для которых первичный источник инфекции не установлен, несмотря на развитие и широкое применение методов топической диагностики: ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), фиброколоноскопии, ирригографии. Предрасполагающие факторы, особенности клинической картины и результаты лечения КАП требуют дальнейшего изучения.

Целью настоящего исследования было определение клинических и бактериологических особенностей ХАП и КАП и сравнение результатов лечения пациентов обеих групп.

Материалы и методы исследования

Работа основана на анализе лечения 86 пациентов с АП, в возрасте от 19 до 72 лет, которые были госпитализированы в хирургическое отделение Луганской областной клинической больницы в период с 2002 по 2009 гг., причем анализировались только пациенты с ХАП и КАП. Диагноз АП устанавливался при помощи УЗИ и КТ. Посев содержимого абсцесса производился на стандартные среды выращивания культур аэробных и анаэробных микроорганизмов, определялась чувствительность к антибиотикам. Методами лечения были чрескожная пункция и дренирование под ультразвуковым контролем, а также открытое оперативное вскрытие, дренирование полости абсцесса. Антибактериальную терапию составляли цефтриаксон, цiproфлоксацин, метрогил с дальнейшим переходом на антибиотик по результатам посева. Пациентам ежедневно производилось УЗИ для контроля редукции полости абсцесса. В случае дренирования абсцесса производилась ежедневная санация его полости растворами декасана, хлоргексидина, диоксидаина и введение в полость абсцесса цефтриаксона 1 г 1 раз в день. Последнее производилось и при аспирационном методе лечения после каждой аспирации содержимого абсцесса. Нормализация температуры тела и клинического анализа крови, отсутствие отделяемого по дренажу и спадение полости абсцесса были критериями для удаления дренажа.

Первую группу составили 34 пациента с ХАП, которые имели обструктивные заболева-

Таблиця 1

Клинические симптомы холангиогенных и криптогенных абсцессов печени

Симптомы	Первая группа	Вторая группа
	Количество больных (%)	Количество больных (%)
Повышение температуры/ озноб	29 (85)	49 (94)
Боль	23 (68)	25 (48)
Астения	19 (56)	20 (39)
Анорексия	14 (41)	12 (23)
Тошнота/рвота	12 (35)	10 (19)
Экссудативный плеврит справа	11 (32)	15 (29)
Потеря веса	4 (12)	3 (6)
Диарея	1 (3)	5 (10)
Болезненность в правом подреберье	21 (62)	26 (50)
Симптом Мерфи	11 (32)	6 (12)
Желтуха	12 (35)	15 (29)
Шок	6 (18)	8 (15)
Гепатомегалия	3 (9)	6 (12)
Энцефалопатия	3 (9)	4 (8)
Асцит	1 (3)	2 (4)

ния внепеченочных желчных протоков. Во вторую группу были отнесены 52 пациента с КАП, у которых отсутствовал явный внепеченочный источник инфекции. В обеих группах преобладали мужчины (19/15 в первой группе, 34/18 во второй группе). Средний возраст был 63,0 года в первой группе, 57,5 лет — во второй группе.

Результаты исследования и их обсуждение

Наиболее частым симптомом было повышение температуры с ознобом, которое отмечалось у 85% (29 из 34) пациентов первой группы и у 94% пациентов второй группы (49 из 52). Частота встречаемости клинических симптомов существенно не отличалась между двумя группами, кроме симптома Мерфи (вдох при глубокой пальпации в правом подреберье вызывает резкую боль и задержку дыхания), который был более распространен в первой группе по сравнению со второй — 32% и 12% соответственно. Симптомы заболевания исследуемых пациентов представлены в табл. 1.

Таким образом, ХАП имели более тяжелое течение заболевания: боль, тошнота, рвота, астения, анорексия, потеря веса встречались более часто. Для ХАП были характерны также болезненность в правом подреберье, симптом Мерфи, механическая желтуха, что было обусловлено первичными для ХАП заболеваниями желчных протоков.

В то же время гипертермия, гепатомегалия, диарея более часто встречались при КАП. Последний симптом при КАП встречался в 3 раза чаще, чем при ХАП. Это наводит на мысль о неустановленной причине КАП, связанной с кишечным дисбактериозом и транслокацией бактерий кишечника как источника инфицирования печени. Таким образом, нуждается в дальнейшем изучении вопрос о соответствии кишечной микрофлоры при дисбактериозе и микрофлоры, обусловившей абсцесс печени.

Обзорная рентгенография органов грудной полости была произведена всем больным. Экссудативный плеврит был выявлен у 68% (23 из 43) пациентов первой группы и у 50% пациентов второй группы. Множественные абсцессы наблюдались у 13 (38%) пациентов первой группы и у 12 (23%) пациентов второй группы.

По результатам микробиологического исследования в обеих группах преобладала грамотрицательная микрофлора. *K. pneumoniae* часто встречалась в обеих группах, но во второй группе она преобладала. *K. pneumoniae* высеяна у 88% больных (46 из 52) с КАП и у 50% (17 из 34) больных с ХАП. *E. coli*, наоборот, чаще высеивалась у пациентов первой группы: 38% — в первой группе и 8% — во второй группе. У пациентов с ХАП (первая группа) также более часто встречались анаэробы, чем во второй группе: 21% и 2% соответственно. На основании этого в схему лечения ХАП обязательно следует включать антибиотики, перекрывающие анаэробную часть спектра (метронидазол, тинидазол).

Длительность периода нормализации температуры была существенно больше в первой группе, чем во второй — соответственно 12,0 и 6,0 дней. В первой группе (ХАП) также была существенно больше длительность нахождения в стационаре, средняя величина которой составила 20,5 дней в первой группе и 15,0 дней во второй группе. 47% больных первой группы

Таблиця 2

Результаты лечения холангиогенных и криптогенных абсцессов печени

Показатель	Первая группа (%)	Вторая группа (%)
Длительность нормализации температуры >1 недели после госпитализации	23 (68)	21 (40)
Длительность периода пребывания в стационаре >3 недель	16 (47)	8 (15)
Метастатическая инфекция	2 (6)	7 (14)
Рецидив	4 (12)	1 (2)
Смерть	5 (15)	4 (8)

находились в стационаре дольше 3 недель. Во второй группе этот показатель 15%. Среди ХАП (первая группа) более высокий процент рецидивов и летальности, что указано в табл. 2.

Выводы

1. ХАП характеризуются более тяжелым течением, большей частотой рецидивов и леталь-

ностью, нуждаются в более длительном пребывании в стационаре, чем КАП.

2. Этиология КАП связана с дисбактериозом и микробной контаминацией кишечника, что требует дальнейшего исследования.

3. У 88% больных КАП из полости абсцесса выделена *K. pneumoniae*.

4. Стратегия лечения АП должна определяться его этиологией.

Литература

1. Ахаладзе Г.Г., Церетели И.Ю. Абсцессы печени // Анналы хирургической гепатологии. — 2006. — Т.11, №1. — С. 97-105.
2. Калита Н.Я., Ничитайло М.Е., Котенко О.Г. и соавт. Этиология, патогенез и клинко-диагностические аспекты абсцесса печени // Клінічна хірургія. — 2004. — №10. — С. 54-58.
3. Островський В.К., Жетимкаринов Д.С., Жетимкаринов Е.Д. Пилефлебитические абсцессы печени с благоприятным ближайшим и отдаленным результатом лечения // Вестник хирургии им. Грекова. — 2002. — Т.161, №6. — С. 83-84.
4. Тутченко М.І., Светлічний Е.В., Ткаченко О.О., Трофименко С.П. Мініінвазивні втручання під контролем ультразвукового дослідження в лікуванні хворих з абсцесами печінки // Клінічна хірургія. — 2009. — №1. — С. 14-17.
5. Alvarez Perez J.A., Gonzalez J.J., Baldonado R.F. et al. Clinical course, treatment, and multivariate analysis of risk factors for pyogenic liver abscess // Am. J. Surg. 2001. — Vol. 181. — №2. — P. 177-186.
6. Lee K.T., Wong S.R., Sheen P.C. Pyogenic liver abscess: an audit of 10 years' experience and analysis of risk factors // Dig. Surg. — 2001. — Vol. 18. — №6. — P. 455-465.

К.О.Ліньов. Порівняння клінічного перебігу і результатів лікування холангіогенних і криптогенних абсцесів печінки. Луганськ, Україна.

Ключові слова: абсцес печінки, етіологія, захворювання жовчних протоків, криптогенне джерело.

Проведено порівняння клінічної картини, характеру мікрофлори і результатів лікування 86 хворих на абсцес печінки холангіогенного і криптогенного походження.

K.A.Linyov. Comparison of clinical features, treatment outcomes of liver abscesses of cholangiogenic and cryptogenic origin. Lugansk, Ukraine.

Key words: liver abscess, etiology, biliary tract diseases, cryptogenic origin.

Comparison of clinical features, microbiology, treatment outcomes of 86 patients with liver abscess of cholangiogenic and cryptogenic origin was performed.

Надійшла до редакції 19.12.2009 р.