

Особенности клиники, диагностики и лечения описторхозных абсцессов печени

Н. А. Бражникова,

М.В.Толкаева

Кафедра хирургии
№ 2 (директор -
проф.

Б.И.Альперович)

Сибирского

медицинского

государственного

университета,

г.Томск

Проанализированы результаты обследования и лечения 19 больных с абсцессами печени описторхозной этиологии, наблюдавшихся в Томском зональном гепатологическом центре МЗ РФ с 1990 по 1998 г. Группу сравнения составили 18 пациентов с пиогенными абсцессами печени непаразитарной природы. Выделено два типа изображения описторхозных абсцессов в зависимости от характера абсцедирования, представлена их ультразвуковая семиотика и выявлены критерии дифференциальной диагностики с пиогенными абсцессами печени. Установление типа абсцесса и стадии его развития по данным ультразвукового исследования играет определяющую роль в выборе тактики хирургического лечения и последующем наблюдении. Освещены особенности консервативного и оперативного лечения в зависимости от стадии и типа описторхозных абсцессов печени.

Peculiarities of Clinic Diagnostics and Treatment of the Opistorkhose Liver Abscesses

N.A. Brazhnikova,

M.V. Tolkaeva

Department of
Surgery № 2
(director-Prof.

B.I.Alperovich)

Siberian State

Medical University,

Tomsk

During 1988-1998 19 opistorkhose liver absceses patients were managed in Tomsk Regional Hepatology Centre. Diagnostic and management peculiarities are presented. As a control group 18 piogenic nonparasitic liver abscess patients were considered. Depending on abscess character 2 types of opistorkhose liver abscess images are defined. Ultrasonic semiotics and criteria of differentiation are suggested. Liver abscess stage definition determines choice of surgery and consequent management. Peculiarities of therapeutic and surgical treatment are discussed.

Абсцессы печени относятся к редким, но тяжелым по течению и трудным для диагностики осложнениям хронического описторхоза. В литературе имеется ограниченное количество наблюдений описторхозных абсцессов [1, 2, 9]. В общей структуре хирургических осложнений описторхоза абсцессы составляют 2.5-4.5% [3, 10]. Абсцессы печени при описторхозе чаще имеют холангиогенную природу, т.к. являются следствием гнойного холангита, реже развиваются в результате нагноения кист печени [3, 5, 7, 13]. Для абсцессов холангиогенного происхождения характерна множественная локализация в обеих половинах печени, небольшие размеры, быстрое развитие печеночной недостаточности [1, 3]. Трудность диагностики приводит к перфорации абсцессов с развитием гнойного перитонита, поддиафрагмальных и подпеченочных абсцессов, забрюшинных флегмон. Летальность достигает 75-84.2% [5, 6]. Все вышесказанное определяет актуальность вопросов своевременной диагностики и лечения абсцессов печени описторхозной природы.

Изучение особенностей клиники, ультразвуковой семиотики и лечения описторхозных абсцессов печени является целью настоящего исследования.

Материал и методы

С 1988 по 1998 г. в клинике наблюдалось 19 пациентов с абсцессами печени описторхозной этиологии. Среди больных было 15 мужчин и 4 женщины в возрасте от 23 до 70 лет (средний возраст 49.8 ± 1.6 год).

Наличие описторхозного поражения подтверждалось лабораторными методами исследования до операции, обнаружением описторхисов в желчных протоках во время оперативного вмешательства или в желчи, выделенной по дренажу в послеоперационном периоде. Длительность инвазии у 80% пациентов составила более 10-15 лет.

Диагноз абсцессов печени во всех наблюдениях был поставлен до операции на основании анамнестических и клинических данных, результатов ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии и подтвержден результатами оперативного лечения.

С целью выявления ультразвуковых критериев дифференциальной диагностики гнойных поражений печени различной этиологии проведен ретроспективный анализ данных УЗИ 18 пациентов с абсцессами печени непаразитарной природы (из них 12 - пиогенные и 6 - холангитические). Все больные прооперированы. При проведении анализа оценивались размеры и структура очагов, их количество, локализация, наличие и размеры полости, характер содержимого, состояние стенок и окружающих тканей.

В качестве основного метода дооперационной диагностики описторхозных абсцессов печени использовали ультразвуковое исследование на стационарных ультразвуковых аппаратах по стандартным методикам с использованием конвексных, линейных и секторных датчиков частотой 3.5 и 4 МГц.

Результаты и их обсуждение

Клиника. Клиническое течение описторхозных абсцессов печени имеет свои особенности, отличные от абсцессов другой этиологии, и проявляется менее яркой клинической картиной. Состояние больных зависит от наличия гнойной инфекции, механической желтухи, локализации гноя и объема поражения. Больных беспокоят боль и чувство тяжести в правом подреберье и эпигастральной области. Температура носит гектический характер, наблюдается чередование ознобов с проливным потом, часто наблюдается учащенное сердцебиение, пожелтение кожных покровов и слизистых. При пальпации печени отмечается резкая болезненность в правом подреберье, увеличение печени. Иногда можно наблюдать локальное увеличение левой доли печени.

Диагностика. Лабораторные методы исследования подтверждают наличие гнойного процесса: в анализах крови - умеренная анемия, обусловленная нарушением усвоения железа и витамина В12, высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, эозинофилия. Основными признаками развития острой печеночной недостаточности являются повышение билирубина за счет обеих его фракций, гипопротейнемия со снижением содержания альбуминов и повышением уровня глобулинов, увеличение трансаминаз, щелочной фосфатазы, мочевины, снижение показателей свертывающей системы крови - протромбинового индекса, фибриногена.

Описторхозные абсцессы печени в зависимости от характера абсцедирования можно условно разделить на два типа.

Абсцессы I типа (паренхиматозные) являются результатом обострения хронического описторхозного холангита, инфицирования билиарного тракта и нарушения микроциркуляции в системе воротной вены, преимущественно ее правой ветви. Более легкое проникновение инфекции по правой ветви воротной вены, которая короче и шире, чем левая, объясняет более частое появление абсцессов I типа в правой доле печени.

Ультразвуковая картина данного типа абсцессов определяется прежде всего стадией гнойного воспаления с преобладанием инфильтративных либо деструктивных изменений.

В наших наблюдениях при абсцессах I типа на эхограммах выявлялись крупные участки повышенной эхогенности, без четких контуров, соответствующие зоне отека и воспалительной инфильтрации. На этом фоне определялись очаги пониженной эхогенности или жидкостные включения неправильной формы с нечеткими контурами, обусловленные как холангиоэктазами

вследствие локального нарушения дренирования внутрипеченочных желчных протоков, так и участками асептического некроза паренхимы вследствие тромбоза и сдавления мелких ветвей воротной вены воспалительным инфильтратом.

Во всех наблюдениях процесс явился осложнением острого описторхозного холагиохолецистита и сопровождался выраженными изменениями со стороны желчного пузыря и желчевыводящих путей, выявленными при УЗИ. В частности, об обострении хронического холангита свидетельствовало значительное повышение эхогенности стенок внутрипеченочных желчных протоков в обеих долях печени и нечеткость, размытость их контуров.

Своевременная и адекватная консервативная терапия при абсцессах I типа приводит к регрессии воспалительного процесса в печени, восстановлению желчеоттока и полному выздоровлению.

В качестве иллюстрации приводим следующее наблюдение.

Больной У., 20 лет, поступил в клинику хирургических болезней 13.05.98. Болен в течение месяца, беспокоят тупые боли в области правого подреберья, слабость, повышение температуры по вечерам до 39°, озноб. Ранее на описторхоз не обследовался. При поступлении в общем анализе крови лейкоцитоз (11.4×10^9 /л), эозинофилия (12%), в анализе кала - яйца *Opisthorchis felinus*. УЗИ 14.05.98: печень увеличена, преимущественно за счет правой доли, структура паренхимы диффузно-неоднородная, выраженные перипортальные и перидуктальные фиброзно-инфильтративные изменения, холангиоэктазы. Желчный пузырь увеличен (11.5x1.6 см), стенки тонкие, уплотнены. В полости - осадочные структуры в виде крупных хлопьев, конкрементов нет. В S 6-7 правой доли, в толще паренхимы и субкапсульно, определяются участки пониженной плотности от 2 до 4 см. местами сливающиеся между собой, с мелкими жидкостными включениями неправильной формы и обширной зоной воспалительной инфильтрации. Общий размер поражения - 6.5 x 4.5 см (рис. 1).

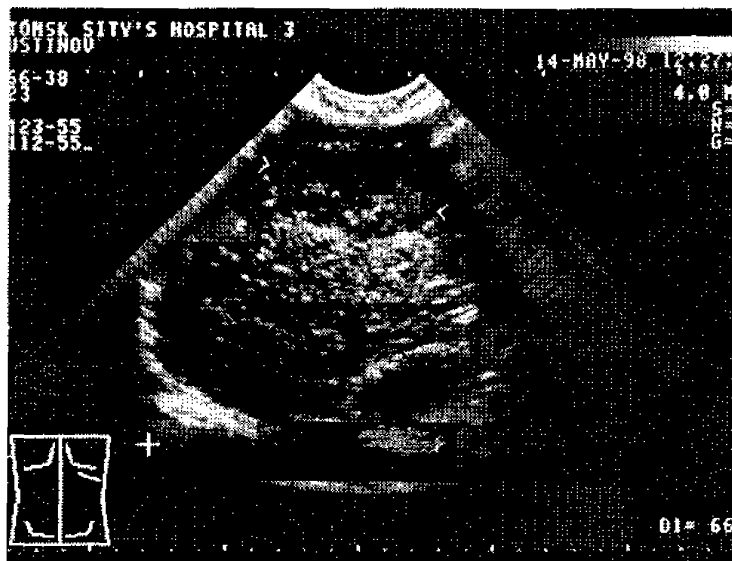


Рис. 1. Эхограмма больного У: описторхозный абсцесс печени I типа.



Рис. 2. Эхограмма больного Г: холангитические описторхозные абсцессы печени.

пониженной плотности от 2 до 4 см. местами сливающиеся между собой, с мелкими жидкостными включениями неправильной формы и обширной зоной воспалительной инфильтрации. Общий размер поражения - 6.5 x 4.5 см (рис. 1).

В области ворот печени и по ходу гепато-дуоденальной связки - увеличенные лимфатические узлы овальной формы до 1.2-1.5 см. Заключение - описторхозное поражение печени, внутрипеченочная холангиоэктазия, признаки хронического холангиохолецистита (обострение); очаговое поражение правой доли печени по типу описторхозных абсцессов с преобладанием инфильтрации. При наблюдении в динамике в ходе консервативного лечения отмечалось уменьшение явлений холангита, исчезновение перифокального воспаления, восстановление структуры печеночной ткани. Контрольное УЗИ 02.06.98 - в S₆, печени сохраняется небольшой участок пониженной эхогенности 1.7 x 2.0 см без четких контуров. Других изменений не выявлено. Выписан 04.06.98 в удовлетворительном состоянии. УЗИ в динамике 05.07.98 - очаговых изменений в печени не выявлено.

Абсцессы II типа (холангитические) развиваются на почве холангиоэктазов, вследствие желчной гипертензии и гнойного холангита и эхоскопически представляют собой множественные локально расширенные внутрипеченочные желчные протоки с утолщенными и уплотненными стенками на фоне общего повышения эхогенности ткани печени вследствие воспалительной инфильтрации. В просвете холангиоэктазов определяется слабоэхогенное содержимое, мелкие включения, обусловленные гноем, детритом. Помимо расширения внутрипеченочных желчных протоков при холангитических абсцессах печени может отмечаться увеличение диаметра общего желчного протока, утолщение и нечеткость его стенок с наличием в просвете эхогенного содержимого, что по литературным данным и по нашим собственным наблюдениям соответствует картине острого гнойного холангита [12, 14].

Абсцессы II типа во всех наблюдениях сопровождались тяжелыми клиническими проявлениями с развитием печеночной недостаточности, что требовало оперативного лечения в виде вскрытия и дренирования гнойников, дренирования желчных протоков для ликвидации желчной гипертензии, а в наиболее тяжелых случаях - резекции соответствующей доли печени.

Приводим выписку из истории болезни.

Больной Г., 59 лет, поступил в клинику 19.10.92. Предъявляет жалобы на головную боль, слабость, повышение температуры до 39°. Болен в течение месяца, обследовался амбулаторно. В общем анализе крови - умеренный лейкоцитоз (9.6×10^9 /л), СОЭ-53 мм/ч. В анализах мочи и кала изменений не выявлено. УЗИ 23.09.92: печень увеличена, выступает из-под реберной дуги на 4 см. Структура паренхимы в правой доле однородная, желчные протоки не расширены. В левой доле внутрипеченочные желчные протоки значительно расширены, извиты. По ходу протоков и в паренхиме II-III и, частично, IV сегментов - гиперэхогенная ткань (рис. 2). Общий желчный проток не расширен. Желчный пузырь не увеличен, деформирован, стенки тонкие, уплотнены. Конкрементов нет. Заключение: синдром недренируемой левой доли печени. Операция 03.11.92: вся левая доля печени плотная, бугристая. При пункции - гной. Выполнена резекция левой доли печени (II и III сегменты). Послеоперационный диагноз: множественные абсцессы левой доли печени. Патологоанатомическое заключение № 15026: описторхоз. Распространенный продуктивный холангит с аденоматозом. Холангиоэктазы. Холангитические абсцессы. Хронический интерстициальный гепатит с перидуктальным и перипортальным фиброзом.

Дифференциальная диагностика. Абсцессы печени при описторхозе чаще всего приходится дифференцировать с непаразитарными пиогенными и холангитическими абсцессами, которые являются следствием воспалительных процессов органов желудочно-кишечного тракта или септических состояний.

Пиогенные абсцессы печени в наших наблюдениях характеризовались наличием округлого очагового образования, расположенного в задних сегментах правой доли печени, с крупной одиночной полостью в его центральных отделах. В прилежащей к абсцессами ткани печени отмечались признаки умеренно выраженного перифокального воспаления.

В полости абсцесса у всех пациентов определялось однородное эхогенное содержимое, обусловленное гноем. В 4 наблюдениях на этом фоне отмечались пузырьки газа (рис. 3), что свидетельствует об анаэробном характере воспалительного процесса [4, 8]. Полость абсцесса в 9 наблюдениях имела достаточно четкое отграничение от окружающей паренхимы в виде

ободка эхогенной ткани равномерной толщины (в среднем до 5 мм), соответствующего

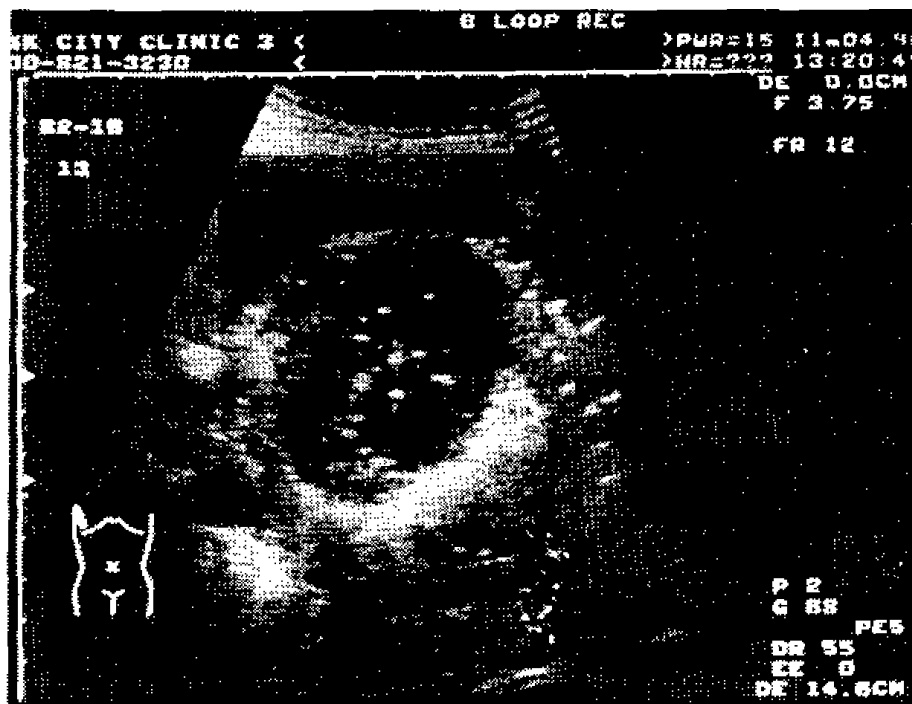


Рис. 3. Эхографическая картина пиогенного абсцесса печени: в полости абсцесса – воздушные включения.

пиогенной оболочке. В 6 наблюдениях абсцессы эхоскопически не имели капсулы. По мнению О.И. Яхонтовой и соавт. [9] наличие капсулы не всегда удается эхографически определить даже

Характер и частота (в %) ультразвуковых признаков абсцессов печени			
№	Ультразвуковые критерии	Тип абсцесса	
		описторхозные I типа	пиогенные
1	Увеличение печени	100*	50
2	Локализация, доли:	правая	62.5
		левая	12.5
		обе	25
3	Форма очага:	округлая	100
		неправильная	16.7*
4	Контуры:	ровные	100
		неровные	100*
		четкие	62.5
		нечеткие	100*
5	Наличие одиночной полости	16.7*	87.5
6	Наличие капсулы	–	75
7	Содержимое:	эхогенное	62.5
		анэхогенное	100*
8	Воздушные включения	–	50
9	Перифокальная инфильтрация	100*	50
10	Увеличение лимфоузлов	66.7*	12.5

* – статистически достоверные различия с пиогенными абсцессами ($p < 0.05$).

при сформировавшемся абсцессе, когда должно иметь место отграничение процесса, что может быть связано с активностью коллагеназ, способствующих разрушению соединительнотканых волокон.

Пиогенные абсцессы печени могут представлять сложность в дифференциальной диагностике с описторхозными абсцессами I типа.

Для выявления ультразвуковых критериев дифференциальной диагностики абсцессов печени проведен анализ взаимосвязи между ультразвуковыми признаками и этиологией абсцесса с помощью двухходовых таблиц сопряженности с вычислением критерия Пирсона Хи - квадрат. Результаты исследования приведены в таблице.

Как следует из представленной выше таблицы, дифференциальный диагноз между описторхозными абсцессами I типа и пиогенными абсцессами печени должен основываться на размерах полости, наличии капсулы, характере контуров и внутреннего содержимого, реакции перифокальной ткани. Наличие одиночной крупной полости, капсулы, экзогенное содержимое и воздушные включения характерны для пиогенных абсцессов, в то время как неправильная форма, неровность и нечеткость контуров, выраженная перифокальная инфильтрация, увеличение печени более характерны для описторхозных абсцессов.

Размеры полости гнойников также достоверно различаются ($F = 8.82; p = 0.0117$) и являются дополнительным критерием в дифференциальной диагностике описторхозных и пиогенных абсцессов печени (рис. 4).

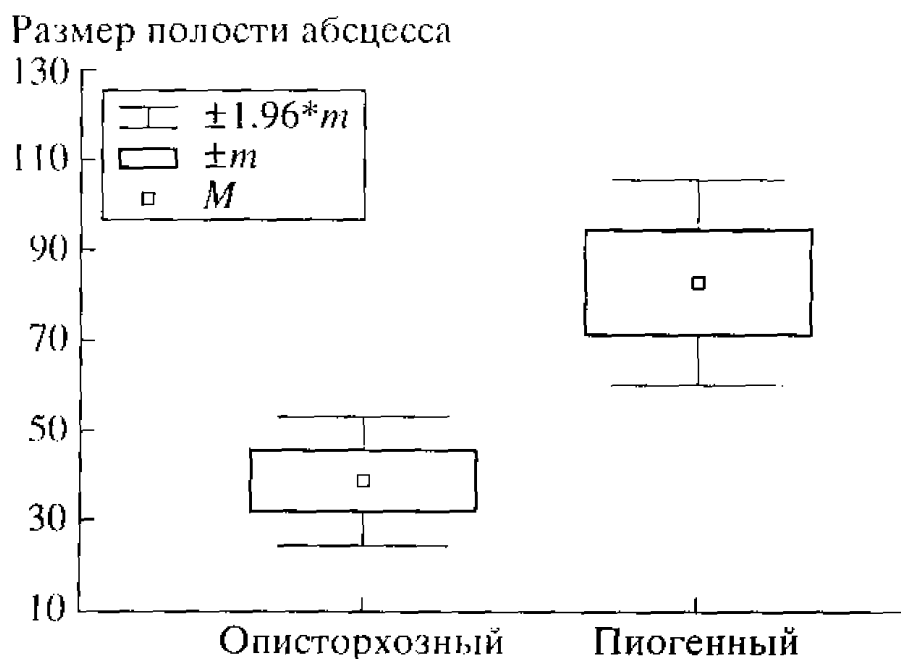


Рис. 4. График распределения средних размеров абсцессов печени с 95%-ными доверительными интервалами

Описторхозные абсцессы II типа, по нашему мнению, эхоскопически не имеют существенных отличий от холангитических абсцессов непаразитарной природы. В этих ситуациях необходимо ориентироваться на наличие описторхоза в анамнезе и ультразвуковые признаки паразитарного поражения печени [10].

Лечение. В зависимости от типа и стадии развития описторхозных абсцессов печени различна и тактика лечения.

В стадию инфильтративных изменений больным проводилось консервативное лечение, включающее в себя внутривенное введение лекарственных препаратов, назначались желчегонные и спазмолитические средства (атропин или платифиллин) по биоритмам желчеотделения. Через месяц наступало полное выздоровление. Пройти полный курс дегельментизации предлагалось больным через 3-4 месяца.

Сформировавшиеся паренхиматозные абсцессы и холангитические абсцессы печени относятся к абсолютным показаниям для оперативного лечения. Предоперационная подготовка состоит из комплекса мероприятий, направленных на дезинтоксикацию организма, борьбу с

инфекцией, нормализацию функции гепатоцитов, а также коррекцию водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия.

Прооперировано 14 больных: 9 пациентам выполнено вскрытие и дренирование абсцессов печени открытым методом. Одна больная погибла от прорыва гноя в брюшную полость и развития гнойного перитонита. При множественных гнояках, располагающихся в одной из долей печени, выполнялась резекция пораженной доли печени (5 пациентов). Все выполненные операции дополнены наружным дренированием желчных протоков, чаще по Холстеду-Пиковскому, через контрапертуру в правом подреберье. На наружный одностовольный дренаж надевается дополнительная трубка большего диаметра. На расстоянии 1 см от проксимального отдела трубка снабжена отверстием для оттока желчи (по методу клиники). Наружное дренирование необходимо для устранения желчной гипертензии и для санации желчных протоков в послеоперационном периоде от инфекции и гельминтов. Внутривенное введение лекарственных препаратов необходимо для быстрого снижения интоксикации и ликвидации острой печеночной недостаточности, повышения содержания гликогена, рибонуклеиновой кислоты в гепатоцитах, уменьшения воспалительной инфильтрации междольковой соединительной ткани.

В послеоперационном периоде больным производится антибактериальная терапия с учетом чувствительности микробов к антибиотикам. Ликвидация острой печеночной недостаточности включает инфузионную терапию: 5% глюкоза с инсулином, витамины группы В, С, раствор Рингер-Локка, реополиглюкин, гемодез, преднизолон (60-120 мг/сут). Для улучшения функции гепатоцитов назначается эссенциале, Е-аминокапроновая кислота. Для ликвидации гиповолемии - одногруппная плазма, полиглюкин, лазикс (40-80 мг/сут). Для коррекции ацидоза применялся раствор 4% бикарбоната натрия, 50-100 мг кокарбоксылазы.

Отдаленные результаты удовлетворительные, все больные поправились, даже после резекции печени. Рецидивов абсцессов печени не было.

Заключение

Резюмируя сказанное, можно заключить, что абсцессы печени описторхозной природы имеют своеобразную клиническую и эхоскопическую картину, которая определяется характером абсцедирования. Своевременное ультразвуковое обследование позволяет определить тип и стадию абсцесса и при наличии паренхиматозного абсцесса в стадии инфильтрации - проводить эффективное консервативное лечение. Выявление при УЗИ холангитических абсцессов печени является показанием к оперативному лечению.

Профилактика описторхозных абсцессов печени заключается в своевременном выявлении больных хроническим описторхозом и диспансерном наблюдении за больными с обязательным ультразвуковым контролем печени не менее 1-2 раз в год; проведении дегельментизации описторхоза.

Список литературы

1. *Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ли А.Б.* Хирургия осложнений описторхоза. Томск. Изд-во Том. ун-та. 1990. 224 с.
2. *Бражникова Н.А.* Хирургия осложнений описторхоза: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Томск. 1999. 40 с.
3. *Бражникова Н.А.* Абсцессы печени описторхозной этиологии. *Анналы хирург. гепатологии.* 1997. Т. 2 (прил.). С. 185.
4. *Биссет Р.А., Хан А.Н.* Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании: пер. с англ. / Под ред. С.И. Пиманова. Витебск: Белмедкнига. 1997. 272 с.
5. *Зиганьшин Р.В.* Хирургические осложнения описторхоза печени и желчного пузыря: Дис. ... д-ра мед. наук. Тюмень, 1977. 368 с.
6. *Зиганьшин Р.В., Зубов Н.А., Третьяков А.М., Коломиец П.И.* Хирургические осложнения описторхоза // Диагностика и лечение заболеваний печени, поджелудочной железы, селезенки и двенадцатиперстной кишки. Тюмень. 1987. С. 255—257.

7. *Зубов Н.А.* Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск. 1973. 25 с.
8. *Митьков В.В., Брюховецкий Ю.А.* Ультразвуковое исследование печени // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике: В 5-ти т. / Под ред. В.В. Митькова. М.: Видар, 1996. Т. 1. С. 27-93.
9. *Ордабеков С.О., Органбаев С.Ж., Исмаилова И.Ю., Кайназаров Б.А.* Диагностика и лечение абсцессов печени // Хирургия. 1994. № 3. С. 35-37.
10. *Толкаева М.В.* Ультразвуковая диагностика хирургических осложнений описторхоза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск. 1999. 23 с.
11. *Яхонтова О.И., Рутгайзер Я.М., Цеханович К.Б.* Современная диагностика и лечение абсцессов печени // Актуал. вопр. гастроэнтерологии. Томск. 1993. С. 235.
12. *Burdiles P., Clendes A., Diaz J.C. et al.* Histological analyses of liver parenchyma and choledochal wall, and external diameter and intraluminal pressure of the common bile duct in controls and patient with common bile duct stones with and without acute suppurative cholangitis // Hepatogastroenterology. 1986; V. 36. No 3. P. 143-146.
13. *Hitanant S., Trong D.T.N., Damrongsuk C. et al.* Pritoneoscopic Findings in 203 patients with *Opisthorchis viverrini* infection // Gastrointest. Endosc. 19⁷. V. 33. № I. P. 18-20.
14. *Ishida H., Yugisawa Y., Nasu H. et al.* Ultrasonography of acute obstructive suppurative cholangitis: serial observation by ultrasound // J.C.U. J. Clin Ultrasound. 1987. V. 15. № 1. P. 51-55.