

ОГЛЯДИ

УДК 616.36-002.3] (09)

*А.А. Малоштан***АБСЦЕСС ПЕЧЕНИ, ВОПРОСЫ ИСТОРИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)***ГУ «Институт общей и неотложной хирургии НАМН Украины», Харьков*

Абсцессы печени (вероятно, амёбные) впервые были описаны Гиппократом (Hippocrates, 460-380 год до н.э.) [1-3], которые он, а затем и Аулюс Корнелиус Цельс (Aulus Cornelius Celsus, I век н.э.) в труде *De Medicina* рекомендовал вскрывать и дренировать “с помощью ножа или прижигания”. При этом трудно предположить, откуда предполагалось эвакуировать гной: из абсцесса печени или эмпиемы желчного пузыря. “Печеночный гнойник” по Гиппократу считался благоприятным развитием местной или диссеминированной инфекции, потому что он “содержал воспаление в благоприятной форме и когда вызревал, то лечился разрезом”. По виду эвакуированного гноя устанавливался прогноз. В его «Афоризмах» различались печеночные абсцессы двух типов. Первый – с “чистым и белым” гноем, и другие, где гной “имел небольшое сходство с маслом” [4]. “Если дренируемый гной был зловонным, темный или так или иначе различный от так называемого оптимума – прогноз считался фатальным”. Гиппократ также сформулировал, что “безнадежные болезни требуют отчаянных лечебных действий!”. Так в течение многих столетий лечение и серьезный прогноз при печеночных абсцессах оставались неизменными.

Вскоре, после смерти Гиппократа, в 356 году до н.э., родился Александр Великий. Будучи молодым и гениальным полководцем, он стал королем Македонии и императором обширной империи. В восточной компании Александр достиг Индии и вскоре попал в эндемический район по амёбиазу. Он был сильно истощен болезнью, бессонницей и ранами в жестоких сражениях. Вернувшись через Гедросскую пустыню в Вавилон, он умер в воз-

расте 33 лет [5, 6], наиболее вероятно от амёбного абсцесса печени. В литературе это впервые было отмечено Аннеселием (Annesely).

Абу Али Хусейн ибн Абдаллах ибн Сина (Авиценна, 980-1037 года н.э.) из Персии писал на общие хирургические темы, в том числе и о паразитарных заболеваниях печени и печеночных гнойниках: “желчные свищи формируются после вскрытия внутривисцеральных абсцессов”. Автор акцентировал, что у больных с наружным желчным свищом после вскрытия абсцесса прогноз лучше, чем при кишечном свище. При операциях в качестве обезболивающей настойки применялись опий, мандрагора и белена.

Связь гнойного заболевания печени с дизентерией подозревалась со времен Галена (Galen) [7], который писал, что “гуморальный эксцесс должен проявить себя как заполненное гноем вздутие, оно должно быть вскрыто и дренировано”.

В 1776 году во время эпидемии дизентерии в Мехико Жаквин Люго (Joaquín Lugo) отметил, что было много смертей вследствие болезни печени [8]. Баллингаль (Ballingall) в 1818 году сделал заметку про офицера в Мадраском ведомстве, у которого был абсцесс печени, и во время дуэли «счастливым выстрелом» этот абсцесс был вскрыт, что обеспечило полное выздоровление [9]. Император Франции, Наполеон Бонапарт, после поражения под Ватерлоо, был сослан на тропический остров Святой Елены [10]. В то время кровавая дизентерия (амёбиаз) была очень распространена на этом острове, и Наполеон заболел ею. После сильного приступа, вызванного амёбным абсцессом, наступила его смерть в 1821 году на фоне массивных приступов рвоты и

мелены [13]. На вскрытии личный врач Наполеона Антомарчи (Antommarchi) констатировал «раковая язва с центром в верхней части вдоль малой кривизны желудка, сообщающаяся с полостью в печени» [14]. Таким образом, очевидно, что смерть Наполеона была обусловлена не только раком желудка [12], но и амёбным абсцессом левой доли печени, который вскрылся в желудок. Чарлс Морехад (Charles Morehead), профессор медицинского колледжа в Бомбее [8], в 1848 году сообщил о первом случае абсцесса печени у пациента с дизентерией. В его книге «Клинические исследования по заболеваниям в Индии» [16] отмечено, что печеночный абсцесс не является «чрезвычайно редким среди аборигенов», и из его клинических материалов следует, что часто наблюдалось сосуществование тропического печеночного абсцесса и образование язвы слизистой оболочки толстой кишки.

В 1674 году Энтони фон Ливенгук (Antony Von Leeuwenhoek) открыл простейшие одноклеточные организмы. Розел фон Розенхоф (Rosel van Rosenhof), любитель-шлифовщик линз в 1775 году описал микроскопический объект, который постоянно менял форму, откуда он и назвал его «маленький протей» [8]. А в 1848 Грос (Gros) [17] описал первую амёбу, живущую в человеке как паразит – «Entamoeba Gingivalis». Позже в 1875 году, Федор Александрович Леш [18] в Петербурге обнаружил амёбу в стуле пациента с дизентерией и предположил, что она является причинным фактором заболевания. В 1883 Роберт Кох (Robert Koch) описал амёбу, как возможную причину абсцессов печени, и в 1887 году, после столетий «безнаказанности», амёба была им окончательно определена как этиологический агент тропического абсцесса печени [19]. Кох, изучая холеру в Египте и Индии, прошел через ряд случаев абсцессов печени. Он показал, что *Entamoeba histolytica*, выявленная в стенке абсцесса печени, была сходна с найденными амёбами в «стуле» дизентерийных больных [8]. Этиологическую связь между амёбной дизентерией и тропическим абсцессом печени вскоре подтвердил Катулис (Kartulis) [20] в Египте в 1887 году, когда он обнаружил амёбу в 20 случаях амёбных абсцессов печени. Мысль о нагноении, обусловленном амёбой, для него была невообразимой. Поэтому он постулировал, что амёба переносила бак-

терии из кишечника в печень, таким образом, вызывая нагноение [3].

В 1891 году монография Консилмана (Councilman) и ля Флеура (LaFleur) [21] по кишечному и печеночному амёбиазу доказала утверждения Коха и Катулиса. В монографии авторы настаивали на случаях печеночного абсцесса как об осложнении дизентерии, который может случиться даже у пациентов, которые не имели каких-либо симптомов недавней болезни [8]. Даже были установлены сроки амёбного абсцесса печени.

Леонард Роджерс (Leonard Rogers) в 1902 году опубликовал документ, основанный на 37 наблюдениях амёбных абсцессов печени [22]. В 35 случаях из них амёба была «продемонстрирована».

Великолепную работу проделали Охнер (Ochsner) и ДеБэкей (DeBaakey) (1939) [24], они предоставили классические трактаты по пиогенным и амёбным абсцессам печени. Работа этих двух врачей играет центральную роль в современной диагностике и лечении печеночных абсцессов. Ламонт (Lamont) и Пуллер (Pooler) (1958) [25], Пол Милори (Paul Milory) (1960) [3], Вильмонт (Wilmont) (1962) [26] и многие другие прояснили много аспектов развития, созревания и финала амёбных и бактериальных абсцессов печени.

В конце XVIII – начале XIX веков «хирургическое опорожнение» было основной формой лечения абсцессов печени. Это делалось двумя способами. Немедленно «позволением крови», то есть хирургически и путем «медленного опорожнения». Во втором случае применялись пиявки к животу или прибегали к использованию вытяжного пластыря в «печеночной области». Более того, в эту эру назначение слабительных и ртутных препаратов в больших дозах было рутинным делом.

На протяжении всего XIX века для лечения абсцессов печени продолжали использоваться главным образом хирургические процедуры типа открытого дренирования и, позже, троакарные аспирации. Балингал рекомендовал применение полоски льна или пряди конского волоса в качестве дренажа [9]. В некоторых таких случаях, даже были предприняты попытки использовать хинин [16]. Но, несмотря на превалирование хирургической техники и стандартов асептики уровень смертности оставался высоким.

Хотя, ипекакуана (іресасуанна, рвотный корень) была известна как «патентованное» средство от кровохаркания среди населения Бразилии в XVI веке, она не использовалась рутинно в лечении печеночных абсцессов до тех пор, пока не была установлена определенная связь между амебиазом и печеночным абсцессом. Позже, в 1912 году Роджерс (Rogers) [29] представил эметин в лечении амебных абсцессов. В своей книге «Соль Эметина» он подробно изложил раннюю историю ипекакуаны, выделение ее алкалоида эметина Пеллетиром (Pelletier) и открытие излечения амебной дизентерии и печеночного абсцесса с подкожных инъекций этого алкалоида.

Игольчатую биопсию печени впервые выполнил Пауль Эрлих (Paul Ehrlich) в 1883 году при изучении содержания гликогена в диабетической печени. Позже в 1895 году ученым Люкателло (Lucatello) в Италии эта методика применена для диагностики тропического абсцесса печени. Первые опубликованные наблюдения пункции и аспирации печеночных абсцессов были сделаны Шупфером (Schürfer) в 1907 году во Франции, где пункционная техника использовалась для диагностики цирротических и печеночных опухолей. Впрочем, метод никак не завоевывал популярности вплоть до 1930 года, когда Гуард (Huard) с сотрудниками во Франции и Барон (Baron) в США начали использовать его повсеместно.

Ежегодно, в мире, амебные абсцессы печени встречаются у 40-50 млн людей, преимущественно в развивающихся экваториальных странах. Одинаково подвержены заболеванию люди всех рас. Факторами риска являются путешествия и проживание в эндемических районах. Пик встречаемости отмечается у лиц в возрасте от 20 до 50 лет. Мужчины болеют в 7-12 раз чаще, но среди детей не отмечается четкой зависимости от пола [30].

За последние 70 лет, встречаемость гноеродных абсцессов печени существенно не изменилась. В развитых странах она составляет 8-15 случаев на 100 тыс., населения; в странах, где здравоохранение недостаточно развито, эта цифра значительно выше. Соотношение заболеваемости мужчин и женщин одного возраста примерно составляет 2:1 соответственно. Гноеродные абсцессы печени чаще встречаются у людей в возрасте от 30 до 60 лет [31].

На рубеже XIX и XX веков хирургия печени переживала активное развитие, операции на печени выполнялись все чаще, в том числе и при абсцессах, производили вскрытие и дренирование гнойника. Полученные новые знания о бессосудистой зоне (линия Рекса-Кантли), «прием Прингла» и использование матрасных швов и прижигания (прототип коагуляции) стали теми первыми хирургическими приемами, которые способствовали кровосбережению и поэтому расширили возможности хирургов при операциях на печени.

Первым удалил левую долю печени по поводу абсцесса Каприо (Caprio, 1931) (по T. Tung, 1962). А.В.Мельников (1956) сообщил о 11 таких операциях, сделанных советскими хирургами. Тунг осуществил 132 резекции печени по поводу холангиогенных абсцессов и гнойников, вызванных внедрением паразитов в печень. Активную тактику при абсцессах печени защищают Патель (J. Patel) и Леджер (L. Leger) (1975). В СССР большой опыт лечения абсцессов печени разного генеза, в том числе и паразитарных, принадлежит В.С. Шапкину, Ю.М. Дедереру, а также Б.И. Альперовичу, который при гнойниках печени произвел 6 резекций печени без летальных исходов.

С 1950-х годов отмечается резкое увеличение количества холангиогенных абсцессов, а за последние 25 лет они представляют основную этиологическую группу абсцессов печени [18].

Прогноз для пациента при формировании абсцессов печени всегда серьезный. Еще с древности он неизменно считался смертельным заболеванием. В 1938 году Охнер и Дибэйкей опубликовали серию статей по амебным и пиогенным абсцессам печени, в которых сообщили о 62% выживаемости пациентов с абсцессами печени, лечившихся хирургическим дренированием лапаротомным доступом. А в течение следующих 4 лет с появлением антибактериальной терапии, сочетание хирургического дренажа и антибиотиков стало стандартом лечения. Следующий шаг произошел в 1953 году, когда Макфадзин (McFadzean) и его коллеги впервые сообщили о чрескожном дренировании абсцессов печени, которое было успешным у 14 больных без летальных случаев. Но такая практика была единична, затруднена неточной топической диагности-

кой и поэтому была возможной только при запущенных гнойниках больших размеров. Публикация оставалась незамеченной в течение нескольких десятилетий вплоть до середины 1980-х годов, когда этот метод был открыт повторно [28]. Развитие ультразвука и компьютерной томографии с середины 1960-х годов позволили осуществлять более раннюю диагностику этого заболевания с точной топикой гнойника и контролем адекватности дренажа.

Но все же, даже сегодня абсцессы печени продолжают нести высокую угрозу, так как уровень смертности остается довольно высоким и колеблется от 2,5% до 30%. Возможно, это еще и результат изменения демографических показателей (более пожилые пациенты с тяжелыми сопутствующими заболеваниями). Увеличение числа пожилых пациентов обуславливает невыраженные клинические проявления абсцессов печени, по генезу абсцессы чаще стали вторичными в следствие увеличения случаев холангита из-за воспалительных и злокачественных поражений билиарного тракта. В этих случаях окончательный прогноз определяется основным заболеванием.

Сегодня абсцессы печени принято разделять на пиогенные и паразитарные, в зависимости от вызвавшего возбудителя. Пиогенные абсцессы печени вызываются бактериальной или грибковой инфекцией, в то время как паразитарные (чаще амебные) вызываются простейшим *E. Histolitica*. В обоих случаях клинические проявления очень схожие, но существуют большие различия в их патогенезе, клиническом течении, осложнениях и лечении. Для успешного лечения абсцессов печени необходимы ранняя диагностика и лечение разнопрофильными специалистами.

В последних десятилетиях произошли изменения в хирургической тактике лечения – этих пациентов стали чаще успешно лечить миниинвазивными методиками. “Открытая” хирургия, как первая линия лечения, сейчас во многих клиниках не используется. Роль “открытой” операции при лечении гнойных абсцессов печени ограничивается только осложненными гнойниками (вскрывшимися в брюшную или плевральную полости), или для устранения самого этиологического фактора (стриктуры протоков, холангит, хронические очаги воспаления). В клиниках западной Европы эти пациенты все еще остаются в основ-

ном под наблюдением хирургов, но фактически они лечатся у радиологов [32].

За последние 50 лет наблюдается значительный сдвиг в этиологии абсцессов печени. Абсцесс может быть холангиогенный, порталный, артериальный (септический) или посттравматический. Восходящая инфекция из желчных протоков в настоящее время является наиболее идентифицируемой причиной. Доля порталной инфекции (аппендицит, дивертикулит, дизентерия или резидуальные абсцессы брюшной полости) заметно уменьшилась благодаря рациональной антибактериальной терапии. Пациенты с порталной пиемией уступили свою процентную долю больным с холангиогенными инфекциями. Кроме этого этиология билиарной инфекции имеет и некоторые географические различия. В Европе чаще причиной является хроническая инфекция в следствие эндоскопических манипуляций на билиарных органах (стентирование, эмболизация при опухолях и т.д.). В азиатских странах – внутривисцеральный литиаз и связанные с ним внутривисцеральные стриктуры [33].

На Украине спектр причин абсцессов печени мало отличается от мировых. По данным нашей клиники на 72 случая абсцессов печени их причинами явились: холангит (13,9%), порталная пиурия (26,3%), травма (15,3%), паразиты (13,9%) и причина не установлена в 30,6% случаев. При этом применяются довольно широкий спектр видов лечения: консервативная антибиотикотерапия, пункционное опорожнение и дренирование под контролем УЗИ или лапароскопа, а также экономные и обширные резекционные методики. Применение такого разнообразия хирургических тактик требует дальнейшего изучения этого вопроса. История лечения пиогенных абсцессов печени еще не закончена... она только начинается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rajasuriya K. Hepatic Abscess / K. Rajasuriya N. Nagaratham // *J. Trop. Med. Hyg.* – 1962. – Vol. 65. – P. 165.
2. Encyclopedia Americana (International Edition) / Americana Corporation. – 1970. – Vol. 14. – P. 101.
3. Paul M. History of Medicine / M.Paul // *Brit. J. Surg.* – 1960. – Vol. 47. – P. 50.
4. Adams A. The Genuine Works of Hippocrates / Adams A. – Baltimore: Williams & Wilkins Co, 1959. – Vol. 45. – Sec. 7.
5. Saville T.D. Saville's System of Clinical Medicine / T.D.Saville; 14th Edition. – London: Edward Arnold Publishers Limited, 1964.
6. Encyclopedia Americana (International Edition) / Ameri-

- cana Corporation. – 1970. – Vol. 14. – P. 44.
7. Napier E.L. The Principles and Practice of Tropical Medicine / E.L. Napier. – London: Macmillan & Co, 1946.
 8. Hardy J. Liver Surgery: the past 2000 years / J. Hardy // Aust. N. Z. J. Surg. – 1990. – Vol. 115. – P. 812.
 9. Ballingall G. Practical Observations on Fever. Dysentery and Liver Complaints as they Occur amongst the European Troops in India / G. Ballingall. – Edinburg: Balfour and Clark, 1818.
 10. Encyclopedia Americana (International Edition). / Americana Corporation. – 1970. – Vol. 14. – P. 212.
 11. O'Meara B.E. Napoleon in Exile / B.E. O'Meara. – London. – 1882. – Vol. 1-2.
 12. Gawadiaz A.P. Surgical History / A.P. Gawadiaz // Am. Heart J. – 1963. – Vol. 65. – P. 277.
 13. Chaplin A. The Illness and Death of Napoleon Bonaparte / A. Chaplin. – London: Hirschfeld Brothers, 1913.
 14. Antommarchi F. Derniers Moments de Napoleon / F. Antommarchi. – Londres, 1825.
 15. Ермолов А.С. История развития хирургии печени / А.С. Ермолов, А.В. Чжао, А.О. Чугунов // Бюллетень сибирской медицины. – 2007. – № 3. – С. 8-15.
 16. Morehead C. Clinical Researches on Disease in India / C. Morehead; Longman, Brown Green and Longmans. – 1856. – Vol. I-II. – India.
 17. Gros G. Grangments d'helminthologie et de physiologie microscopique / G. Gros // Bull. Soc. Imp Nat. Moscow. – 1849. – XXII (1 partie). – P. 549.
 18. Альперович Б.И. Хирургия печени / Б.И. Альперович. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2010. – 352 с.
 19. Koch R. Bericht uber die Thatigkeit der zur Erforschung der Cholera in Jahre 1883 nach Egyten und Indien entsandten Kommission Arb / R. Koch, G. Gaffky; A.d. Kaiserf Gesundherstsamte. – 1887. – Vol. III. – P.10.
 20. Kartulis S. Zur Aetiologie der leberabscesse Lebende Dysenterie – Amoeben im Eiter der dysenterischen Leberabscesse / S.Kartulis // Centralbl. F. Bakt. – 1887. – Vol. II. – P. 745.
 21. Councilman W.T. Amoebic Dysentery / W.T. Councilman, H.A. Lafleur // John Hopkins Hosp. Rep. – 1891. – Vol. 2. – P. 393.
 22. Rogers L. Amebic liver abscess / L. Rogers // Brit. Med. J. – 1902. – Vol. 2. – P. 844.
 23. Manson P. Tropical Diseases / P.Manson; 5th Edition. – London: Cassell & Co, 1914.
 24. Ochsner A. Liver Abscesses / A.Ochsner, M.E.DeBakery // Surg. Gyn. Obst. (I.A.S.). – 1939. – Vol. 69. – P. 392.
 25. Lamont N.M. The Treatment of the liver abscesses / N.M. Lamont, N.R.Pooler // Quart. J. Med. – 1958. – Vol. 27. – P. 389.
 26. Wilmot A.J. Clinical Amoebiasis / A.J. Wilmot. – Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1962.
 27. Dobell C. The Amoebae Living in Man / C. Dobell. – London: John Bale Sons Danielson Ltd, 1919.
 28. Chen T.S. Understanding the Liver: A History / T.S. Chen, P.S. Chen. – Westport: Greenwood Press, 1984.
 29. Rogers L. The Salts of Emetine / L. Rogers // Brit. Med. J. – 1912. – Vol. 1. – P. 1424.
 30. Acuna-Soto R. Gender distribution in asymptomatic and invasive amebiasis / R. Acuna-Soto, J.H. Maguire, D.F. Wirth // Am J Gastroenterology. – 2000. – Vol. 95. – P. 1277-1283.
 31. Hepatic abscess. Changes in etiology, diagnosis, and management / G.D. Branum, G.S. Tyson, M.A. Branum, W.C. Meyers // Ann Surg. – 1990. – Vol. 212 (6). – P. 655-662.
 32. McClusky D.A. Hepatic Surgical Anatomy: Historical Partners in Progress / D.A. McClusky, B.A. Lee // World J. Surg. – 1997. – Vol. 21. – P. 330-342.
 33. Huang J.F. Surgical treatment of hilar strictures in hepatolithiasis / J.F. Huang // Hepatogastroenterology. – 1997. – Vol. 44. – P. 322-327.

Стаття надійшла 09.03.2011