

QARACİYƏR ABSESİ

AMÖB ABSESLƏRİ ƏSASƏN KONSERVATİV MÜALİCƏ İLƏ,
PIOGENİK VƏ GÖBƏLƏK ABSESLƏRİ İSƏ DRENAJ VƏ ANTİBAKTERİAL
MÜALİCƏ İLƏ SAĞALIRLAR.

Abses qaraciyər toxumasında nekroz, infeksiyon iltihab və septik əlamətlərlə xarakterizə olunan xəstəlikdir. Səbəbinə görə üç növü ayırd edilir:

1. İrinli (piogenik) abses
2. Amöb absesi
3. Göbələk absesi

İRİNLİ ABSES

İrinli absesin xarakterik cəhətləri

- Adətən qaraciyərin və öd yolları xəstəliklərinin ağırlaşmasıdır
- Qaraciyərdə nekroz, işemiya, durğunluq və infeksiyalaşma törədən xəstəliklər nozoloji səbəbləridir
- Xəstələrin vəziyyəti ağır və septik olur
- Müalicə olunmadıqda letallıq yüksəkdir
- Drenaj və antibiotikoterapiya lazımdır

Rastgəlmə tezliyi

İrinli abses autopsiyalarda 0,4-0,7% hallarda rast gəlir. Əksər hallarda xəstəlik tək tərəfli olur və daha çox sağ payda (2:1) yerləşir, 5% hallarda isə hər iki payı tutur.

Etiologiyası və patogenezi

İrinli abses əksər hallarda qaraciyərdə və ya digər orqanlardakı xəstəliklərin ağırlaşması kimi ortaya çıxır. Absesə səbəb olan patologi-yalar *qaraciyərdə infeksiyanın inkişafı üçün şərait (nekroz, işemiya, durğunluq) və patogen mikroorqanizmlərlə yoluxma* törədərək irinli infeksiyanın inkişafına şərait yaradırlar. Öd yolları xəstəlikləri, qarındaxili iltihabi xəstəliklər, travma, arterial tromboz, pioflebit kimi amillər irinli abseslərin əmələ gəlməsində rol oynayır-lar. İrinli abses kistlərin, bəd xassəli şişlərin, şiş destruksiyalarının, hətta amöb abseslərinin in-feksiyalaşması nəticəsində də əmələ gələ bilər. İrinli abseslərdə adətən polimikrobal (qram mənfi, qram müsbət və anaerob) flora tapılır və ən çox *E. Coli*, *Klebsiella*, *anaerob bakteroidlər* rast gəlir.

Təbii gedişi

Müalicə olunmayan piogenik abseslər adətən multiorqan yetməzliyi və ölümlə nəticələnir. Müasir müalicələrə baxmayaraq bu xəstəlikdə ölüm faizi hələ də yüksəkdir və 5-30% təşkil

edir. Diaqnozun və müalicənin gecikməsi, çoxsaylı abseslər, şiş fonunda baş vermə, ağırlaşmaların olması, ağır ümumi vəziyyət və yanaşı xəstəliklər pis proqnostik faktorlardır. Yetərsiz drenaj olunan abseslər xroniki formaya keçə bilirlər.

Klinikası

Qaraciyərin irinli absesi ağır xəstəlikdir, adətən xəstələr septik vəziyyətdə olurlar və progressiv pisləşirlər. Yüksək hərarət, üşütmə, qarında ağrı və zəiflik ən çox rast gəlinən əlamətlərdir. Hepatomeqaliya, ağırlı qaraciyər, sarılıq (25%), epiqastral kütlə də təyin edilə bilər. Bəzən abses səbəbi bilinməyən qızdırma kimi də biruzə verə bilər.

Diaqnostikası

Yüksək hərarəti, septik vəziyyəti, sarılığı və ağırlı qaraciyəri olanlarda Qc absesi şübhəsi yüksəkdir. Diaqnostikasında anamnez, laborator və görüntülmə müayinələri yer alır.

USM-də abseslər (həssaslığı 80-90%) dəqiq sərhədli hipoexoi sahə kimi görünür.

KT absesin təyininə 95-100% həssaslıq göstərir və abseslər kənarları kontrast tutan, dəqiq sərhədli hipodens sahə kimi görünür. Abses üçün xarakterik əlamət olan qaz və hava-qaz səviyyəsi 20% hallarda rast gəlinir.

Radioizotop müayinələr (Gadolinium və Technetium) əvvəllər irinli və amöb abseslərinin differensiasiyası üçün geniş istifadə edilsə də, hazırda nadir hallarda tətbiq edilir.

Laborator müayinələr. Leykositoz, hipoalbuminemiya, QF və ALT artması, bilirubin artım xarakterik laborator əlamətlərdir. Qan kulturasında 50% halda mikrorqanizm tapılır.

Xəstədə xarakterik **klinik əlamətlərin** (üşütmə, yüksək hərarət, ağrı, hepatomeqaliya, sarılıq və s) olması ilə yanaşı Qc-də **absesəbənzər kütlənin** tapılması (kontrast tutmayan hipodens və ya hipoexoi sahə) abses diaqnozu kimi qəbul olunur və müalicə olunur.

Müalicəsi

İrinli abseslərin müalicəsində mütləq tədbirlər **antibiotikoterapiya və drenajdır.**

Başlanğıcda geniş spektrli antibiotiklər (qram müsbət, qram mənfi və anaerobları əhatə edən) istifadə edilir, antibiotikoqramdan sonra isə uyğun antibiotik verilir. Adətən antibiotikoterapiya 6-8 həftə davam etdirilir (**Şəkil 1**).

Absesin drenajı üçün dəridənkeçən və cərrahi drenajlar tətbiq edilir. Dəridənkeçən drenaj ilk və standart seçimdir. USM və ya KT nəzarəti altında abses boşluğuna yeridilən kateter əksər hallarda (90%) absesin sağlmasına şərait yaradır. Qarın boşluğunda əməliyyat tələb edən xəstəliklər olduqda, böyük (>5 sm) və çoxlu abseslərdə, qatı tərkibli abseslərdə və dəridən keçən drenaj yetərsiz olduqda abses boşluğu açıq və ya laparoskopik yolla drenaj edilir.

Xroniki absess. Az rast gəlsə də, bəzi hallarda, xüsusən yetərli drenaj olunmayan hallarda abses xronik formaya keçir. Bu halda absesin sərt və hərəkətsiz fibroz divarı boşluğun sərbəst bağlanmasına imkan vermir. Qalıq boşluq isə, infeksiyanın davam etməsinə səbəb olur. Bundan başqa, irinli infeksiya ilə əlaqədar boşluğun plastikası da effektivsiz olur. Belə hallarda qüsurlu dövrəni ləğv etmək, xəstəni xronik infeksiyadan qurtarmaq üçün rezeksiya lazım gəlir.

AMÖB ABSESİ

Amöb absesinin xarakterik cəhətləri

- Trofozoid olan *Entameba histolitica* tərəfindən törədilir
- Adətən amöb dizenteriyası keçirmiş xəstələrdə rast gəlinir
- Letallığı irinli absesdən azdır
- Plevropulmonal ağırlaşmalar çox rast gəlinir
- İmmunoloji və PZR diaqnostikada faydalıdır
- Antiamöb müalicə əksər hallarda fayda verir

Cədvəl 1. Qaraciyərin irinli və amöb abseslərinin diferensial diaqnostikası

Əlamət	İrinli abses	Amöb absesi
Xəstənin vəziyyəti	Ağır, septik	Orta
Əvvəlki xəstəlik	Əksər hallarda öd yollarında, qarın boşluğunda iltihabi xəstəlik, travma	Dizenteriya
Ağciyər və plevrada ağırlaşma	Plevro-pulmonal ağırlaşma nadir	Plevro-pulmonal ağırlaşma çox rast gəlinir
Yerləşməsi	Adətən mərkəzdə	Subkapsulyar
Görüntüləmədə divarı	Barizdir	Divarı görünmür
Serologiya	mənfidir	müsbətdir
Punktat	İrinli, bakteriyalarla zəngin	Hemorragik, “şokolad rəngli”, trofozoidlər

Diaqnostikası

Qarında ağrı, hərarət, ağrılı qaraciyəri olan xəstələrdə absesdən şübhələnmək olar. Anamnezində dizenteriya olarsa bu şübhə daha da artır.

Klinik (hərarət, ağrı, hepatomeqaliya), laborator (leykositoz, enzim səviyyəsində artma) və görüntüləmə (hipodens və hipoexoyik sahələr) əlamətlərinə görə amöb absesini piogenik absesdən fərqləndirmək çətin olur (*Cədvəl 1*). Bu iki absesin diferensiasiyasında iki yol daha çox tövsiyə edilir: patogen parazitin tapılması və ya empirik müalicəyə cavab.

Patogen parazitin təyini üçün nəcisdə və qanda çoxsaylı müayinələr mövcuddur. İntestinal infeksiyalarda nəcisin mikroskopiyası, nəcisdə parazit antigenlərinin, anticisimlərinin təyini və PZR üsulları tətbiq edilir. Bu üsullar arasında nəcisdə parazit antigeninin immunoferment analizi (İFA) ilə təyini ən çox istifadə edilən və dəqiq üsul hesab edilir. PZR bahalıdır, vaxt aparır, patogen və qeyri-patogen parazitləri ayırmaq üçün istifadə edilir. Nəcis kulturası faydalı deyil.

İntestinal infeksiyadan fərqli olaraq invaziv infeksiyalarda plazmada amöb antigenlərinin və anticisimlərinin aşdırılması nəcis müayinəsindən daha həssasdır. Hazırda İFA metodu ilə plazma-

da amöb anticisimlərinin təyini həssas (95%) və ucuz metod kimi amöb absesinin diferensiasiyasında ən geniş tətbiq edilən müayinədir. Plazmada antigenlərin titrinin təyini isə (ELIZA) müalicənin effektivliyini və residivləri müəyyənləşdirmək üçün istifadə edilir.

İmmunoloji müayinələr olmadıqda empirik müalicə ilə diaqnozu dəqiqləşdirmək olar. Absesin müalicəsinə metronidazol əlavə etməklə gedişata baxılır. Amöb abseslərində bu müalicə adətən 3-4 gün ərzində effekt verir.

Müalicəsi

Amöb absesləri əksər hallarda *konservativ anti-amöb müalicə* ilə sağalırlar. Antiamöb dərmanlar təsir yerlərinə görə 3 qrupa bölünür: invaziv, luminal və spesifik.

İnvaziv qrup adlanan dərmanlar daxili orqanlara keçən parazitlərə təsir edir. Bunlara metronidazol, tinidazol, sekondazol, emetin və dehidroemetin aiddir. *Luminal qrup* adlana preparatlar bağırsaq mənfəzindəki parazitlərə təsir göstərir ki bunlara paromomicin, yodkuinol və diloksonid aiddir. *Spesifik qrupa* isə selektiv olaraq müəyyən toxumalardakı parazitlərə təsir göstərən dərmanlar aiddir. Bunlara ancaq qaraciyərdəki parazitə təsir edən kloraxin və bağırsaq divarındakı parazitə təsir edən tetrasklin aiddir.

Amöb abseslərində ilk seçim metronidazoldur. Metronidazol 5-7 gün (gündə üç dəfə 750 mg dozda) verilir. Klinik əlamətlərdə yaxşılaşma müşahidə edilərsə bu müalicə 10 günə qədər davam etdirilir və sonra lüminal müalicə (yodokinol 20 gün, paramomisin 7 gün, diloxanid fomat 10 gün) aparılır.

Amöb absesində **cərrahi müalicəyə** (dəridənkeçən və ya cərrahi drenaj) az hallarda (10%) ehtiyac yaranır:

1. Ölçüsü 5 sm-dən böyük olan abseslər (partlama riski yüksəkdir)
2. Sol payda yerləşən abses (partlama riski yüksəkdir)
3. Konservativ müalicə effekt vermirsə (5-7-gün)
4. Piogenik absesdən fərqləndirmək mümkün deyilsə

GÖBƏLƏK ABSESİ

Göbələk absesinin xarakterik cəhətləri

- İmmunosupressiv xəstələrdə rast gəlinir
- Törədici adətən Candida göbələkləridir
- Letallığı yüksəkdir
- Drenaj və antifunqal müalicə lazımdır

Göbələk absesi adətən immunosupressiv xəstələrdə rast gəlinir. HIV, kimyaterapiya, radio-terapiya, immunosupressiv dərmanların qəbulu göbələk abseslərinə şərait yaradan hallardır. Bu abseslərdə patogen kimi Candida göbələkləri tapılır. Klinikası və görüntü əlamətləri piogenik abseslərə bənzəyir. Gedişi daha ağırdır, təxminən 50% letallıq törədir. Əsas müalicə tədbirləri drenaj və amfoterisin istifadəsidir.

ƏDƏBİYYAT

1. Bayramov NY. Qaraciyər rezeksiyası. Ankara 1998
2. Bayramov NY. Öd yollarının cərrahi xəstəlikləri. Ankara 2004
3. Brailita DM, Katz J. Amebic Hepatic Abscesses. <http://emedicine.medscape.com/article/183920>, 2008
4. Blessmann J, Binh HD, Hung DM, et al. Treatment of amoebic liver abscess with metronidazole alone or in combination with ultrasound-guided needle aspiration: a comparative, prospective and randomized study. Trop Med Int Health. Nov 2003;8(11):1030-4.
5. Bahloul M, Chaari A, Bouaziz-Khlaf N, et al. Multiple pyogenic liver abscess. World J Gastroenterol. May 14 2006;12(18):2962-3.
6. Cristhians KK, Pitt HA. Hepatic abscess and cystic disease of the liver. In: Zinner MJ, Ashley AW. Maingot's Abdominal operations. 11th edition, Mc Craw Hill, 2007: 757-782
7. Chen SC, Huang CC, Tsai SJ, et al. Severity of disease as main predictor for mortality in patients with pyogenic liver abscess. Am J Surg. Aug 2009;198(2):164-72.
8. Chung YF, Tan YM, Lui HF, et al. Management of pyogenic liver abscesses - percutaneous or open drainage?. Singapore Med J. Dec 2007;48(12):1158-65; quiz 1165.
9. Ivory CP, Chadee K. Intranasal immunization with Gal-inhibitable lectin plus an adjuvant of CpG oligodeoxynucleotides protects against Entamoeba histolytica challenge. Infect Immun. Oct 2007;75(10):4917-22.

10. Khan U, Mirdha BR, Samantaray JC, et al. Detection of *Entamoeba histolytica* using polymerase chain reaction in pus samples from amebic liver abscess. *Indian J Gastroenterol*. Mar-Apr 2006;25(2):55-7.
 11. Khan R, Hamid S, Abid S, et al. Predictive factors for early aspiration in liver abscess. *World J Gastroen-*
-
-