ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ТАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ И ХОЛАНГИТОМ

Пулатов Мирхаким Мирсавирович – Ph.D., доцент
Ташкентский государственный медицинский университет (Ташкент, Узбекистан)
Юнусов Сейдамет Шевкет-оглу – Ph.D., доцент
Ташкентский международный университет KIMYO (Ташкент, Узбекистан)

Аннотация: Проанализированы тактика и курс лечения 62 больных (34 мужчины и 28 женщин) в возрасте от 17 до 78 лет с указанным заболеванием в ближайшем послеоперационном периоде. Проведено предоперационное обследование и комплекс интраоперационных диагностических исследований. На основании результатов диагностики и хирургического опыта разработан собственный инновационный алгоритм лечения. Идея рекомендуемого метода заключается в осуществлении двухэтапного оперативного лечения. Первый этап включает проведение ретроградной холангиографии с эндоскопической папиллосфинктеротомией и санацией холедоха (общего желчного протока). После улучшения состояния больного и нормализации показателей крови выполняется второй этап. Выполнена эхинококкэктомия, ликвидация желчного свища и дренирование остаточной полости. Но в случае, когда заболевание обусловлено сдавлением желчевыводящих путей и воротной вены, предпочтительно выполнение отсроченных оперативных вмешательств после краткосрочной подготовки.

Ключевые слова: *эхинококкоз печени, механическая желтуха, папилллосфинктеротомия, эхинококкэктомия.*

MEXANIK SARIQLIK VA XOLANGIT BILAN ASORATLANGAN JIGAR EXINOKOKKOZIDA TAKTIKA VA DAVOLASHNI TANLASH XUSUSIYATLARI

Pulatov Mirxakim Mirsavirovich – t.f.n., dotsent
Toshkent davlat tibbiyot universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)
Yunusov Seydamet Shevket-og’lu – t.f.n., dotsent
Toshkent KIMYO xalqaro universiteti (Toshkent, O‘zbekiston)

Annotatsiya: *Ushbu kasallik bilan 17 yoshdan 78 yoshgacha bo’lgan 62 nafar (34 nafar erkak va 28 nafar ayol) bemorning operatsiyadan keyingi erta davrda davolash taktikasi va kursi tahlil qilindi. Operatsiyadan oldingi tekshiruv va intraoperativ diagnostik tadqiqotlar majmuasi o’tkazildi. Diagnostika natijalari va jarrohlik tajribasi asosida o’zimizning innovatsion davolash algoritmi ishlab chiqildi. Tavsiya etilgan usulning g’oyasi ikki bosqichli jarrohlik davolashni amalga oshirishdir. Birinchi bosqich retrograd xolangiografiya bilan endoskopik papillosfinkterotomiya va xoledoxni (umumiy o’t yo’li) tozalash o’z ichiga oladi. Bemorning ahvoli yaxshilangandan va qon ko’rsatgichlari normallashgandan so’ng, ikkinchi bosqich amalga oshiriladi. Exinokokkektomiya amalga oshirish, safro oqmasi bartaraf qilish va qoldiq bo’shliqni drenajlash. Ammo kasallik o’t yo’llari va portal venaning ezilishidan tufayli kelib chiqqan bo’lsa, qisqa muddatli tayyorgarlikdan so’ng kechiktirilgan jarroxlik amaliyotini amalga oshirish afzalroqdir.*

Kalit so’zlar: *jigar exinokokkozi, mexanik sariqlik, papillosfinkterotmiya, exinokokkektomiya.*

FEATURES OF THE CHOICE OF TACTICS AND TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS COMPLICATED BY MECHANICAL JAUNDICE AND CHOLANGITIS

Pulatov Mirkhakim Mirsavirovich – Ph.D., associate professor
Tashkent state medical university (Tashkent, Uzbekistan)
Yunusov Seydamet Shevket-og’lu – Ph.D., associate professor
KIMYO International university (Tashkent, Uzbekistan)

Abstract: *The tactics and course of treatment of 62 patients (34 males and 28 females) at the age of 17-78 years old with the above-mentioned disease within the nearest post-operational period were analyzed. A pre-operational examination and a complex of intra-operational diagnostic studies were accomplished. Basing on the results of diagnostics and surgery experience an innovative own algorithm of treatment was developed. The idea of the recommended method is the implementation of a two-stage surgical treatment. The first stage includes performing the retrograde cholengiography with endoscopic papillosphincterotomy and sanation of choledochus*

(common bile duct). After the improving the state of patient and normalization of blood indicators the second stage has taken place. There were echinococcectomy, elimination of biliary fistula and drainage of residual cavity. But in case when the disorder is conditioned by the compression of biliary tract and portal vein it is preferred the performing of tardive surgery operations after the short term preparation.

Keywords: *hepatic echinococcosis, mechanical jaundice, papillosphincterotomy, echinococcectomy.*

Механическая желтуха считается одним из грознқ и тяжелқх осложнении заболеваний билиарной системы. Клиническая симптоматика и морфофункциональные изменения в печени зависят от степени и длительности обтурации желчных путей [1, 6]. Механическая желтуха может развиваться при желчнокаменной болезни, при опухолях периампулярной зоны, а также при паразитарных заболеваниях печени [4, 15, 21].

Узбекистан является эндемическим регионом по эхинококкозу. Частота заболеваемости за последние 10-15 лет колеблется в пределах 5-8 случаев на 10000 человек. При этом число оперативных вмешательств увеличилось в 3 раза, среди которых в 25-40% случаев наблюдались осложненные формы заболевания [9, 12]. Причём, среди осложнений эхинококкоза печени, являющийся наиболее грозным – механическая желтуха (МЖ) встречается в 4,8-52%, при котором остаётся высокой послеоперационная летальность, составляя 8,1-22% [2, 5, 8] внимания требует клиника и выбор хирургической тактики у больных с эхинококкозом печени, осложненной МЖ.

Прорыв нагноившейся эхинококковой кисты печени в желчные пути сопровождается обтурацией гепатикохоледоха дочерними кистами и обрывками хитиновой оболочки, что приводит к обтурации внепеченочных желчных протоков с МЖ, а иногда и развитие бурной клиники, вплоть до шокового состояния [3, 7, 10, 13].

Еще более трудной задачей является распознавание уровня, протяженности и характера поражения внепеченочных желчных путей, степени вовлечения в патологический процесс органов тесно связанных анатомо-физиологически с билиарной системой [4, 11, 14, 19]. Эти трудности обусловлены особенностями клинического течения МЖ, развившегося холангита при прорыве нагноившейся эхинококковой кисты печени в желчевыводящие пути (ЖВП). Клинические проявления МЖ, холангита при указанном состоянии имеют свои особенности. Выбор лечебной тактики при этом должен быть индивидуальным с учетом степени тяжести больного, механизма развития МЖ, острого холангита, состояния сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и других систем [16, 21, 22].

При прорыве нагноившейся эхинококковой кисты в ЖВП, нередко развивается острый гнойный холангит с аллерго-интоксикационным компонентом, вплоть до шокового состояния с высоким летальным исходом. Практически во всех случаях развивается МЖ с холангитом при прорыве эхинококковой кисты в ЖВП [8, 17].

Между тем, по сей день нет единогласия в выборе сроков и тактики хирургического лечения больных с МЖ, осложненной холангитом, вызванной прорывом нагноившейся эхинококковой кисты печени в ЖВП, отсюда и неудовлетворенность результатами лечения. Это связано с тем, что хирургические вмешательства на высоте МЖ, осложнённой острым гнойным холангитом, приводят к высокой послеоперационной летальности, достигающей 60% [10, 18]. Наиболее широко применяемые пути для декомпрессии ЖВП является чрескожное чреспеченочное холангиостомия, ретроградна папиллосфинктеротомия, низведение обтурируемого просвет холедоха тела путем антеградного или ретроградного вмешательства [5, 20].

Цель – улучшение диагностики и результатов лечения больных эхинококкозом печени, осложненной МЖ.

Материал и методы. Для выяснения причин и особенностей клинического течения эхинококкоза печени, осложненного МЖ, и выявления факторов, влияющих на тяжесть и течение заболевания, нами проведено дооперационное обследование и комплекс интраоперационных диагностических исследований. Проанализировано течение ближайшего послеоперационного периода у 62 больных 17-78 лет (34 мужчин и 28 женщин) с признаками нарушения оттока желчи в двенадцатиперстную кишку (ДПК), находившихся на лечении в I хирургическом отделении РКБ № 1 МЗ РУз за период с 2010 по 2025 г.

У 22 (35,4%) больных выявлена клинически значимая сопутствующая патология: ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз (6), мерцательная аритмия (4), недостаточность митрального клапана вследствие перенесенного ревматизма (2), железодефицитная анемия тяжелой степени (4), хронический гепатит с переходом в цирроз (4), гемангиома правой доли печени и хронический обструктивный бронхит с астматоидным компонентом (2).

При сборе анамнеза у 42 (67,7%) больного выявлены жалобы, характерные для заболеваний органов гепатопанкреатобилиарной системы, по поводу которых неоднократно получали амбулаторное, а иногда и стационарное лечение.

Длительное течение заболевания и частые приступы печеночной колики приводят к изменениям не только со стороны ЖВП, но и органов

анатомо-физиологически зависимых от функционирования печени и ЖВП.

У 52 (83,8%) больных доминирующим признаком была МЖ: у 46 (74%) – разной степени выраженности гипербилирубинемия установлена при госпитализации, а у 6 (11,5%) – в анамнезе. Из 12 (19,3%) больных в момент поступления, кроме МЖ наблюдались проявления портальной гипертензии, причем у 3-х в сочетании с асцитом.

У 42 (80,8%) больного причиной нарушения оттока желчи в ДПК явился прорыв эхинококковой кисты в билиарный тракт с обтурацией холедоха обрывками хитина и дочерними кистами; у 10 – сдавление извне долевых и/или общего желчных протоков, а также расширение портальной вены. В этих случаях клиническая картина отличалась большим многообразием, особенно при прорыве эхинококковой кисты в билиарный тракт. При прорыве эхинококковой кисты в ЖВП, кроме МЖ, у 46 (74%) наблюдалась выраженная картина острого обтурационного гнойного холангита, а у 54 (87,1%) сопровождалась бурной эндотоксемией и во всех случаях печеночной недостаточностью, обуславливающие тяжесть состояния больных.

В начале 90-х годов 2 больным, учитывая, что общий билирубин не превышал 100,0 ммоль/л, проведено одномоментное хирургическое лечение с ликвидацией желчного свища и дренирование остаточной полости, формирование билиодигестивного анастомоза и наружное дренирования холедоха. В послеоперационном периоде у этих больных прогрессивно нарастала клиника сердечно-сосудистой недостаточности, которая усугубила печеночную недостаточность. Проводимая симптоматическая и гепатотропная терапия не была эффективна, больные скончались на 4-е и 6-е сутки послеоперационного периода. Причиной летальных исходов, на наш взгляд, стало тяжелое состояние больных, обусловленное бурным воздействием чужеродного белка с аллергизацией организма и подавлением иммунной системы, а также сопутствующей патологией.

В дальнейшем всем больным с расширением внутрипеченочных протоков и клиникой МЖ при осложнении холангитом проводилось лечение в 2 этапа. На первом этапе 54 больным выполняли ретроградную панкреатохолангиографию (РПХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (РЭПСТ) и санацией холедоха, независимо от уровня общего билирубина. После улучшения состояния, нормализации показателей крови выполняли второй этап хирургического лечения – эхинококкэктомию, ликвидацию желчного свища и дренирование остаточной полости. У этих больных необходимости в выполнении билиодигестивных анастомозов не было, дренирование после папиллотомии было адекватным.

У 10 больных со сдавлением билиарного тракта эхинококковой кистой после кратковременной подготовки выполнена эхинококкэктомия с дренированием остаточной полости, а ретроградная холангиография явилась дополнительным диагностическим пособием. В послеоперационном периоде у этих больных проявления портальной гипертензии прошли на 5-7-е сутки, размеры селезенки уменьшились до нормы на 8-9-е сутки. Во время операции у данной категории больных со стороны печени характерных цирротических изменений не обнаружено.

При данной тактике лечения летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения отмечены у 12 из 58 больных: нагноение раны – у 8, сердечно-сосудистая недостаточность – у 2, пневмония – у 2.

Результаты и их обсуждение. За период наблюдения отмечается постепенный рост больных с эхинококкозом печени, что существенно увеличило хирургическую активность. За этот период у больных эхинококкозом печени, осложненным нарушением оттока желчи в ДПК и портальной гипертензией, проводимая тактика лечения полностью оправдала себя. Послеоперационные осложнения в большинстве случаев были связаны с основным заболеванием. Так, на наш взгляд, при прорыве эхинококковой кисты в ЖВП, тяжелое состояние больных обусловлено как развитием МЖ и гнойного холангита, так и воздействием чужеродного белка и аллергизации организма и подавлением иммунной системы.

С другой стороны, при сдавлении ЖВП и портальной вены эхинококковой кистой, тяжесть состояния больных зависит от выраженности желтухи и гипертензии в портальном бассейне. Особенно явления печеночной недостаточности выражены у больных с асцитом. Необходимо также отметить, что длительная подготовка данной категории больных нецелесообразна, так как сохраняющаяся гипертензия билиарной и портальной системы создают условия для прогрессирования печеночной недостаточности.

На основании опыта лечения нами разработан алгоритм диагностической и хирургической тактики эхинококкоза печени, осложненного нарушением оттока желчи в ДПК. Он направлен на стандартизацию диагностики в условиях экстренной хирургии; выбору лечебных пособий в зависимости от диагностических находок; стандартизацию хирургической тактики (рисунок 1).

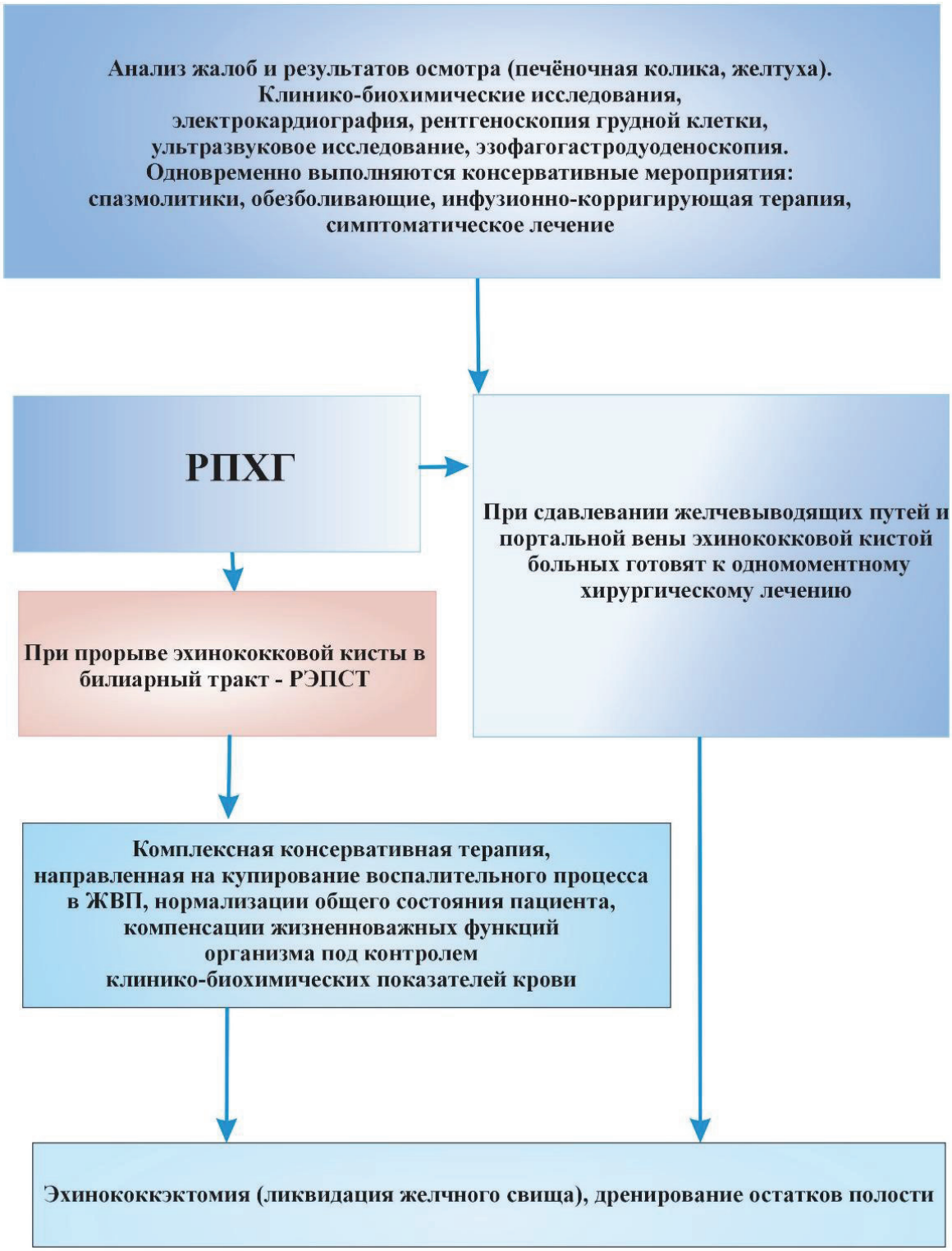


Рис. 1. **Алгоритм диагностики и лечения больных эхинококкозом печени, осложненным нарушением оттока желчи в ДПК**

Если во время обследования больного выясняется, что нарушение оттока желчи обусловлено сдавлением ЖВП эхинококковой кистой, то необходимость в выполнении ретроградной холангиографии отпадает. У данной категории больных ретроградная холангиография выполняется только при неясности причины нарушения пассажа желчи в ДПК. Больных со сдавлением ЖВП эхинококковой кистой необходимо

оперировать после кратковременной подготовки в отсроченном порядке. Длительная подготовка нецелесообразна, так как билиарная гипертензия, в некоторых случаях в сочетании с портальной гипертензией только ухудшает состояние больных.

Выводы.

Согласно разработанному нами алгоритму диагностической и хирургической тактики при эхинококкозе печени, осложненном нарушением оттока желчи в ДПК, предпочтительным является двухэтапное хирургическое лечение, а у больных со сдавлением ЖВП и портальной вены после кратковременной подготовки – проведение отсроченных хирургических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арипов У.А., Мазаев П.Н., Гришкевич Э.В., Данилов М.В. Механическая желтуха. – Ташкент; Москва, 1971.- 258 с.
2. Арипова Н.У., Матмуратов С.К., Бабаджанов Ж.К. Эффективность желчесорбции у больных механической желтухой опухолевого генеза //central asian journal of medical and natural sciences. – 2021. – Т. 2. – №. 5. – С. 25-34.
3. Власов А.П. Гепатический дистресс-синдром в хирургии: понятие, патогенез, основы профилактики и коррекции / А.П. Власов, В.А. Трофимов, Т.И. Власова, О.В. Марков // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2021. №3 (8): 20-27.
4. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Ветшев П.С., Дюжева Т.Г., Дифференцированный подход к применению минимально инвазивных методов лечения опухолевой механической желтухи. Анналы хирургической гепатологии. 2019; 24 (2): 11–23. DOI: 10.16931/1995-5464.2019210-24.
5. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адилходжаев А.А., Рахманов С.У., Юнусов С.Ш., Адашалиев А.Н., Бекназаров И.Р. Декомпрессивные вмешательства в лечении механической желтухи, обусловленной периампулярными опухолями. Медицинский журнал Узбекистана. 2015. №6. С. 2-10.
6. Мамараджабов С. Э., Ризаев Ж. А., Баймаков С. Р. Роль и место сероэпидемиологического обследования населения в ранней диагностике эхинококкоза в самаркандской области //Актуальные аспекты медицинской деятельности. – 2021. – С. 209-212.
7. Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А. Классификация эхинококкоза печени и методов его хирургического лечения. Анналы хирургической гепатологии. 2005; 10(1): 8-11.
8. Пулатов М. М., Магзумов И. Х. Чрескожные технологии в лечении эхинококкоза печени, осложнённом механической желтухой //Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. – 2015. – С. 131-132.
9. Ризаев Ж. А., Мамараджабов С. Э. Сероэпидемиологическое обследование на эхинококкоз жителей Самаркандской области //Материалы II Международной научно-практической онлайн конференции «современные достижения и перспективы развития охраны здоровья населения. – 2020. – Т. 17. – С. 59-60.
10. Хакимов М. Особенности диагностики и лечения периампулярных опухолей, осложненных механической желтухой. – 2016.
11. Шодмонов И.Ш., Разиков Ш.Ш. Эпидемическое значение эхинококкоза. Современные проблемы науки и образования. 2015; 2(1). URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=17278 [дата доступа: 25.12.2021].
12. Adilkhodjaev A. A., Yunusov S. S. The features of surgical approach in the tumors in the head of pancreas complicated by mechanical jaundice //Приоритеты мировой науки: эксперимент и научная дискуссия. – 2015. – С. 63-67.
13. Aripova N. U., Matmuratov S. K., Babadjanov J. K. The changes in the concentration of interleukin-6 in blood and bile in patients with obstructive jaundice after bile sorbtion //Toshkent tibbiyot akademiyasi axborotnomasi. – 2020. – №. 1. – С. 82-85.
14. Darenskaya M. A. et al. Lipid peroxidation, antioxidant defense parameters, and dynamics of surgical treatment in men with mechanical jaundice of various origins //AIMS Molecular Science. – 2020. – Т. 7. – №. 4. – С. 374-382.
15. Fedorov V.E., Haritonov B.S., Aslanov A.D., Logvina O.E., Naryzhnaja M.A., Masljakov V.V. Tactics of management of patients with complications of bile disease, manifested by mechanical jaundice depending on stage of its development. Вестник Национального медико-хирургического Центра им Н.И. Пирогова. 2020, т. 15, №3, часть 2. С. 42-50. https://doi.org/10.25881/BPNMSC.2020.43.62.009
16. Fernanda Q. Onofrio, Gideon M. Hirschfield et all. The Pathophysiology of Cholestasis and its relevance to clinical practice. Clinical liver disease. Vol. 15, No 3, 2020. P. 110-114.
17. Gautham Appanna, Yiannis Kallis. An update on the management of cholestatic liver disease. Clinical Medicine. 2020. Vol. 20, No 5. 513-6.
18. Khadjibaev A., Khadjibaev F., Tilemisov S. Retrograde and percutaneus transhepatic interventions in benign mechanical jaundice //HPB. – 2019. – Т. 21. – С. S888.

19. Makhmudova G.F., Nurboboyev A.U. Treatment of mechanical jaundice via the modern way //Scientific progress. – 2021. – T. 2. – №. 6. – C. 530-537.

20. Rizayev J. A., Mamarajabov S. A., Baymakov S. R. Znachenie petsilomikoza v razvitii oslojnenii pri ekhinokkoze //Sbornik nauchno-prakticheskoy konferentsii (s mejdunarodnim uchastiem) «sovremennыe dostijeniya i perspektivy razvitiya oxrany zdorovya naseleniya». Tashkent. – 2019. – C. 330-333.

21. Shavkatovich K. M., Anvarovich A. A., Shevketovich Y. S. Integral assessment program for development of specific complications and tolerability of gastropancreatoduodenal resection in patients with periampullar tumors //European science review. – 2015. – №. 9-10. – C. 106-110.

22. Tsyrkunov V.M., Prokopchik N.I., Andreev V.P., Kravchuk R.I. Clinical morphology of liver: cholestasis. Journal of the Grodno State Medical University. Vol. 16, №4, 2018. P. 468-480. https://doi.org/10.25298/2221-8785-2018-16-4-468-480