УДК: 616.36-002.931.2+616.361-06-07/08

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ

А.М.ХАДЖИБАЕВ, Х.Э.АНВАРОВ, М.А.ХАШИМОВ

Diagnostics and treatment of liver echinococcosis complicated by rupture into the biliary tract

A.M.Khadjibaev, H.E.Anvarov, M.A.Khashimov

Республиканский специализированный центр хирургии имени академика В. Вахидова

Проанализированы результаты лечения 28 пациентов с грозным осложнением эхинококкоза печени – прорывом в желчные пути с возникновением механической желтухи. Описан примененный комплекс лечебно-диагностических мероприятий с использованием иммуноферментного анализа и эндоскопического ретроградного исследования с выполнением эндоскопической папиллосфинктеротомии, что позволило устранить причину механической желтухи, уменьшить риск осложнений последующих открытых операций.

Ключевые слова: *эхинококкоз печени, прорыв в желчные пути, механическая желтуха, иммуноферментный анализ, эндоскопическая папиллосфинктеротомия*

The analysis of treatment of 28 patients with severe complicated liver echinococcosis is provided in this article. All cases were complicated by spontaneous rupture of cyst into the biliary tract. There is a description of applied complex method of diagnostic and treatment measures with usage of enzyme-linked immune assay and endoscopic retrograde examination with endoscopic papillosphyncterothomy. These measures allowed liquidating of mechanical block, and avoiding of complications after following open operations.

Key-words: *liver echinococcosis, rupture into the biliary tract, mechanical jaundice, ELISA, endoscopic papillothomy*

Гидатидный эхинококкоз — это одно из самых распространенных паразитарных заболеваний человека, возбудителем которого является личиночная стадия цепня E. granulosus. Человек -- промежуточный хозяин. Наиболее часто у человека поражается печень (около 80%, причем правая доля поражается чаще левой), затем по частоте поражения идут легкие, значительно реже — остальные органы [1, 2, 5, 7, 11, 14]. Заболевание носит эндемический характер и распространено в основном в сельских районах в Средней Азии, Южной Европе, Средиземноморье, Северной Африке, Южной Америке, Австралии. В последнее время в связи с высоким уровнем миграции населения, в том числе рабочей силы из развивающихся стран, развитием туризма, заболевание все чаще регистрируется вне эндемических очагов [3, 4, 5, 7, 11].

По данным разных авторов, осложнения эхинококкоза печени наблюдаются у 26—63% больных [5, 6, 8, 10, 11]. Опасными для жизни осложнениями являются нагноение кисты, прорыв в брюшную, реже в плевральную полость, с непосредственной опасностью развития тяжелого, иногда фатального, анафилактического шока и последующей диссеминацией эхинококка, сдавление магистральных желчных протоков, а также спонтанный прорыв кисты в билиарное дерево с развитием механической желтухи [1, 6, 9, 10, 11, 12, 13].

Хирургическое лечение осложнений эхинококкоза заключается в обеззараживании и эвакуации содержимого кисты, устранении остаточной полости, предотвращении рецидива заболевания, наряду с ликвидацией угрожающих жизни состояний – перитонита, механической желтухи с гнойным холангитом, реакций гиперчувствительности.

За более чем 200-летнюю историю хирургии эхинококка было предложено множество методов оперативного лечения и профилактики рецидива этого заболевания. Основной проблемой в лечении эхинококкоза печени, осложненного прорывом в билиарное дерево, является то, что больные обращаются в стационар уже с различными стадиями печеночной недостаточности, вызванной механическим препятствием и желчной гипертензией. Это усугубляет тяжесть их состояния, увеличивает риск послеоперационных осложнений, рецидива, удлиняет срок послеоперационной реабилитации. Методы дооперационной декомпрессии желчных протоков при прорыве в них паразитарных кист, а также эндоскопические вмешательства в лечении наружных желчных свищей, возникающих нередко после эхинококкэктомии из печени, не получили должного внимания. Послеоперационные осложнения в виде наружных желчных свищей, нагноения остаточных полостей в печени, механической желтухи (10-24%) во многом связаны с наличием цис-

тобилиарных свищей, не замеченных, либо не устраненных во время операции [1,2,8,10,11,16].

В связи с изложенным, лечение осложненных форм эхинококкоза печени остаются чрезвычайно актуальной проблемой, которая требует переосмысления тактики лечения с учетом внедрения в практику новых методов лечения, таких как эндоскопические и лапароскопические технологии, пункция кисты под контролем лучевых методов исследования [8,11].

Цель исследования — улучшение результатов лечения эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути, путем усовершенствования тактического подхода к комплексной диагностике и лечению, в том числе предоперационных мероприятий, позволяющих снизить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений.

Материал и методы

В 2002-2010 гг. под наблюдением находились 386 больных с различными осложнениями эхинококкоза печени. У 28 (7,3%) из них наблюдался прорыв кист в билиарное дерево – имела место классическая картина обтурационного гнойного холангита (боли и чувство тяжести в правом или левом подреберье, пожелтение кожных покровов и склер, повышение температуры тела до 39^{0}С с ознобом (триада Шарко), снижение аппетита, потемнение цвета мочи, осветление стула).

Больные были в возрасте от 22 до 62 лет, средний возраст — 42,4±4,1 года. Мужчин было 18 (64,3%), женщин 10 (35,7%). Длительность симптомов механической желтухи у 16 (57,2%) больных составила более 7 суток, у 2 больных (7,1%) — 3-7 суток, у 10 (35,7%) пациентов — до 3-х суток. 2 (7,1%) больных ранее перенесли открытые оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени.

Стандартная диагностика включала общий осмотр, определение общеклинических и биохимических показателей крови (билирубин и его фракции, уровень аланинаминотрансферазы — АлТ, аспартат -аминотрансферазы — АсТ, щелочной фосфатазы — ЩФ, общего белка). С целью определения функционального состояния печени и печеночной недостаточности (ПН) использовали классификацию К.З. Мининой (1988): I стадия (компенсация) — повышение уровня общего билирубина до 100 мкмоль/л, кратковременный подъем АЛТ и АСТ, гиперкоагуляция; II стадия (субкомпенсация) — повышение уровня билирубина до 100-200 мкмоль/л, щелочной фосфатазы до 5-6 ммоль/л, снижение общего белка до 55 г/л; III стадии (декомпенсации) — уровень билирубина превышает 200 мкмоль/л, отмечается выраженная гипоальбуминемия, гиповолемия, олигурия, азотемия; IV стадия (терминальная) — нарушение функции печени, нарастающая интоксикация, энцефалопатия с развитием гепатаргии.

Следует отметить, что все больные при поступлении находились в компенсированной и субкомпенсированной стадиях ПН.

Ясность в постановку клинического диагноза вносили инструментальные методы исследования — УЗИ, КТ, дополненные иммуноферментным анализом (ИФА) с использованием человеческого Ig G, специфичность которого составляет 95%. При этом только у 1 (3,6%) больного результат ИФА был ложноотрицательным (в раннем периоде в связи с техникой постановки), у остальных результат ИФА подтверждал клинико-инструментальную картину.

Всем больным с подозрением на прорыв эхинококковой кисты в желчные пути в первые сутки (в зависимости от тяжести состояния) была произведена ретроградная панкреатохолангиография (РПХГ), подтверждающая диагноз. При этом расширение холедоха более 20 мм наблюдалось у 3 (10,7%) больных, 20-15 мм — у 14 (50%), 9-15 мм — у 11 (39,3%). Установить диагноз после проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) не составило труда. У 20 (72%) пациентов после ЭПСТ произведено удаление корзинкой Дормиа хитиновых оболочек и ликвидация механического блока с промыванием билиарного тракта 0,06% раствором гипохлорита натрия (рис. 1). В дальнейшем им выполнена открытая операция в отсроченном порядке. У 8 (28%) больных попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом, и разрешить механическую желтуху не уда-

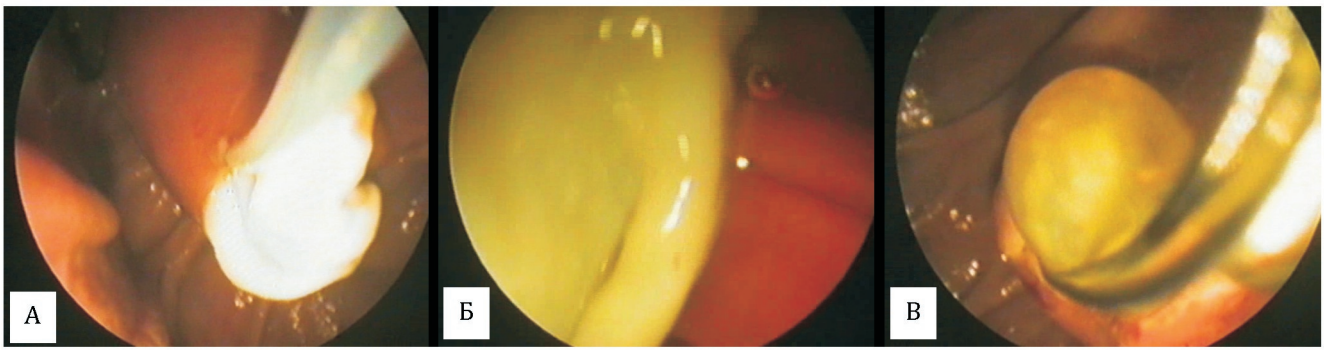

Рис. 1. *Этапы ЭПСТ: А) выбухание продольной складки; Б) пролабирование хитиновой оболочки; В) извлечение дочерней кисты.*

лось. Эти пациенты были также подвергнуты оперативным вмешательствам, но в срочном порядке.

Больным с прорывом эхинококковой кисты в желчные пути и возникновением механической желтухи после РПХГ была произведена эхинококкэктомия по методам, принятым в клинике и описанным в литературе, которые у 16 были дополнены перикистэктомией с ушиванием остаточной полости на дренажной трубке.

У большинства больных (59,1%) кисты локализовались в разных сегментах правой доли, значительно реже (19,1%) - в левой и обеих (21,3%) долях печени. У 2 (16,5%) больных была центральная локализация кист. В эту группу мы отнесли не только кисты, локализующиеся в I и IV сегментах, но и кисты других сегментов печени, которые большей своей поверхностью располагались в I и IV сегментах или в воротах печени.

Хирургическая тактика у пациентов с остаточными полостями и поражением желчных протоков зависела от локализации, размеров и количества эхинококковых кист и их связи с желчными протоками. Абсолютным показанием к перицистэктомии считали обызвествление фиброзной капсулы, оставление которой, как показали наши исследования и данные других хирургов, является причиной нагноения остаточных полостей и стойкого наружного желчно-гнойного свища. Перицистэктомию выполняли прецизионно, с применением аргоннно-плазменного скальпеля, избегая повреждения трубчатых структур печени, но без ущерба для адекватности операции. Во всех наблюдениях удаляли обызвествленные участки фиброзной капсулы, а интимно спаянные с сосудами или желчными протоками необызвествленные участки частично иссекали с безопасным оставлением лишь небольших участков капсулы. Одним из важных элементов эхинококкэктомии из печени является соблюдение принципа антипаразитарности (надежная изоляция операционной раны и обеззараживание зародышевых элементов паразита во время операции). Из предлагаемых в настоящее время способов антипаразитарной обработки эхинококковых кист в клинике РНЦЭМП применялся наиболее безопасный, простой и эффективный способ с использованием 80% стерильного глицерина с экспозицией 10 мин, а в ряде случаев использовалась обработка остаточной полости расфокусированными лучами аргонного лазера.

Результаты и обсуждение

При постановке ИФА достоверность результатов составила 96,3%, что вполне сопоставимо с данными литературы. Из 28 больных, которым выполнена РПХГ, устранить механическое препятствие посредством эндоскопической папиллосфиктеротомии и восстановить нормальный отток желчи в двенадцатиперстную кишку путем удаления хитиновых оболочек корзинкой Дормиа удалось у 20 (71,4%). У 8 пациентов после ЭПСТ попытки удаления хитиновых оболочек не увенчались успехом.

Проведение предоперационной РПХГ позволило не только снизить возможную послеоперационную летальность путем своевременного разрешения билиарной гипертензии, но и определить взаимоотношение кист с магистральными желчными протоками и сосудами, уменьшив частоту их случайных повреждений.

У больных, которым до открытой операции было успешно проведено ретроградное разрешение механической желтухи (1-я группа), отмечалось достоверное снижение печеночной недостаточности уже на 2-3 сутки после произведенной РПХГ. В то же время у больных, оперированных на высоте механической желтухи в связи с безуспешной попыткой деблокады холедоха (2-я группа), наблюдался более длительный период восстановления уровня билирубина (рис. 2). Снижение уровня билирубина практически до нормальных значений наблюдалось у пациентов с успешной ретроградной деблокадой уже к 6-7 суткам, в то время как у

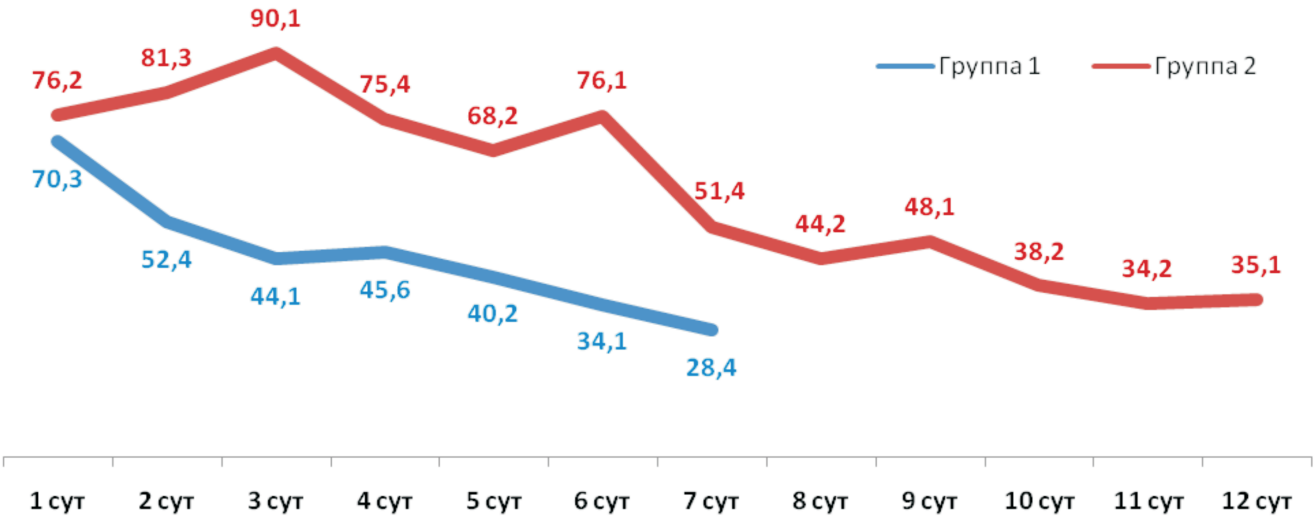

Рис. 2. *Показатели билирубина, средние значения, мкмоль/л.*

пациентов 2-й группы этот период составил 11-12 суток.

Хирургическая тактика у больных эхинококкозом печени, осложненным прорывом в желчевыводящие пути, механической желтухой и гнойным холангитом, была двухэтапной.

На первом этапе путем применения малоинвазивных технологий стремились обеспечить декомпрессию билиарного тракта, снизить явления холангита и степень эндотоксикоза. Вторым этапом в зависимости от эффективности проведения ЭРПХГ и ЭПСТ с декомпрессией желчевыводящих путей была произведена эхинококкэктомия с различными модификациями ликвидации остаточной полости. Из подвергнутых оперативным вмешательствам больных с прорывом эхинококковой кисты в желчные пути у 3 (11%) возникли ранние послеоперационные осложнения в виде нагноения послеоперационных ран. 1 (3,6%) больной выполнена релапаротомия в связи с желчным перитонитом. 1 пациент погиб. Причиной смерти была выраженная печеночная недостаточность на фоне обтурации желчных путей и гнойного холангита вследствие запоздалого обращения. Послеоперационный период составил в среднем 12,4±1,2 дня у пациентов с успешной ретроградной деблокадой желчных путей и 16±1,3 дня у больных, оперированных на фоне продолжающейся обструкции холедоха. При этом период пребывания в отделении реанимации составил соответственно 2,8±0,4 и 6,7±1,3 дня.

Заключение

Ретроградные эндобилиарные вмешательства являются не только высокоспецифичными диагностическими, но и лечебными методами, позволяющими устранять причину механической желтухи, адекватно санировать билиарное дерево. Это позволяет уменьшить риск осложнений при последующих открытых операциях.

Литература

1. Абдуллоев А.Г., Мовчун А.А., Агаев Р.М. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков. Хирургия 2005; 2: 38–42.
2. Агаев Р.М. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени с поражением желчных путей. Хирургия 2002; 9: 58–62.
3. Алиев М.А. Осложненный эхинококкоз органов брюшной полости. Алматы Гылым 1996; 206.
4. Вафин А.З., Левченко Е.В., Айдамиров А.Н. Прогнозирование и профилактика инфекционно-воспалительных послеоперационных осложнений хирургии эхинококкоза печени. Проблемы эхинококкоза. Махачкала 2000; 32-33.
5. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: состояние проблемы. Анналы хир гепатол 2005; 4: 7–12.
6. Джалалов Ю.В. Лечебно-диагностическая тактика при эхинококкозе печени, осложненном механической желтухой. Хирургия 1999; 4: 63-64.
7. Каримов Ш.И. Проблемы эхинококкоза в Узбекистане - достижения и перспективы. Хирургия эхинококкоза. Материалы Междунар. симп. Ургенч 1994; 3-6.
8. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Кахаров М.А. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. Анналы хир гепатол 2002; 7 (1): 18-22.
9. Милонов О.Б., Тимошин А.Д., Готье С.В. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени, осложненном прорывом в желчные пути. 2-й съезд хирургов Таджикистана. Тез. докл. Душанбе 1989; 118.
10. Мовчун А.А., Абдуллаев А.Г., Утепкалиев М.Р. Хирургическое лечение эхинококкоза печени с прорывом в желчные пути. Хирургия 1991; 5: 149-156.
11. Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени. Анналы хир гепатол 1999; 4(1): 96-97.
12. Утепкалиев М.Р. Эхинококкоз печени с поражением желчных путей. Дис. ... канд. мед. наук. М 1992.
13. Becker K., Frieling T., Saleh A., Haussinger D. Resolution of hidatid liver cyst by spontaneous rupture into the biliary tract. J Hepatol 1997; 26: 6: 1408-1412.
14. Cook GC. Parasitic infections of the gastrointestinal tract: a worldwide clinical problem. Curr Opin Gastroenterol 1989; 5: 126-139.

ЎТ ЙЎЛЛАРИГА ЁРИЛИШ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ

А.М.Хаджибаев, Х.Э.Анваров, М.А.Хашимов

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази

Мақолада жигар эхинококкозининг тахликали асорати бўлмиш паразитнинг ўт йўлларига ёрилиши ва механик сариқлиги бўлган 28 беморни даволаш натижалари ёритилган. Муаллифлар иммунофермент тахлил ҳамда эндоскопик ретроград текширувлар ва эндоскопик папиллосфинктеротомия амалиётларини қамраб олган даво-диагностика мажмуасини ёритиб берганлар. Бундай ёндашув кичик инвазив йўл билан механик сариқлик сабабини бартараф қилиш ва кейинги босқичдаги очиқ амалиётлар асоратларининг ҳавфини камайтириш имконини берди.

Контакт: Анваров Хикмат Эркинович

100060, Ташкент, ул. Нукусская, 19д-26

Тел.: 998 (71) 150 4610, 998 (97) 103 2432

Факс: 998 (71) 150 4605

E-mail: uzkhik@mail.ru