



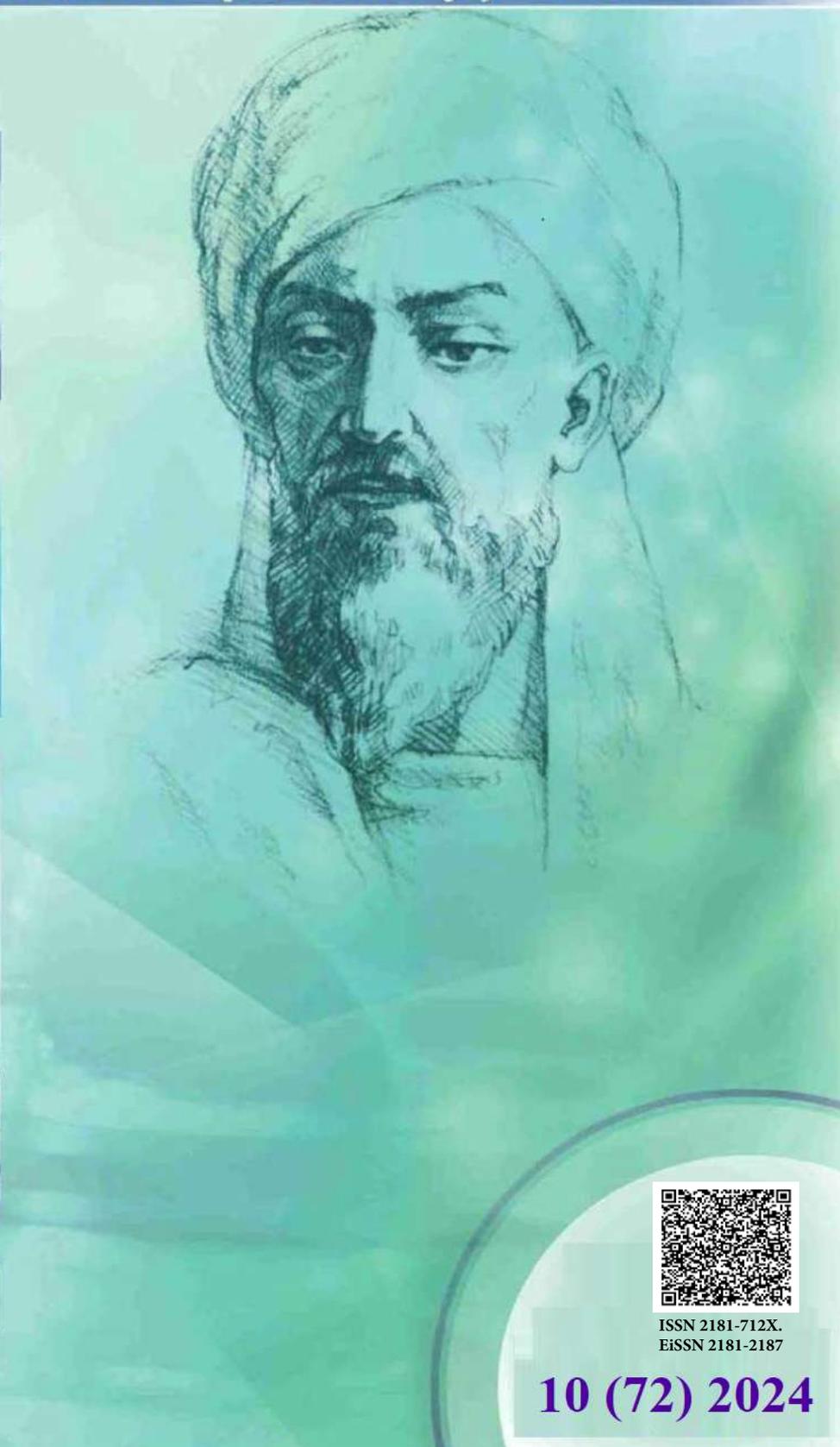
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (72) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (72)

2024

октябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.36 – 981.42 – 089 - 008.5 – 002.64

ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПРОРЫВОМ В ЖЕЛЧНЫЕ ПУТИ И РАЗВИТИЕМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

(обзор литературы)

Уроков Ш.Т. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Абидов У.О. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Султонзода Н.Д. <https://orcid.org/0009-0003-9181-3532>

¹Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины

Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Бахоуддина Накшбанди 159, тел:

+998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

Эхинококкоз печени является серьезной медицинской проблемой, особенно в эндемичных регионах. Осложнения заболевания, такие как прорыв кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи, встречаются у 10–30% пациентов и значительно утяжеляют клиническое течение болезни, приводя к холангиту, абсцессам печени и печеночной недостаточности. Диагностика этих состояний требует применения высокоточных методов визуализации, таких как УЗИ, МРХПГ и ЭРХПГ. Прорыв эхинококковой кисты в желчные пути, требуется междисциплинарный подход, включая эндоскопическое удаление паразитарных элементов и хирургическое вмешательство с последующим дренированием желчных путей. Современные методики, такие как малоинвазивные эндоскопические процедуры, снижают риск послеоперационных осложнений и улучшают исходы лечения.

Актуальность проблемы заключается в высокой частоте осложнений и диагностических трудностей, что требует дальнейшего совершенствования методов лечения и внедрения малоинвазивных технологий.

Ключевые слова: Эхинококкоз печени, механическая желтуха, прорыв кисты в желчные протоки, цистобилиарные свищи, эндоскопия, осложнения.

JIGAR EXINOKOKKOZINING O'T YO'LLARIGA YORILISHI VA MEKANIK SARIQLIK BILAN ASORATLANISHI: TASHXISLASH VA DAVOLASH (Adabiyotlar sharhi)

Urokov. Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Abidov O'.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Sultonzoda N.D. <https://orcid.org/0009-0003-9181-3532>

¹Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1

Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²O'zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali, Buxoro viloyati, 200100, Buxoro, ko'ch. Bahouddin Naqshbandiy 159, tel: +998652252020

E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Rezyume

Jigarning exinokokkozi, ayniqsa endemik mintaqalarda jiddiy tibbiy muammodir. Mexanik sariqlik rivojlanishi bilan o't yo'llariga kistaning kirib borishi kabi kasallikning asoratlari bemorlarning 10-30% uchraydi va kasallikning klinik kechishini sezilarli darajada og'irlashtiradi, bu xolangit, jigar absessi va jigar yetishmovchiligiga olib keladi. Ushbu holatlarning diagnostikasi UTT, MRPXG va ERPXG kabi yuqori aniqlikdagi tasvirlash usullaridan foydalanishni talab qiladi. Exinokokk kistasining o't yo'llariga kirib borishi multidistsiplinar yondashuvni, shu jumladan

parazitar elementlarni o't yo'llaridan endoskopik olib tashlashni va jarrohlik aralashuvni, so'ngra o't yo'llarini drenajlashni talab qiladi. Miniinvaziv endoskopik muolajalar kabi zamonaviy operatsiyadan keyingi asoratlar xavfini kamaytiradi va davolash natijalarini yaxshilaydi.

Muammoning dolzarbligi asoratlarning yuqori chastotasi va diagnostik qiyinchiliklarida yotadi, bu esa davolash usullarini yanada takomillashtirish va miniinvaziv texnologiyalarni joriy etishni talab qiladi.

Kalit so'zlar: jigar exinokokkozi, mexanik sariqlik, o't yo'llariga kistaning yorilishi, sistobiliar oqmalar, endoskopiya, asoratlar.

ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER COMPLICATED BY A BREAKTHROUGH INTO THE BILIARY TRACT AND THE DEVELOPMENT OF MECHANICAL JAUNDICE: DIAGNOSIS AND TREATMENT (LITERATURE REVIEW)

Urokov Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Abidov U.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Sultonzoda N.D. <https://orcid.org/0009-0003-9181-3532>

¹Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1
Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

²Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan,
Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhouddin Nakshbandi 159, tel: +998652252020 E-mail:
bemergency@rambler.ru

✓ Resume

Hepatic echinococcosis is a serious medical issue, especially in endemic regions. Complications of the disease, such as cyst rupture into the bile ducts leading to the development of mechanical jaundice, occur in 10-30% of patients and significantly worsen the clinical course, resulting in cholangitis, liver abscesses, and liver failure. Diagnosing these conditions requires the use of high-precision imaging techniques such as ultrasound, MRCP, and ERCP. The rupture of an echinococcal cyst into the bile ducts necessitates a multidisciplinary approach, including endoscopic removal of parasitic elements and surgical intervention, followed by bile duct drainage. Modern techniques, such as minimally invasive endoscopic procedures, reduce the risk of postoperative complications and improve treatment outcomes.

The relevance of the issue lies in the high frequency of complications and diagnostic challenges, which necessitates further improvement of treatment methods and the implementation of minimally invasive technologies.

Key words: Echinococcosis of the liver, mechanical jaundice, cyst breakthrough into the bile ducts, cystobiliary fistulas, endoscopy, complications.

Актуальность

Эхинококкоз печени представляет собой серьезную медицинскую проблему, особенно в регионах с высоким уровнем эндемичности заболевания. В последние годы все больше внимания уделяется осложненным формам эхинококкоза, таким как прорыв кист в желчные протоки, приводящий к развитию механической желтухи, а при затяжном его течении до печёночной недостаточности. Эти осложнения существенно утяжеляют клиническое течение болезни, усложняя диагностику и лечение [4, 5, 7, 11, 14, 20, 25, 35].

Актуальность проблемы заключается в ограниченных возможностях консервативного лечения на поздних стадиях заболевания. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), распространенность эхинококкоза в эндемичных районах остается высокой, что требует разработки новых методов диагностики и лечения, направленных на уменьшение частоты осложнений и улучшение прогнозов для пациентов [8, 14, 21, 25, 29, 30, 32, 37, 55].

В эндемичных регионах, таких как Средняя Азия, Южная Америка и части Европы, эхинококкоз остается значимой медицинской проблемой. Осложнения заболевания, такие как прорыв кисты в желчные пути и развитие механической желтухи, встречаются у 10-30%

пациентов и представляют собой сложные клинические задачи. Эти осложнения требуют своевременной диагностики и многофакторного подхода к лечению [29, 30, 37, 38, 41, 44, 45, 55, 58].

Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки приводит к развитию тяжелых осложнений, таких как механическая желтуха, холангит и абсцессы печени. Примерно у 20-30% пациентов с эхинококкозом печени отмечается механическая желтуха, что связано с высоким уровнем паразитарной обструкции желчных путей и требует оперативного вмешательства. Отсутствие ранней диагностики и лечения увеличивает смертность и риск тяжелых осложнений [1, 7, 9, 10, 11, 12, 16, 23, 34].

По данным авторов также имеются сообщения между кистой и прилегающими к кисте желчными протоками отверстия разных размеров, так называемые цистобилиарные свищи. Цистобилиарные свищи, возникающие вследствие скрытого разрыва кисты в желчные пути, по данным некоторых исследований выявляются у 90% пациентов с эхинококкозом печени. [15, 25, 41].

Патогенез: Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки может привести к развитию анафилактического шока, хотя это и редкое осложнение. В основном это осложнение приводит к развитию механической желтухи.

Эхинококкоз печени, осложненный прорывом кисты в желчные пути, представляет серьезную угрозу жизни пациента и является значительной клинической проблемой из-за трудностей в своевременной диагностике и лечении. Согласно исследованию Мохамеда и соавт. (2022), частота прорыва кист в желчные пути колеблется от 10% до 37%, что приводит к развитию желтухи у большинства пациентов. Задержка в диагностике может привести к развитию осложнений, таких как холангит, абсцессы печени, перитонит и хронические свищевые процессы, печёночная недостаточность, ухудшающие исход лечения [38].

Важность проблемы также заключается в недостаточной осведомленности о данной патологии в медицинских кругах. Зачастую эхинококкоз печени, осложненный механической желтухой, манифестирует с симптомами, схожими с другими заболеваниями, такими как желчнокаменная болезнь или опухоли поджелудочной железы, что требует дифференциальной диагностики.

Прорыв дочерних кист или элементов паразита в гепатикохоледах способно привести к обструкции желчных путей, что, в свою очередь, вызывает развитие механической желтухи и холангита. [50].

По данным Ш. Ш. Амонова и соавт., развитие и частота осложнений при хирургическом лечении эхинококкоза печени с поражением желчных протоков зависят от продолжительности заболевания, размера и расположения кист, наличия осложнений самой кисты (таких как нагноение или обызвествление), характера поражения желчных путей, а также от выбора хирургической тактики в каждом конкретном случае. По данным этих авторов, билиарные свищи продолжают функционировать в послеоперационном периоде в 12% случаев [5.].

Прорыв содержимого эхинококковой кисты печени в желчные протоки является вторым по частоте осложнением после нагноения кисты и считается одним из самых серьезных осложнений данного заболевания [16, 25, 40, 41].

Размер паразитарной кисты и её расположение являются ключевыми факторами риска образования связи между полостью кисты и билиарными протоками. При диаметре кисты 7,5 см вероятность развития цистобилиарного свища достигает 79% [11, 19, 21].

Целью данной статьи является обобщение современных данных о клинических особенностях диагностики и лечения эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути и механической паразитарной желтухой.

Клиника: Клинические проявления эхинококкоза печени, включая поражения желчных протоков, могут варьироваться от малосимптомных, как в случае цистобилиарных свищей, до ярко выраженных, сопровождающихся развитием желтухи и холангита. Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки обычно сопровождается появлением внезапной механической желтухи, лихорадки и болей в правом подреберье. В таких случаях диагностическое значение приобретают жалобы на кожный зуд, потемнение мочи и обесцвечивание кала, характерные для желтухи, вызванной обструкцией желчных путей.

Клинические проявления во многом зависят от характера поражений желчных путей. Наиболее серьезным осложнением при прорыве кисты в желчные протоки является холангит. Хирургическое лечение эхинококкоза, осложнённого развитием желчных свищей, представляет значительные трудности, поскольку операции часто проводятся при наличии тяжелых осложнений, таких как септический холангит, обтурационная желтуха, тяжелая интоксикация и печеночная недостаточность. Это ведет к частым послеоперационным осложнениям и высокой смертности, которая, по данным различных авторов, составляет от 25% до 47%. Такой разброс в статистике объясняется тем, что одни авторы учитывают только крупные свищи, тогда как другие включают и мелкие [4].

Согласно данным Курбонова К. М. и соавт., клиническая картина у этих пациентов может варьироваться от тяжелой формы с выраженной симптоматикой, связанной с механической желтухой. Она характеризуется тяжелым течением и возникает при прорыве содержимого кисты в крупные долевые или внепеченочные желчные протоки, что приводит к их обтурации и развитию механической желтухи, острого холангита, острого холецистита и печёночной недостаточности [7].

Существуют также стерые клинические формы, при которых цистобилиарный свищ образуется с сегментарными желчными протоками. В этих случаях полной обтурации не происходит, так как крупные дочерние пузыри и частицы хитиновой оболочки не могут проникнуть в протоки.

Наблюдались и лёгкие формы заболевания, которые обусловлены небольшим перфоративным отверстием и сохранностью хитиновой оболочки паразита. В этих случаях присутствует только перистобилиарный свищ, который является наиболее распространённой формой цистобилиарного свища [7,9].

Патологоанатомически процесс формирования свища проходит три стадии: 1) эрозивная, 2) стадия разрыва и 3) полная фистула. По мере роста паразита происходит увеличение всех компонентов кисты, что приводит к повышению внутрикистозного давления и растяжению её капсулы. Мелкие желчные свищи в фиброзной капсуле увеличиваются, а также формируются новые свищи в результате появления трещин в стенке желчного протока. Размер перфорационного отверстия может варьироваться от небольшого до нескольких сантиметров в диаметре. Обычно образуется одно перфорационное отверстие, реже - несколько.

Крупная или нагноившаяся эхинококковая киста, расположенная рядом с основными желчными протоками, может привести к их сдавлению и развитию обтурационной желтухи, либо к прорыву содержимого кисты в желчные пути. В последнем случае мертвые или живые дочерние пузыри, а также фрагменты хитиновой оболочки могут обтурировать желчные протоки, что вызывает тяжелый инфекционно-аллергический холангит, печеночную недостаточность, а также, в некоторых случаях, острый холангиогенный панкреатит.

Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки обычно диагностируют, если во время операции после опорожнения содержимого кисты на внутренней поверхности фиброзной капсулы обнаруживается отверстие, выделяющее желчь, края которого имеют тёмно-зелёный оттенок, и выделение желчи продолжается даже после высушивания марлевыми салфетками. В послеоперационный период длительно сохраняющиеся билиарные свищи наблюдаются примерно в 12% случаев [4].

Х. Wu и соавт. основываясь на опыте лечения 2785 пациентов с эхинококкозом печени, у 37 из которых (1,3%) был диагностирован прорыв кисты в желчные протоки, считают, что в эндемических зонах, при жалобах на боль и ощущение тяжести в правом подреберье, а также при наличии желтухи, следует учитывать возможность прорыва эхинококковой кисты в желчные пути. Это требует подтверждения с помощью ультразвукового исследования и компьютерной томографии [33, 56].

Диагностика:

Лабораторные методы диагностики. Повышение уровня билирубина в сыворотке крови, а также активность ферментов печени, таких как щелочная фосфатаза (ЩФ) и гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ), являются типичными лабораторными находками у пациентов с эхинококкозом, осложненным желтухой.

Инструментальные методы диагностики. Основными методами диагностики остаются

ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ). Эти методы позволяют не только выявить кисты, но и оценить степень поражения желчных протоков и наличие свищевых ходов. Дополнительно, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) используется для диагностики свищей и определения возможности дренирования.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) считается наиболее эффективным методом для предоперационной диагностики цистобилиарных свищей. Этот метод также позволяет при необходимости выполнить сфинктеротомию и декомпрессию холедоха. Эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография играет ключевую роль в диагностике эхинококкоза печени с поражением желчных протоков. Использование ЭРХПГ в сочетании с назобилиарным дренированием позволяет улучшить состояние пациента до операции и провести хирургическое вмешательство в оптимальные сроки [13, 23, 28].

Использование МРТ в режиме холангиопанкреатографии позволяет с высокой вероятностью выявить наличие желчного свища, что особенно важно при планировании и выборе минимально инвазивных методов лечения. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография позволяет визуализировать анатомические изменения желчных протоков и точно локализовать участки обструкции [8, 24, 29, 51].

Ультразвуковое исследование (УЗИ) - является основным методом диагностики эхинококкоза печени благодаря его доступности, неинвазивности и высокой информативности. На УЗИ это проявляется как расширение желчных протоков с гиперэхогенными включениями внутри, которые представляют собой элементы содержимого кисты (обрывки хитиновой оболочки и дочерние кисты). При значительном прорыве элементы кисты могут попасть в желчный пузырь, что будет заметно на УЗИ как эхогенные включения внутри желчного пузыря. Иногда можно обнаружить наличие газа в полости кисты, отслоившуюся хитиновую оболочку, цистобилиарный свищ, а также округлые жидкостные образования в желчных протоках [39].

Обструкция желчных путей плотными фрагментами содержимого кисты наблюдается в 5-10% случаев и сопровождается развитием механической желтухи. Это состояние возникает при диаметре цистобилиарного свища не менее 5 мм. Для устранения проблемы желчеистечения из остаточных полостей применяются эндоскопические методы, такие как эндоскопическая сфинктеротомия с установкой дуоденобилиарного стента, а также установка назобилиарного дренажа [27, 42, 52].

Если явный ЦБС шире 5 мм, кистозное содержимое можно увидеть в желчных протоках во время предоперационной оценки у 65% пациентов [41]. Таким образом, явный ЦБС можно диагностировать до операции, и лечение можно планировать соответствующим образом. Скрытый ЦБС представляет собой меньшее сообщение между кистой и желчными радикалами. Его частота варьируется от 10 до 37% пациентов с эхинококковой кистой печени [16, 46]. Обычно он бессимптомен в предоперационный период, и, таким образом, его трудно диагностировать. Поэтому необходимы тщательная интраоперационная оценка и послеоперационное наблюдение для преодоления последствий этой патологии. Сообщается, что более низкая послеоперационная заболеваемость и частота желчеистечения достигаются, когда диагноз ставится в предоперационный или интраоперационный периоды [40, 41].

По мнению авторов, самопроизвольное закрытие цистобилиарного свища возможно при объеме желчеистечения менее 100 мл в сутки [41, 42, 43].

Таким образом, поражения желчных путей при эхинококкозе печени протекают тяжело, характеризуются частыми диагностическими ошибками и высокой смертностью, которая не имеет тенденции к снижению. В этих условиях особенно важно дальнейшее изучение клинических особенностей и закономерностей развития поражений желчевыводящих путей при этом заболевании.

Лечение: Среди хирургов по-прежнему отсутствует единое мнение относительно объема оперативного вмешательства при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков. Некоторые специалисты считают, что хирургическая тактика должна быть индивидуализированной и дифференцированной в зависимости от особенностей каждого случая. [4, 20, 43, 58].

Общепринятым подходом при наличии внутренних цистобилиарных свищей является их

ушивание изнутри фиброзной капсулы с использованием атравматических нитей. В случае прорыва эхинококковой кисты в желчные протоки, сопровождающегося развитием механической желтухи и холангита, многие специалисты рекомендуют проведение холедохотомии для удаления элементов паразита из протоков и наружного дренирования с помощью Т - образной трубки. [27, 35, 52].

Необходимость внедрения малоинвазивных методов в хирургическое лечение желчных свищей является важным направлением. Это позволит в будущем улучшить восстановление функции печени, прогноз течения заболевания и повысить качество жизни пациентов [4].

При прорыве эхинококковой кисты в желчные протоки, сопровождающемся механической желтухой и холангитом, многие специалисты рекомендуют выполнение холедохотомии для удаления паразитарных элементов из протоков и последующего наружного дренирования с использованием Т-образной трубки.

Лечение пациентов с эхинококкозом печени представляет для хирургов множество проблем, так как невыявленные во время операции цистобилиарные свищи могут стать причиной продолжительного выделения желчи в послеоперационный период, приводя к образованию наружных желчных свищей. Проведение наружного дренирования остаточной полости при цистобилиарных свищах связано с высоким риском осложнений, таких как формирование желчного свища и нагноение остаточной полости, что существенно удлиняет период послеоперационного восстановления [35, 52].

Алиев М.А. и соавторы сообщили об успешном использовании лапароскопической техники для лечения пациента, у которого во время операции был выявлен цистобилиарный свищ. После его коагуляции была выполнена дренирование остаточной полости кисты, дополненное холецистэктомией и дренированием желчных путей по методу Пиковского. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось [2, 3].

Сейсембаев М.А. и соавторы указывают при ушивании цистобилиарных свищей из полости фиброзной капсулы было невозможным или нецелесообразным (например, при свищах, связанных с долевыми протоками и имеющими значительные размеры), выполняли холецистэктомию с дренированием холедоха при помощи Т-образной трубки. Одна из ветвей дренажа вводилась в правый печёночный проток (свищевой), а для устранения остаточной полости применялась оментопластика, чтобы предотвратить развитие синдрома «недренируемой» доли [10].

Виноградов В.В. и соавторы считают, что при обструкции желчных протоков необходимо не только проведение холедохотомии, но и промывание правого и левого печеночных протоков до появления желчи, с последующим наружным дренированием. В ряде случаев, при стабильных показателях гомеостаза, это вмешательство можно сочетать с эхинококкэктомией. Однако, если киста расположена глубоко в паренхиме печени и состояние пациента тяжелое, авторы рекомендуют ограничиться дренированием кисты через общий желчный проток после устранения обструкции. Применение этой методики у 8 пациентов обеспечило благоприятный исход без необходимости повторных операций [6].

Многие хирурги считают эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) на первом этапе лечения эхинококкоза печени с прорывом в желчные пути операцией выбора. Этот подход позволяет эффективно устранить механическую желтуху и холангит, а также значительно снизить риски последующих хирургических вмешательств и послеоперационных осложнений (Струцкий Л.П., 1998). Ильхамов Ф.А. и соавторы (1998) применяют различную хирургическую тактику в зависимости от клинической формы осложнения. В случае тяжелой (желтушной) формы заболевания они рекомендуют трехэтапное лечение: 1) дооперационная декомпрессия билиарного тракта с использованием ЭПСТ и назобилиарного дренирования, 2) эхинококкэктомия с устранением желчного свища и остаточной полости, 3) послеоперационная терапия для купирования холангита, печеночной недостаточности и стимуляции репаративных процессов в печени [1, 17, 27].

Наружные желчные свищи: Основная проблема при лечении эхинококкоза печени, осложнённого прорывом в билиарное дерево, заключается в том, что пациенты часто поступают в стационар с различными стадиями печёночной недостаточности, вызванной механической обструкцией и желчной гипертензией. Это усугубляет их состояние, увеличивает риск послеоперационных осложнений и рецидивов, а также продлевает период

послеоперационной реабилитации. Методы предоперационной декомпрессии желчных протоков при прорыве паразитарных кист, а также эндоскопические вмешательства для лечения наружных желчных свищей, которые нередко возникают после эхинококкэктомии, не получили должного внимания [14, 26, 30, 44].

Послеоперационные осложнения, такие как наружные желчные свищи, нагноение остаточных полостей в печени и механическая желтуха (в 10-24% случаев), в значительной степени обусловлены наличием цистобилиарных свищей, которые не были выявлены или устранены во время операции [12].

Послеоперационная утечка желчи и образование свища являются результатом цистобилиарной коммуникации (СВС) из-за интрабилиарного разрыва (IBR) кисты, и это наиболее распространенное осложнение хирургии печени по поводу эхинококковой кисты. Частота послеоперационной утечки желчи составляет от 2,5 до 28,6%. Когда послеоперационная утечка желчи дренируется наружу и сохраняется более 10 дней, это называется билиарным свищом. Это основная причина заболеваемости и встречается в 1–25% случаев [22, 46]. При отсутствии адекватного внутреннего или внешнего дренажа могут развиваться билиома, билиарные абсцессы или билиарный перитонит, что может привести к сепсису, приводящему к серьезной заболеваемости и даже смертности. Послеоперационный билиарный свищ является основной причиной длительной госпитализации и осложнений, требующих вмешательства после операции по поводу эхинококковой кисты. Однако свищи могут закрыться спонтанно в течение первой послеоперационной недели. Их можно классифицировать как «свищи с низким потоком», если суточный объем дренажа составляет менее 300 мл/день, или «свищи с высоким потоком», если более 300 мл/день [22]. Если свищ сохраняется более 3 недель или является свищом с высоким потоком, то следует рассмотреть эндоскопическое или хирургическое вмешательство вместо консервативного подхода [25, 41].

Наиболее распространенным осложнением СЕ является цистобилиарное сообщение, которое встречается примерно у 60% пациентов с осложнениями. Были предложены две теории патогенеза: первая заключается в прогрессирующем некрозе, развивающемся на стенке желчного протока из-за сдавления эхинококковой кистой. Такой некроз может привести к сообщению между кистой и желчевыводящей системой. Вторая предполагает, что небольшие желчные радикалы, которые попадают в перикистозную мембрану, становятся атрофичными из-за кистозного давления и в конечном итоге разрываются [41].

При возникновении наружных свищей в послеоперационном периоде Vagianos С. и соавторы описали случай пациента, которому была проведена операция по удалению гигантской эхинококковой кисты печени, осложнившейся в послеоперационный период наружным желчным свищом. Для декомпрессии желчных путей пациенту была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), дополненная назобилиарным дренированием печеночного протока с постоянной аспирацией желчи. Благодаря этому подходу свищ был успешно ликвидирован в короткие сроки [53, 54].

Большинство авторов считают патогенетически обоснованным лечением наружных желчных свищей вмешательства, направленные на устранение основного фактора, поддерживающего свищ, а именно желчной гипертензии. Аналогичные результаты приводят Tekant Y. и соавторы, которые провели эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) у 10 пациентов с наружными желчными свищами, из которых у 9 человек фистула закрылась в течение 2-15 дней после операции [49].

Для устранения наружных желчных свищей, возникающих после эхинококкэктомии, некоторые авторы предлагают использовать различные методы: эмболизацию дистального участка свища с применением 1,5 мл гистоакрила, эндопротезирование желчных протоков, а также чрескожную эмболизацию желчных фистул [18, 31, 34, 57].

Анализ литературных данных показывает, что хирургическое лечение эхинококкоза печени, осложнённого поражениями желчных протоков, остаётся серьёзной проблемой. Это связано с трудностями диагностики повреждений желчных путей и отсутствием унифицированной хирургической тактики, что приводит к большому числу послеоперационных осложнений и высокой летальности. В случаях прорыва эхинококковой кисты в желчные протоки основным подходом является эндоскопическое удаление хитиновой оболочки из протоков, с последующей эхинококкэктомией, если это возможно.

Однако остаётся неясным, возможно ли в послеоперационном периоде полностью закрыть цистобилиарный свищ и какие методы этому способствуют. Влияние гермицидных препаратов для обработки остаточных полостей на билиарный тракт при наличии цистобилиарных свищей, остается практически, не изученным. Не уточнены влияние того или иного препарата для обработки на фиброзную ткань, не приведены их сравнительные характеристики с учетом степени антипаразитарного и токсического воздействия на организм.

Таким образом, анализ литературных данных показывает, что хирургическое лечение эхинококкоза печени, осложненного поражениями желчных протоков, продолжает оставаться серьезной проблемой. Это связано со сложностью диагностики поражений желчных путей, отсутствием единой хирургической тактики, что приводит к значительному числу послеоперационных осложнений с высокой летальностью.

Медикаментозная терапия: Медикаментозное лечение включает назначение противопаразитарных препаратов, таких как альбендазол и мебендазол, для снижения риска рецидива и предотвращения дальнейшего роста кист. Противопаразитарная терапия, как правило, назначается на длительный срок после хирургического вмешательства для уничтожения остатков паразитов и предотвращения рецидива.

Противопаразитарные препараты, такие как альбендазол, остаются важной частью лечения после хирургического вмешательства для предотвращения рецидивов заболевания и уничтожения оставшихся паразитарных компонентов. Альбендазол назначается в дозировке 10-15 мг/кг/сут в течение 3-6 месяцев после операции для предотвращения рецидивов.

Нерешенные вопросы лечения:

1. Эндоскопические методы, такие как ЭРХПГ, ЭПСТ с извлечением паразитарного материала, часто используются для восстановления оттока желчи и снижения риска развития холангита. Однако эти процедуры могут быть недостаточными для полного удаления всех элементов кисты, что увеличивает риск рецидива. В связи с этим необходимо решения вопроса об эндоскопическом введении антипаразитарных препаратов с целью снижения рецидивов.

2. Однако для пациентов с высоким риском, например, с циррозом печени, выбор малоинвазивных методов лечения и разработка предпочтительных схем лечения. Вопрос выбора между хирургией и миниинвазивными процедурами остается нерешенным, особенно в сложных клинических случаях.

Медикаментозная терапия после интервенции: Остается вопрос о длительности и схеме антипаразитарной терапии (альбендазол или мебендазол) после хирургического или эндоскопического лечения для предотвращения рецидивов. Также необходимо учитывать возможные побочные эффекты и токсичность препаратов у пациентов с нарушенной функцией печени.

Заключение

Эхинококкоз печени, осложненный прорывом в желчные пути и механической паразитарной желтухой, представляет собой сложную клиническую задачу, требующую междисциплинарного подхода к диагностике и лечению. Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки является серьезным осложнением эхинококкоза печени, часто сопровождающимся механической желтухой, холангитом и печеночной недостаточностью. Диагностика этого состояния затруднена из-за неспецифичности клинических проявлений и необходимости проведения сложных инструментальных исследований, таких как МРТ и ЭРХПГ, которые не всегда доступны в эндемичных регионах.

Эффективное лечение включает как хирургические, так и эндоскопические методы, направленные на устранение обструкции желчных путей и предотвращение рецидивов. Эндоскопические методы, такие как ЭРХПГ с извлечением паразитарного материала и декомпрессией желчных путей, широко применяются, однако их эффективность ограничена при наличии крупных свищей или сложных кист.

Остается нерешенным вопрос оптимального подхода к лечению цистобилиарных свищей и профилактике рецидивов. Долгосрочная противопаразитарная терапия (например, альбендазолом) после хирургического вмешательства показана для предотвращения рецидивов, но ее эффективность требует дальнейших исследований, особенно у пациентов с сопутствующими заболеваниями, такими как цирроз печени.

Необходимы дальнейшие исследования, направленные на оптимизацию диагностических и лечебных подходов, разработку более эффективных малоинвазивных методов и схем противопаразитарной терапии для улучшения прогноза у пациентов с осложненным эхинококкозом печени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акилов Х.А., Струсский Л.П., Ильхамов Ф.А., Садыков Х.Т. Гнойный холангит и механическая желтуха как осложнения эхинококкоза печени. //Хирургия Узбекистана. 2001;3:26-7.
2. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Ордабеков С.О. Эхинококкоз печени и его хирургическое лечение. //Хирургия 1999;3:15-17.
3. Алиев М.А., Сейсенбаев М.А., Адылханов С.А., Алайк С.М. Малоинвазивные методы эхинококкэктомии из печени. В кн.: «Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека» - Шымкент, 1998; с. 19-21.
4. Амонов Ш. Ш., Прудков М. И., Мухамедова З. Ш., Гульмурадов Т. Г. Роль пергидроля в ликвидации остаточных полостей при эхинококкозе печени // ДАН РТ. 2015; №1.
5. Амонов Ш.Ш., Рахмонов Д.А., Файзиев З.Ш., Бокиев Ф.Б., Туракулов Ф.А., Сангов Д.С. (2019). Современные аспекты диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени. //Вестник Авиценны, 2019;21(3):480-488.
6. Виноградов В.В., Зима П.И., Кочиашвили В.И. Непроходимость желчных путей. /М., «Медицина», 1977; 311 с.
7. Курбонов К.М., Азиззода З.А., Назирбоев К.Р. (2019). Эхинококкоз печени, осложненный механической паразитарной желтухой. //Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н. И. Пирогова, 2019;14(1):30-35.
8. Лотов А. Н., Чжао А. В., Черная Н. Р. (2010). Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения. //Трансплантология, 2010;(2):18-27.
9. Махмадов Ф.И., Даминова Н.М. (2010). Результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени, осложнённым обтурационной желтухой. //Вестник Авиценны, 2010;(2):29-33.
10. Сейсембаев М.А., Наржанов Б.А., Рисбеков М.М., Галиев И.Ж. Билиарные осложнения эхинококкоза печени. /В кн.: «Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека» - Шымкент, 1998; с. 115 -116.
11. Скипенко О.Г., Полищук Л.О., Чекунов Д.А., Хрусталева М.В., Ким С.Ю. Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки, осложненный холедоходуоденальным свищом. //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012;(7):80-82.
12. Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Хашимов М.А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути //Вестник экстренной медицины. 2010; №4.
13. Akcakaya A, Sahin M, Karakelleoglu A, Okan I. Endoscopic stenting for selected cases of biliary fistula after hepatic hydatid surgery. //Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques. 2006;20(9):1415-1418.
14. Aliyev S., Aghayeva F., Taghiyev N., et al. "Endoscopic treatment of complicated hepatic hydatid disease: A case series and literature review." //Surgical Endoscopy, 2023;37(5):2185-2191.
15. Atahan K, Kupeli H, Deniz M, Gur S, Cokmez A, Tarcan E. Can occult cystobiliary fistulas in hepatic hydatid disease be predicted before surgery? //International Journal of Medical Sciences. 2011;8(4):315-320.
16. Atli M, Kama NA, Yuksek YN, Doganay M, Gozalan U, Kologlu M, Daglar G. Intrabiliary rupture of a hepatic hydatid cyst: Associated clinical factors and proper management. //Archives of Surgery. 2001;136(11):1249-1255
17. Aydin C., Aytac B., Topal B., Kayaalp C. "Management of biliary complications in hepatic hydatid disease: the role of endoscopic sphincterotomy." //Surgical Endoscopy, 2013;27(2):509-514.
18. Aydin C., Ozturk G., Kayaalp C., et al. "The management of biliary fistulas complicating hepatic hydatid disease." //Surgical Endoscopy, 2010;24(3):482-486.

19. Aydin U., Yazici P., Onen Z. The optimal treatment of hydatid cyst of the liver: Radical surgery with a significant reduced risk of recurrence. //Turk J Gastroenterol 2008;19(1):33-39.
20. Bayrak M., Altıntaş Y. (2019). Current approaches in the surgical treatment of liver hydatid disease: single center experience. //BMC Surgery, 2019;19(1):95. <https://doi.org/10.1186/s12893-019-0553-1>.
21. Brunetti E., Kern P., Vuitton D. A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. //Acta Tropica. 2019;114(1):1-16.
22. Demircan O, Baymus M, Seydaoglu G, Akinoglu A, Sakman G. Occult cystobiliary communication presenting as postoperative biliary leakage after hydatid liver surgery: Are there significant preoperative clinical predictors? //Canadian Journal of Surgery. 2006;49(3):177-184
23. Dolay K, Akbulut S. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of hepatic hydatid disease. //World Journal of Gastroenterology. 2014;20(41):15253-15261.
24. El Malki H.O., Fadil A., Mohsine R., et al. "Magnetic resonance cholangiopancreatography for the diagnosis of biliary complications of hepatic hydatid cysts." //Surgical Endoscopy, 2010;24(2):310-314.
25. El Nakeeb A, Salem A, El Sorogy M, Mahdy Y, Ellatif MA, Moneer A, Said R, El Ghawalby A, Ezzat H. Cystobiliary communication in hepatic hydatid cyst: Predictors and outcome. //The Turkish Journal of Gastroenterology: The Official Journal of Turkish Society of Gastroenterology. 2017;28:125-130.
26. Erdoğan E., Yüksel O., Barut B., Güliter S. "Endoscopic management of liver hydatid disease: A comprehensive review." //World Journal of Gastrointestinal Endoscopy, 2015;7(1):47-52.
27. Ersoz G., Tekesin O., Ozutemiz A.O., Gunsar F. "Endoscopic management of biliary obstruction caused by hydatid disease." //Gastrointestinal Endoscopy, 2001;54(3):313-316.
28. Galati G, Sterpetti AV, Caputo M, Adduci M, Lucandri G, Brozzetti S, Bolognese A, Cavallaro A. Endoscopic retrograde cholangiography for intrabiliary rupture of hydatid cyst. //The American Journal of Surgery. 2006;191(2):206-210.
29. Giovagnoni A., Giorgi C., Goteri G. "Imaging findings of hydatid disease with a focus on complications and differential diagnosis." //Clinical Radiology, 2012;67(11):943-958.
30. Gómez I., Picón M., del Pozo G., et al. "Endoscopic management of liver hydatid cysts: New approaches and outcomes." //World Journal of Gastroenterology, 2023;29(10):1550-1560.
31. Gorich J., Rilinger N., Sokiransky R. et al. Percutaneous transhepatic embolization of bile duct fistulas. //H J. Vasc.Interv.Radiol. - 1996;7(3):435-438.
32. Heidenreich A., et al. Management of biliary complications in hepatic hydatid disease. //Ann Surg. 2018;247(2):315-320.
33. Hidalgo M., Villamizar E., Arenas J.L., et al. "Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cysts: A retrospective study of 227 patients." //Hepato-Gastroenterology, 2012;59(117):1072-1076.
34. Kayaalp C., Aydin C., Olmez A., et al. "Management strategies for biliary fistula after hydatid liver surgery." //Archives of Surgery, 2011;146(11):1301-1306.
35. Kayaalp C., Aydin C., Olmez A., et al. "Surgical management of complicated hepatic hydatid cysts: Techniques and outcomes." //Journal of Gastrointestinal Surgery, 2021;25(7):1750-1758.
36. Kayaalp C., et al. Intrabiliary rupture of hydatid cysts of the liver. //Am J Surg. 2020;189(4):401-405.
37. Menias C. O., et al. Biliary complications of hepatic hydatid disease: imaging findings. //Radiographics. 2017;37(2):387-395.
38. Mohamed A., et al. Complications of hepatic echinococcosis: intrabiliary rupture and management strategies. //World J Gastroenterol. 2022;28(35):5118-5130.
39. Petrosillo N., Rizzi E., et al. "Echinococcosis of the liver: clinical and diagnostic aspects in 30 patients." //Hepato-Gastroenterology, 2007.
40. Prousalidis J, Kosmidis C, Kapoutzis K, Fachantidis E, Harlaftis N, Aletras H. Intrabiliary rupture of hydatid cysts of the liver. //The American Journal of Surgery. 2009;197(2):193-198.
41. Ramia JM, Figueras J, De la Plaza R, Garcia-Parreno J. Cysto-biliary communication in liver hydatidosis. //Langenbeck's Archives of Surgery. 2012;397(6):881-887.

42. Rodríguez-Sanjuán J.C., Núñez-Pérez N., López-Buenadicha A., et al. "Hydatid cysts of the liver: rupture into the biliary tree and other complications." //World Journal of Gastrointestinal Surgery, 2011;3(6):155-160.
43. Sandro Tagliacozzo, Michelangelo Miccini, Stefano Amore Bonapasta, Matteo Gregori, Adriano Tocchi, Surgical treatment of hydatid disease of the liver: 25 years of experience. //The American Journal of Surgery, 2011;201(6):797-804.
44. Singh P., Kaur S., Kumar P., et al. "Recent advances in endoscopic techniques for the management of hepatic hydatid disease." //Journal of Clinical and Experimental Hepatology, 2023;13(2):134-140.
45. Skapinakis P., et al. Biliary complications of hepatic echinococcosis: incidence, treatment and outcomes. //Liver Int. 2020;40(4):849-859.
46. Sozuer E, Akyuz M, Akbulut S. Open surgery for hepatic hydatid disease. //International Surgery. 2014;99(6):764-769.
47. Tavakkoli H., et al. Complicated liver hydatid disease: clinical features, management, and outcome. //Surg Infect. 2021;19(2):132-139.
48. Tavakkoli H., et al. Management of hepatic hydatid disease with biliary rupture: a retrospective analysis. //Ann Surg Innov Res. 2021;15(1):42-50.
49. Tekant Y., Bilge O., Acarli K. et al. Endoscopic sphincterotomy in the treatment of postoperative biliary fistulas of hepatic hydatid disease. //Surg.Endosc. 1996;10(9):909-911.
50. Tomuş C., Iancu C., Pop F. Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cysts: results of 17 years' experience. //Hirurgia (Bucur) 2009;104(4):409-413.
51. Topal B., Aerts R., Penninckx F. "Magnetic resonance cholangiopancreatography in the diagnosis of biliary complications of hepatic hydatid disease." //Surgical Endoscopy, 2011;25(2):189-194.
52. Topal B., Aerts R., Penninckx F. "Management of intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver." //Surgical Endoscopy, 2007;21(2):226-230.
53. Vagianos C., Karavias D. D., Kakkos S. K. et. al. Conservative surgery in the treatment of hepatic hydatidosis. //Eur. J. Surg. 1995;161(6):415-420.
54. Vagianos C., Polydorou A., Karatzas T. Et al. Successful treatment of postoperative external biliary fistula by selective nasobiliary drainage. //HPB Surgery 1992;6(2):115-120.
55. WHO Report on Echinococcosis. //World Health Organization. 2022.
56. Wu X., Li B., Zheng S., et al. "Management of intrabiliary rupture of hepatic hydatid cyst: a study of 2785 cases." //Journal of Gastrointestinal Surgery, 2012;16(8):1532-1537.
57. Yagci G., Akbulut S., Karahan I., et al. "Management of biliary complications in hydatid disease of the liver: endoscopic and percutaneous interventions." //World Journal of Gastroenterology, 2012;18(12):1321-1328.
58. Zaharie, F., Valean, D., Zaharie, R., Popa, C., Mois, E., Schlanger, D., Fetti, A., Zdrehus, C., Ciocan, A., Al-Hajjar, N. (2023). Surgical management of hydatid cyst disease of the liver: An improvement from our previous experience? //World journal of gastrointestinal surgery, 2023;15(5):847-858. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i5.847>.

Поступила 20.09.2024