



FEATURES OF THE TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS WITH THE COMPLICATION OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Hayitov Ilkhom Bakhodirovich

Phd, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases

No. 3 'Tashkent Medical Academy' Tashkent, Uzbekistan

e-mail: ilhom.med79@mail.ru

Ismailov Muzaffar Uktam ugli

Tashkent Medical Academy, Farobiy Street 2, Tashkent, Uzbekistan, 100109,

E-mail: dr.rora_77@mail.ru

Amijanov Abdulkhamid Ashirali ugli

Tashkent Medical Academy,

E-mail: arshavin0114g@mail.ru

Bobojonov Akhmadjon Bakhodirovich

Tashkent Medical Academy

E-mail: babadjan.md@gmail.com

Аннотация

К сожалению территория современного Узбекистана считается одним из эндемическим очагом эхинококкоза. С этиопатогенического точка зрения эхинококкоз человека относится паразитологию, но радикальная лечение данной патологии без хирургические вмешательства пока невозможно[1]. Эхинококковые кисты большинстве случаев располагается в VII-VIII сегменты печени. Мы считаем, из-за всасывательной движения диафрагмы онкоцисты мигрируя оседают именно VII-VIII сегменты[2,3]. Как говорят практикующие хирурги диафрагмальная выпуклая часть печени излюбленное место эхинококкоза, а в научной литературе этих кист называют труднодоступными[4,5,6]. Но по нашим данным встречаемость маргинальных и висцеральных поражение кист эхинококкоза печени не редкость.

Глубокое расположение печени в подреберье и особенности при сложных расположениях патологическими очагами. Взаимоотношений её с крупными артериальными и венозными сосудами, диафрагмой и прилегающими органами брюшной полости в значительной степени



затрудняют оперативный подход к ней. Эти трудности возрастают при труднодоступных эхинококковых кистах или другими объемными образованиями печени[7,8,9].

Интрабилиарный разрыв при эхинококкозе печени является одним из наиболее частых эволюционных осложнений этой патологической формы. Как только происходит этот разрыв и возникает сообщение между кистой и желчным деревом, создаются условия, обеспечивающие дальнейшую миграцию паразитарных структур (кусков зародышевого листка или дочерних пузырьков) в желчные пути (10,11). Эта ситуация (холангиогидатидоз) может вызвать вторичный холангит (12) и даже инфекцию кисты с абсцессом печени (13). Очевидно, что любая из этих ситуаций может увеличить риск послеоперационной заболеваемости.

Зарегистрированная распространенность интрабилиарного разрыва НЕ составляет от 9,0% до 42,0%, (14,15,16) но частота холангиогидатидоза и вторичного холангита неясна. Есть несколько связанных отчетов; большинство из них посвящено интрабилиарному разрыву, но не холангиогидатидозу и вторичному холангиту, о которых мы нашли только 15 статей. (17) информация скудна и имеет низкий уровень доказательности, поэтому сбор конкретных данных о распространенности или заболеваемости холангитом, вызванным холангиогидатидозом, практически невозможен.

Таким образом в отечественной и зарубежной литературе недостаточные данные осложненных эхинококковых кист печени с механической желтухой.

Keywords: liver echinococcosis, obstructive jaundice, choledocholithiasis, diagnosis, treatment.

Цель исследования

улучшить результаты лечения эхинококкоза печени осложненной механической желтухой

Задачи исследования

по ретроспективному статистическому методу анализировать больных, которые госпитализированы с диагнозом эхинококкоза печени осложненной механической желтухой, поступивших в отделение



экстренной и плановой хирургии 1^{ой} городской больницы города Ташкента в период с 2012 по 2019 год. Всего было исследовано 920 больные, в том числе 450 мужчин (49%) и 470 женщины (51%), а соотношение мужчин и женщин составило 1:1,1. Большинство пациентов были в возрастной группе 26-45 лет, средний возраст 36,77 лет, 62% пациента принадлежали к сельской местности, а остальные 38% принадлежали к городским районам. Все пациенты были подвергнуты различным исследованиям, таким как гемограмма, исследование функции почек, исследование функции печени, коагулограмма, электрокардиография и рентгенография грудной клетки. УЗИ была основным инструментом для диагностики. Компьютерная томография (КТ) брюшной полости выполнялась в тех случаях, когда результаты УЗИ были неоднозначными. Из 920 больных у 53(5,7%) случаев больные поступали в экстренном порядке с диагнозом механическая желтуха.

Результаты исследования и их обсуждение

По данным анализа и мониторинга пациентов в полученных результатов от клинических, лабораторных и инструментальных исследованиях выявлено нечто сомневающийся, что нарастанию желтухи и билирубина крови не взаимосвязано с тяжестью состояния. Из 920 больных у 53(5,7%) случаев больные поступали в экстренном порядке с диагнозом механической желтухой. У 53(5,7%) больных поступивших в экстренном порядке при исследовании 44(4,7%) случаев причиной механической желтухи были холедохолитиаз, индуративный панкреатит и т.д, как раз у этих больных эхинококковая киста обнаружена во время исследования по поводу механической желтухи. У 7(0,75%) больных поступивших с диагнозом механической желтухой причина той или иной степени являлось эхинококкоз печени, у 2(0,2%) больных послеоперационном ближайшем периоде после эхинококкэктомии печени наблюдалось механическая желтуха.

У 53(5,7%) больных билирубин крови был высокий, но состояние больных было удовлетворительным. Мы разделили больных с диагнозом калькулёзный холецистит с осложнений механической желтухой спонтанно возникшим эхинококкозом печени 44(4,7%) случаев и эхинококкоза печени осложненной механической желтухой 7(0,75%) больных.



Исходя из вышесказанных нам удалось определиться с диагностикой и лечением, что первую и вторую группы связи с клинически выявляемой желтухи. С другой стороны первая группа пока что может удовлетворяться с стандартным лечением. Вторая группа отличается от стандартных лечений так как причиной механической желтухи является эхинококкоз печени.

У одного больного который входил в вторую группу, сделано эндоскопическая папиллосфинктеротомия, последующим отсроченная операция по поводу устранения основной причины механической желтухи эхинококкоза печени. У остальных 6 больных причиной механической желтухи стал висцеральное расположение эхинококкоза печени, которые сдавливающий наружные желчные ходы. В таких случаях лечения проводилось в двух этапах декомпрессия желчевыводящих путей, после нормализации билирубина удаления эхинококкоза печени оперативным путем. Все перечисленные манипуляции сопровождался без грубых осложнений как кровотечения, рестеноз и так далее.

Если мы объединим все операции и разделим по времени, мы можем разделить операции на экстренные операции и плановые, а также по этапные операции. По данных литературы было сказано, что экстренные операции после устранения механической желтухи показало летальность более 40%. Но в нашей исследования, не смотря какой вид операции произведена, летальность отсутствовала.

После проанализированных данных можно составить схему как алгоритм, что поэтапная комплексная диагностика, рентгеноэндоскопическая диагностика, лечебные эндоскопические вмешательства и один из «золотых» стандартов для абдоминальной хирургии – хирургическая операция является основной тактики лечения эхинококкоза печени в сочетании механической желтухе.

Вывод

Таким образом, если объединим все вышесказанные слова, для установления причины механической желтухи у больных с эхинококкозом печени, необходимо провести комплексное клиничко-инструментальное обследование. И это не зависит степени функциональных изменений печени. Кроме того, после тщательных диагностических мероприятий, объем консервативной терапии должен соответствовать клиническим



проявлениям механической желтухи. Радикальные операции как эхинококкэктомия, или сначала паллиативные эндоскопические вмешательства и потом радикальные операции следует проводить с учетом функциональных изменений печени, но при надо учесть для каждого пациента индивидуально. После выписки из стационара все пациенты находились под строгим контролем как минимум в 1-й и 6-й месяц, а затем 1 раз в год (по возможности). При этих осмотрах проводилась клиническая оценка, общелабораторные и печеночные пробы, иммунодиагностика и УЗИ органов брюшной полости.

Ну и так все комплексы диагностических мероприятий, включающий в себя биохимическое исследование (билирубин - общий, прямой, непрямой, щелочная фосфатаза, аланинаминотрансфераза - АЛТ, аспаратаминотрансфераза - АСТ) крови, ультразвуковое исследования (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, эзофагогастродуоденоскопию и эндоскопическую ретроградную панкреатохоланграфию, а также эндоскопические диагностики с одновременным лечением (в некоторых случаях), кроме того операции в желчном пузыре и желчных путей и их комбинации (в зависимости от тяжести и стадии болезни) поможет улучшить качество жизни больного в ближайшем послеоперационном периоде и в отдалённых периодах, и в то время без летальной исходами.

References

1. Салимов, Ш.Т. Возможности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза / Ш.Т. Салимов, Б.З. Абдусаматов, А.Ш. Вахидов // Детская хирургия. - 2015. - №3. - С. 9-12.
2. Salimov, Sh.T. Possibilities of surgical treatment of recurrent echinococcosis / Sh.T. Salimov, B.Z. Abdusamatov, A. Sh. Vakhidov // detskaya xirurgiya [Pediatric surgery]. - 2015. - No. 3. - S. 9-12. (In Russian)
3. Аскерханов, Р.П. Хирургия эхинококкоза. / Р.П. Аскерханов //Махачкала: Дагестанское книжное издательство, 1975. 372 с.
4. Askerkhanov, R.P. Echinococcosis surgery. / R.P. Askerkhanov // Makhachkala: Dagestanskoye knijnoe izdatelstvo [Dagestan Book Publishing House], 1975.372 p. (In Russian)



5. Akkaya, H. Hydatid disease involving some rare sites in the body / H. Akkaya, B. Akkaya, S. Gonulcu // Turkish Society for Parasitology. – 2015. – Vol. 39, № 1. – P. 78–82.
6. Алиев, М.Ж. Оперативное лечение эхинококкоза печени и его результаты / М.Ж. Алиев // Вестник КГМА имени И.К. Ахунбаева. – 2014. - №3. - С. 88-90.
7. Aliev, M. Zh. Surgical treatment of liver echinococcosis and its results / M.Zh. Aliev // Vestnik KGMA imeni I.K. Axunbaeva [Bulletin of the KSMA named after I.K. Akhunbaeva]. - 2014. - No. 3. - S. 88-90. (In Russian)
8. Ахмедов, Р.М. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени / Р.М.Ахмедов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2010. Т.15, № 3. С. 99-104.
9. Akhmedov, R.M. Minimally invasive interventions in liver echinococcosis / RMAkhmedov [et al.] // Annali xirurgicheskoy gepatologii [Annals of surgical hepatology]. 2010. Vol. 15, No. 3. S. 99-104. (In Russian)
10. Вафин, А.З. Отдаленные результаты хирургического лечения эхинококкоза с применением принципа апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза / А.З. Вафин [и др.]// Сборник научных трудов Всероссийской конференции хирургов и 17 съезда хирургов Дагестана, посвященные 90-летию чл. корр. АМН СССР, проф. Р.П. Аскерханова. В 2-х т. Махачкала, 2010. Т.1. С. 137.
11. Vafin, A.Z. Long-term results of surgical treatment of echinococcosis using the principle of aparasiticity and antiparasiticity of echinococcosis surgery / A.Z. Vafin [et al.] // Sbornik nauchnih nrudov Vserossiyskoy konferensii xirurgov I 17 syezda xirurgov Dagestana, posvyashenniye 90-letiyu chlenov korr. AMN SSSR, prof R.P. Askerxanova. V 2 – tomax. [Collection of scientific papers of the All-Russian conference of surgeons and the 17th congress of surgeons of Dagestan, dedicated to the 90th anniversary of the member. corr. USSR Academy of Medical Sciences, prof. R.P. Askerkhanov. In 2 volumes]. Makhachkala, 2010.Vol. 1. P. 137. (In Russian)
12. Осумбеков, Б.З. Сравнительный анализ различных методов оперативного лечения осложненного эхинококкоза печени / Б.З. Осумбеков, У.У.Нуржан // Врач-аспирант. 2018. Т. 91. № 6. С. 10-16.
13. Osumbekov, B.Z. Comparative analysis of various methods of surgical treatment of complicated liver echinococcosis / B.Z. Osumbekov, U. U.



- Nurzhan // Vrach-aspirant [Postgraduate Doctor]. 2018.Vol. 91.No. 6.P. 10-16. (In Russian)
14. A retrospective survey of human hydatidosis based on hospital records during the period of 10 years / S.R. Mousavi, M. Samsami, M. Fallah, H. Zirakzadeh // J. Parasit. Dis. – 2012. – Vol. 366 №1. – P. 7–9.
 15. El Malki, H.O. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis: What are the predictive factors? / H.O. El Malki, A. Souadka // Can. J. Surg. – 2013. – Vol. 56, №3. – P. E44.
 16. Таджилдиз И., Алдемир М., Абан Н., Келес К. Диагностика и хирургическое лечение интрабилиарной перфоративной эхинококковой болезни печени. S Afr J Surg, 42 (2004), стр. 43-46
 17. Агарвал С., Сикора С.С., Кумар А., Саксена Р., Капур В.К. Подтекание желчи после операции по поводу эхинококковой болезни печени. Indian J Gastroenterol, 24 (2005), стр. 55-58.
 18. Мантерола К., Лосада Х., Карраско Р., Муньос С., Бустос Л., Виал М., Инноченти Г. Холангиогидатидоз. Эволюционное осложнение эхинококкоза печени. Бол Чил Параситол, 56 (2001), стр. 10-15.
 19. Мантерола С., Уррутия С., Группа МИНЦИР. Инфицированный эхинококкоз печени. Результаты хирургического лечения последовательной серии больных. Surg Infect (Larchmt), 16 (2015), стр. 553–557.
 20. Мантерола К., Лосада Х., Карраско Р., Муньос С., Бустос Л., Виал М., Инноченти Г. Холангиогидатидоз. Эволюционное осложнение эхинококкоза печени. Бол Чил Параситол, 56 (2001), стр. 10-15.
 21. Атли М., Кама Н.А., Юксек Ю.Н., Доганай М., Гозалан У., Колог-лу М., Даглар Г. Интрабилиарный разрыв эхинококковой кисты печени: сопутствующие клинические факторы и правильное лечение.
 22. Arch Surg, 136 (2001), стр. 1249–1255.
 23. Амамчи Е.О., Бесим Х., Сонисик М., Коркмаз А. Скрытый интрабилиарный разрыв эхинококковых кист в печени. World J Surg, 29 (2005), стр. 224–226.
 24. Шемеш Э., Клейн Э., Абрамович Д., Пайнс А. Обструкция общего желчного протока, вызванная эхинококковыми дочерними кистами, — лечение с помощью эндоскопической ретроградной сфинктеротомии. Am J Gastroenterol, 81 (1986), стр. 280-282.