

ХУЛОСА
УСУЛҲОИ ҶАРРОҲИИ УЗВНИГОҲДОРАНДА ҲАНГОМИ
ПЕРФОРАТСИЯИ РЕШҲОИ МЕЪДАВУ ДУВОЗДАҲАНГУШТА ВА
МУШТАРАК БО ПЕНЕТРАТСИЯ ВА ТАНГШАВӢ
К.М.Қурбонов, Ф.Ш.Сафаров, М.Г.Ҳамидов

Дар мақола натиҷаҳои муолиҷаи ҷарроҳии 126 нафар бемор бо решҳои перфоративии меъдаву дувоздаҳангушта таҳлил карда шудаанд. Аз он ҷумла, дар 47 нафар бемор перфоратсия якҷоя бо тангшавӣ, дар 25 нафар бошад бо пенетратсия омадааст. Муқаррар шудааст, ки мусоидтарин амали ҷарроҳӣ ҳангоми боҳамоии онҳо – ин усулҳои ҷарроҳии узвнигоҳдоранда бо ваготомия мебошанд.

SUMMARY
ORGAN PRESERVING OPERATION METHODS UNDER
PERFORATION OF GASTRIC DUODENAL ULCERS
COMBINED WITH PENETRATION AND STENOSIS
K.M. Kurbonov, F.Sh. Safarov, M.G. Hamidov

Results of surgical treatment of 126 patients with perforative gastric duodenal ulcers were analyzed in the work. 47 patients perforation was combined with stenosis, in 25 - with penetration. It was established that the most optimal operations under combination of perforation with stenosis and penetration are organ preserving methods with vagotomy.

Key words: perforation, gastric duodenal ulcer, stenosis, penetration, vagotomy

Адрес для корреспонденции:

К.М. Курбонов - зав. кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, **E-mail:** murod-kurbonov@rambler.ru

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЁННЫМ
ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ
Ф.И. Махмадов, Н.М. Даминова
Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ
им. Абуали ибни Сино

Проведён анализ результатов лечения 366 больных с эхинококкозом печени. Эхинококкоз печени, осложнившийся обтурационной желтухой, имелся у 73 (19,9%) пациентов. Для обследования применяли УЗИ, ЭРХПГ, КТ, МРТ и лапароскопию. Предпочтение отдавали этапному лечению с применением на первом этапе эндоскопического вмешательства. ЭПСТ, инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки и назобилиарное дренирование выполнили у 39,7% пациентов. Традиционные хирургические вмешательства выполнены у 60,3% больных. Разработанная тактика позволила улучшить результаты лечения, уменьшить число осложнений до 8,2%, летальность – до 4,1%.

Ключевые слова: осложнённый эхинококкоз, обтурационная желтуха, эндоскопические вмешательства, назобилиарное дренирование

Актуальность. Прорыв эхинококковой кисты в жёлчные протоки, с развитием обтурационной желтухи и холангита, является вторым по частоте осложнением эхинококкоза печени, что наблюдается в 15,8–20,1% случаях [1,4]. Причины этого прорыва различны и зависят от многих условий [2,3,5]. При локализации кисты вблизи небольших жёлчных протоков, в случае гибели паразита, происходит уменьшение кисты в размерах, что способствует проникновению желчи в перикистозное пространство с нагноением и отслойкой хитиновой оболочки [2,6]. Большая или нагноившаяся киста, расположенная вблизи крупных жёлчных протоков, может вызвать их сдавление с развитием обтурационной желтухи, либо сопровождаться прорывом содержимого кисты в жёлчные протоки [2,3]. В последних ситуациях мёртвые или живые дочерние пузыри кист или обрывки хитиновой оболочки обтурируют жёлчные протоки с развитием тяжёлого инфекционно-аллергического холангита с явлениями печёночной недостаточности [5] или даже острого холангиогенного панкреатита [8]. При прорыве гидатидозной кисты в жёлчные пути в клинической картине заболевания доминирует гепатобилиарная симптоматика. Клинические проявления эхинококкоза печени с поражением жёлчных путей зависят во многом от характера повреждений последних. Наиболее опасное проявление прорыва кисты в жёлчные протоки – холангит, при котором хирургическое лечение не всегда эффективно, а летальность достигает 25–47% [5,7].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных эхинококкозом печени, осложнившимся обтурационной желтухой.

Материал и методы. Проведено обследование и лечение 366 больных с эхинококкозом печени, оперированных в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе за период с 1998 по 2008 г. Эхинококкоз печени, осложнившийся обтурационной желтухой, выявлен у 73 (19,9%) пациентов. Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет. Подавляющее большинство больных осложнённым эхинококкозом печени были люди трудоспособной возрастной категории от 15 до 50 лет (91,7%). Мужчин было 154 (42,1%), женщин - 212 (57,9%). При выборе диагностического алгоритма предпочтение отдавали как эндоскопическим (ЭГДС, лапароскопия), так и инструментальным методам (рентгенография, УЗИ, ЭГДС, ЭРХПГ, КТ, МРТ и т.д.). Большим преимуществом этих методов исследования, помимо высокой информативности, являлась возможность использования их в качестве лечебных мероприятий, главным образом, для декомпрессии жёлчевыводящих путей. Информативность исследования значительно повышалась при сочетанном применении эндоскопических и рентгеноконтрастных диагностических методов.

Длительность заболевания у этих больных имела свои особенности. У 23 (31,5%) пациентов, как у женщин, так и у мужчин, развитию механической желтухи предшествовала боль в область эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией в межлопаточную область. В то же время у 15 (20,6%) пациентов болевой синдром и механическая желтуха появились одновременно, а у 35 (47,9%) больных механическая желтуха развилась без болевого синдрома, но сопровождалась выраженной воспалительной реакцией и гипертермией. Длительность клинических проявлений заболевания варьировала от нескольких часов до 16 суток. Сопутствующие заболевания выявлены у 19 (26,0%) пациентов. Признаки холангита отмечены в 21 (28,7%) наблюдениях.

Результаты и их обсуждение. Клиническая картина перфорации содержимого эхинококковой кисты в жёлчные ходы различна и была связана с диаметром цистобилиарного свища и уровнем его прорыва в билиарный тракт. В зависимости от выраженности клинической картины, мы разделили больных на три группы.

В 1-ю группу вошли 37 (50,7%) больных с тяжёлой (желтушной) формой заболевания. Клиническая картина у этих больных богата симптоматикой и характеризовалась тяжёлым течением. Она была обусловлена сдавлением кистой жёлчных протоков (n=20) и прорывом содержимого кисты в крупные долевыми или внепечёночными жёлчными протоки (n=17) с их обтурацией и развитием механической желтухи, острого холангита, острого холецистита, печёночной недостаточности с выраженной интоксикацией, болевым синдромом, гипертермией и ознобом.

Ко 2-ой группе отнесли 22 (30,1%) больных, у которых имелась стёртая клиническая картина, обусловленная образованием цистобилиарного свища с сегментарными жёлчными протоками, когда полной их обтурации элементами эхинококковой кисты не наступает в связи с тем, что в них не могут попасть большие дочерние пузыри и крупные частицы хитиновой оболочки. Клинические симптомы осложнения заболевания у этих больных были скудными, в 59,1% имела место субиктеричность склер, в анамнезе у 40,9% - кратковременная маловыраженная желтуха и приступ болей в правом подреберье. У 14 больных 3-ей группы (19,2%) отмечалась лёгкая форма клинического течения заболевания. Она обусловлена малым размером перфоративного отверстия и часто целостью хитиновой оболочки паразита, а также фактически наличием только перичистобилиарного свища. Необходимо отметить, что такие свищи замечены нами, как и рядом других авторов, и наиболее часто они составляли 26,4% от всех 53 цистобилиарных свищей. Больные этой группы представляли определённый клинический интерес, прежде всего, в связи с трудностью диагностики. В этих случаях клинические проявления отсутствовали, и жёлчные свищи выявлены только интраоперационно.

Лечебный эффект предоперационного дренирования у больных с осложнённым эхинококкозом печени объясняется ликвидацией жёлчной гипертензии, отведением токсической желчи, что способствует скорейшему купированию холангита. Всё это в совокупности способствует нормализации печёночной гемодинамики и улучшению функционального состояния гепатоцитов.

С целью декомпрессии внепечёночного жёлчного протока, а также рациональности тактики двухэтапного лечения больных эхинококкозом печени, осложнившимся обтурационной желтухой, у 29 пациентов на первом подготовительном этапе выполнена инструментальная декомпрессия (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая санация жёлчного дерева, эндоскопическая дилатация стриктур и эндоскопическое назобилиарное дренирование), обеспечивающая купирование острого приступа и ликвидацию холангита. Достижение последнего, в основном, зависело от общего состояния больных, длительности желтухи, локализации паразитарной кисты и характера поражения органа.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была произведена 21 больному. В ходе проведения ЭПСТ производили инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки, дочерних кист эхинококка (13). Нормализация показателей билирубина и результатов других исследований, а также общего состояния пациента наступала соответственно на 8-11 сутки с момента разрешения холестаза. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали.

С целью одновременной декомпрессии остаточной полости эхинококковой кисты и общего жёлчного протока, нами после эндоскопической папиллосфинктеротомии, удаления фрагментов хитиновой оболочки из просвета общего жёлчного протока, произведено назобилиарное дренирование.

Сочетанная эндоскопическая папиллосфинктеротомия и назобилиарное дренирование применены 7 пациентам. Показаниями для сочетанного выполнения этих манипуляций считались: выраженная картина паразитарного холангита (4) и отёк области большого дуоденального соска (3), что препятствовало пассажу желчи.

Во время выполнения эндоскопического удаления хитиновых оболочек осматривали просвет большого дуоденального соска и дистальной части холедоха. При этом в 3 случаях обнаружено явление катарального холангита, в 3 случаях – эрозивного холангита и в 1 случае – картина эрозивно-язвенного холангита.

Учитывая явление инфекционно-аллергического паразитарного холангита, в послеоперационном периоде жёлчные протоки промывали 0,5% раствором Бетадина и антибиотиками через полихлорвиниловый катетер. Нормализация показателей билирубина у этих больных наступала, соответственно, на 8-9, 10-11, и 16-17 сутки после вмешательства. После улучшения состояния больных проведено контрастирование жёлчевыводящих путей. В 5 (71,4%) случаях контрастное вещество попадало в полость эхинококковой кисты, а в 2 (28,6%) случаях эхинококковая киста не контрастировалась, что указало на эффективность консервативного лечения

цистобилиарных свищей.

Использование эндоскопических вмешательств в комплексном лечении больных этой группы было основной целью, что обосновано тяжестью их исходного состояния. Во-первых, это позволяло дозировать хирургическую агрессию: вначале выполняли минимальное вмешательство, направленное как на устранение обструкции жёлчевыводящих путей, так и на уменьшение воспалительных изменений в жёлчном пузыре и подпечёночном пространстве (первый этап). Ко второму этапу приступали на фоне улучшения состояния больного за счёт ликвидации или уменьшения желтухи, холангита, а также улучшения функционального состояния печени, что было особенно важно у данного контингента больных с высокой степенью операционного и анестезиологического риска. Второй этап, как правило, осуществляли в отсроченном периоде.

На основании вышесказанного, декомпрессивные вмешательства являются важным звеном в комплексном лечении больных эхинококкозом печени, осложнённым обтурационной желтухой.

У 44 (60,3%) больных, у которых по разным причинам не удалось ликвидировать жёлчную гипертензию эндоскопически, после соответствующей предоперационной подготовки в отсроченном порядке произведены традиционные вмешательства. Во время операций после эвакуации содержимого эхинококковой кисты во всех наблюдениях выявлялись перфорантные жёлчные протоки, открывающиеся в её просвет. Отмечено, что при малом диаметре устья жёлчных фистул, возникают определённые трудности в его выявлении. Одним из верных признаков наличия желчного свища является характерная окраска наружной поверхности хитиновой оболочки и эхинококковой жидкости. В сомнительных и неясных случаях мы использовали рыхлую тампонаду остаточной полости сухой салфеткой на короткое время. При наличии жёлчного протока на извлечённой салфетке обычно появлялось жёлтое пятно. Этим же способом можно пользоваться для определения эффективности ликвидации перфорантного жёлчного протока. Для ушивания жёлчного свища обычно применяли нить на атравматической игле. Далее выполнили холедохотомию, удаление фрагментов хитиновой оболочки, санацию жёлчевыводящих путей антисептиками и дренирование холедоха. Дальнейший ход оперативного вмешательства зависел от индивидуальных характеристик кисты. По показаниям производили различные способы эхинококкэктомии из печени.

Оценивая эффективность каждого способа оперативного лечения больных эхинококкозом печени, осложнённого обструктивной желтухой, обязательно учитывали продолжительность пребывания в стационаре, послеоперационный период, а также количество и характер интра- и послеоперационных осложнений.

Анализируя послеоперационную летальность и осложнения, необходимо отметить, что они развились прогнозируемо. После выполнения приведённых выше оперативных вмешательств (73) летальных исходов было 3 (4,1%). Удельный вес отдельных осложнений в структуре летальности выглядел следующим образом: острая послеоперационная печёночная недостаточность имела место у 1 (1,3%) больного, и у 2 (2,6%) больных наблюдались осложнения, не связанные с характером и объёмом выполненной операции.

Послеоперационные осложнения выявлены у 6 (8,2%) больных. Жидкостные скопления и подпечёночные абсцессы выявлены у 2 (2,6%) больных, которые были ликвидированы с помощью ультразвукового пункционного датчика, кровотечение - у 1 (1,3%) и экссудативный плеврит отмечен в 3 (4,1%) наблюдениях.

Таким образом, оперативное вмешательство при обтурационной желтухе эхинококкового генеза носит срочный или отложенный характер. Целесообразно провести этапное лечение. На первом этапе первостепенное значение имеют эндоскопические вмешательства, что включает одновременную декомпрессию остаточной полости эхинококковой кисты, общего жёлчного протока, снижение интоксикации и купирование печёночной недостаточности. Вторым этапом и при невозможности эндоскопических вмешательств следует применять традиционные хирургические вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гульмурадов Т.Г. Пути улучшения результатов лечения осложнённого эхинококкоза печени / Т.Г. Гульмурадов, М.Г. Паллаев, Д.М. Олимов // материалы IV-го съезда хирургов Таджикистана. – Душанбе, 2005. - С. 72-74
2. Диагностика поражений жёлчных протоков при эхинококкозе печени / А.А. Мовчун [и др.] / Хирургия. - 2004. - №2. - С. 28-32
3. Изменения в гепатобилиарной системе при эхинококкозе печени / А.З. Могамедов [и др.] / Анналы хирургической гепатологии. - 1996. - №1. - С. 234-235
4. Ильхамов Ф.А. Осложнённый эхинококкоз / Ф.А. Ильхамов // Проблемы эхинококкоза: Махачкала, 2000. - С. 58-59
5. Меджидов Р.Т. Холангит как осложнение эхинококкоза печени / Р.Т. Меджидов, А.И. Хамидов, И.Г. Ахмедов // Проблемы эхинококкоза. - Махачкала. - 2000. - С. 97-98
6. Османов А.О. Осложнённый эхинококкоз печени : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.27 / А.О. Османов. М., 1997. – 17 с.
7. Цхай В.Ф. Особенности клиники и диагностики механических желтух паразитарной этиологии / В.Ф. Цхай // Анналы хирургической гепатологии. – Томск, 1997. - С. 68
8. Hydatid acute pancreatitis: a rare complication of hydatid liver disease / A. Ayadin [et al.] // Report of two cases. Eur. J Gastroenterol Hepatol. - 1997. - Vol. 2. - P. 211-214

ХУЛОСА

Натиҷаҳои табобати ҷарроҳии беморони гирифтори эхинококкози ҷигари бо ярақони суддавӣ оризшуда Ф.И.Маҳмадов, Н.М.Даминова

Таҳлили натиҷаҳои муолиҷаи 366 нафар бемори гирифтори эхинококкози ҷигар гузаронида шуд. Эхинококкози ҷигари бо ярақони суддавӣ оризшуда дар 73 (19,9%) нафар бемор муайян карда шуд. Ҳангоми муоина УЗИ, ЭРХПГ, КТ, МРТ ва лапароскопия истифода шуданд. Ба муолиҷаи марҳалавӣ бо истифода аз даҳолати эндоскопӣ дар даври аввал афзалият дода шуд.

ЭПСТ, тавассути олот бурида партофтани қисмҳои пардаи хитинӣ ва заҳақиҳои назобилиари ро дар 39,7%-и беморон гузарониданд. Даҳолати ҷарроҳии анъанавӣ дар 60,3%-и беморон иҷро карда шуд. Тактикаи коркардашуда имкон дод, ки натиҷаҳои муолиҷа беҳтар гардида, шумораи оризаҳо (то 8,2 %) ва фавтият (то 4,1 %) кам шавад.

Summary

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER ECHINOCOCCOSIS COMPLICATED WITH OBTURATION JAUNDICE

F.I. Mahmadvov, N.M. Daminova

The analysis of results of the treatment of 366 patients with liver echinococcosis was made. Echinococcosis of liver combined with obturation jaundice in 73 (19,9%) patients was. USI, CT, MRT and laparoscopy were used for the examination. They gave a preference to stage treatment with at the 1st phase - endoscopic operation. Instrumental removing of fragments of chitin capsule was made in 39,7% patients. Traditional surgical operation was made in 60,3%. Worked out tactics allowed to improve treatment results, to decrease the number of complications to 8,2%, lethality index to 4,1%.

Key words: complicated echinococcosis, obturation jaundice, endoscopic operation, nasal biliar drainage

Адрес для корреспонденции:

Ф.И.Маҳмадов – ассистент кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе, 1 пр. ул. Айни-46; E-mail: fmahmadov@mail.ru