

## Спостереження ускладненої ехінококової кісти з проривом у біліарне дерево та міграцією в холедох у поєднанні з холедохолітазом

Ехінококоз — це небезпечне паразитарне захворювання, яке характеризується хронічним перебігом та розвитком специфічних кіст у печінці, легенях, головному мозку та інших внутрішніх органах. Визначено, що протягом останніх 20 років частота ускладнених випадків захворюваності становить 84,6 %. У статті представлено результати власного клінічного спостереження та лікування випадку ускладненої ехінококової кісти печінки з проривом в біліарне дерево та міграцією в холедох у поєднанні з холедохолітазом.

**Ключові слова:** ускладнена ехінококова кіста печінки; холедохолітаз; механічна жовтяниця; холангіт.

Ехінококоз – паразитарне захворювання, збудник якого належить до роду *Echinococcus*, родини *Taeniidae*, класу стьожкових гельмінтів – *Cestoda*. Передача інвазії відбувається між м'ясоїдними (дефінітивними) та травоїдними / всеїдними (проміжними) тваринами через взаємодію хижак-здобич. Домашні собаки і дикі м'ясоїдні, такі як лисиця, койоти, вовки та ін., відіграють роль дефінітивних хазяїв [4]. Люди (проміжні хазяїни) заражаються при прямому контакті з інвазованими дефінітивними хазяїнами або при споживанні фруктів, овочів чи питної води забруднених яйцями ехінококу. В організмі людини гельмінти існують тільки у формі личинки, що представляє собою однокамерний міхур (цистний ехінококоз викликаний *E. granulosus*) або багатокамерний міхур (альвеолярний ехінококоз – *E. multilocularis*). Залежно від інвазуючого виду або генотипу циркуляція паразита відбувається переважно в районах, де має місце скотарство, або там, де діяльність людини перетинається з дикою фауною. При цьому частота ураження ехінококом печінки коливається в межах 44–84 %. Захворювання супроводжується розвитком об'ємних кістозних утворень [2].

За зведеною європейською статистикою, поширеність ехінококозу печінки становить у різних регіонах від 1 до 8 на 100 тисяч населення. В ендемічних зонах, таких як Південна Америка, Східна Європа, Росія, Близький Схід і Китай, поширеність може досягати 50 на 100 000 населення. В Україні щорічно реєструється 160–190 випадків ехінококозу в людини (О. Л. Івахів) [3]. За останні 10 років в Тернопільській області зареєстровано 31 випадок ехінококозу.

Протягом останніх 20 років відзначається збільшення числа ускладнених форм ехінококозу печін-

ки, частота яких досягає 84,6 %. Найбільш частими є хронічні ускладнення: нагноєння паразитарної кісти, яке зустрічається у 18,4–49 % випадків, запнення фіброзної капсули – у 4,8–18,1% осіб. Частота гострих ускладнень ехінококозу, таких як прорив в черевну порожнину, варіює від 2,7 до 6,29 %, прорив в плевральну порожнину до 9,6 %, прорив у жовчовивідні шляхи з розвитком механічної жовтяниці і холангіту – від 6 до 63 % [1]. Гострі ускладнення перебігають тяжко і вимагають проведення екстрених операційних втручань. Зазначені фактори на фоні загальної тенденції до збільшення захворюваності роблять проблему лікування ехінококозу досить актуальною в ендемічних регіонах.

До числа рідкісних ускладнень відносять розвиток жовтяниці внаслідок здавлювання біліарного дерева, компресію нижньої порожнистої вени з розвитком типового симптомокомплексу “*vena cava inferior*” [5]. Висока частота післяопераційних ускладнень – до 57 % (А. А. Мовчун та співавт., 1997; N. Katkhouda та співавт.), рецидиви захворювання, що варіюють у межах від 3 до 54 % (І. Г. Ахмедов, 1998; D. Mikic та співавт., 1998) та супроводжуються множинними повторними операційними втручаннями, призводять до стійкої інвалідизації хворих.

*Клінічний приклад.* Хвора С., 66 р., госпіталізована в ургентному порядку зі скаргами на біль в правому підребер'ї, нудоту, періодичне блювання, підвищення температури до фебрильних цифр, пожовтіння склер та шкіри. Дані скарги з'явилися декілька днів тому без видимої причини.

Температура тіла 37,9 °С. Живіт правильної форми, бере участь в акті дихання. При пальпації болючість в правому підребер'ї, дефанс м'язів. Позитивні симптоми Кера, Ортнера. Пальпується

## ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

дно жовчного міхура. Перкуторно печінка збільшена  $\pm$  4 см. Перестальтика не порушена.

В загальному аналізі крові лейкоцитоз, із зсувом лейкоцитарної формули вліво, еозинфілія до 15 %, в біохімічному аналізі: білірубін – 182 мкмоль/л (за рахунок прямого).

Проведено ультразвуографію. Печінка візується чітко, розміщена типово. Виступає з-під краю реберної дуги на 40,0 мм, збільшена. Розмірами – права частка – КВР 190,0 мм (N до 150 мм), ліва частка: ПЗР 65,0 мм (N до 60 мм). Край її гострий, контур рівний, паренхіма дещо підвищеної ехогенності, звукопровідність збережена. Структура однорідна. V. portae розширена, d – 13–14 мм. Кровотік у ній не змінений. Внутрішньопечінкові жовчні протоки розширені до 4–5 мм.

В структурі органа візуалізується два утвори: перший розмірами 50×48×55 мм, розміщений в VI сегменті, інтрапаренхіматозно, округлої форми, з рівним контуром та чіткими межами. Утвір кістоподібний, з гіперехогенною потовщеною капсулою та неоднорідним гіпергіпоехогенним більш імовірно аваскулярним вмістом (паразитарна кіста?). Другий – розмірами 48×58×55 мм, розміщений в VIII сегменті, інтрапаренхіматозно, округлої форми, з рівним контуром та чіткими межами. Утвір із гіперехогенною потовщеною капсулою та неоднорідним гіпергіпоехогенним більш імовірно аваскулярним вмістом (паразитарна кіста?) простежується зв'язок даного утвору із розширеним до 18 мм холедохом (перфорація кісти в холедох?). У воротах печінки наявні збільшені лімфатичні вузли розмірами до 17×9 мм.

Жовчний міхур візуалізується чітко, розташований типово, скорочений. Площа 9 см<sup>2</sup> (N до 18 см<sup>2</sup>), S-подібної форми, стінки його потовщені до 4,0 мм, вміст: виповнений конкрементами. Холедох на видимій частині розширений до 18–19 мм, звивистий, виповнений гіпер-гіпоехогенним неоднорідним вмістом.

Діагноз підтверджено комп'ютерною томографією.

Виставлено робочий діагноз: жовчнокам'яна хвороба, гострий калькульозний холецистит, холедохолетіаз, механічна жовтяниця, холангіт. Паразитарні кісти правої частки печінки.

Хвора в ургентному порядку оперована з використанням міні-інвазивної транспапільярної технології (20.12.2018 р.).

При відеодуоденоскопії – фатерів сосочок набряклий, виконана ретроградна панкреатохолангіографія, констатовано розширення холедоха та дефект наповнення. При папілотомії із сосочка виділяється густий гній, за яким у рану випав

конкремент розміром 15×10 мм. Згодом з'явилась велика кількість оболонок ехінококу (рис. 1). При ревізії та відмиванні холедоха фізіологічним розчином з'явилися біло-блискучі мембрани, які були екстраговані за допомогою балону (рис. 2). Провідність жовчних шляхів відновлено. Рівень білірубину знизився до 32 мкмоль/л, загальний стан хворої покращився, температура та показники в загальному аналізі крові нормалізувались.

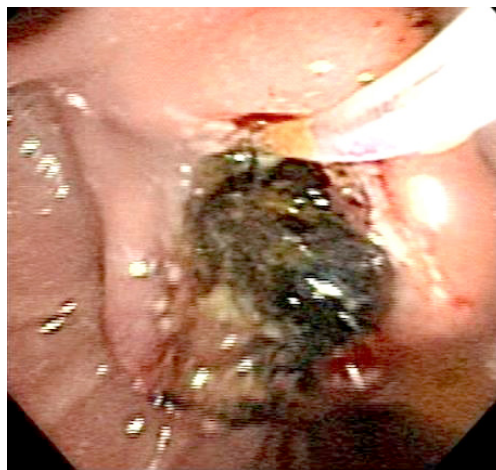


Рис. 1. Конкремент у папілотомній рані.

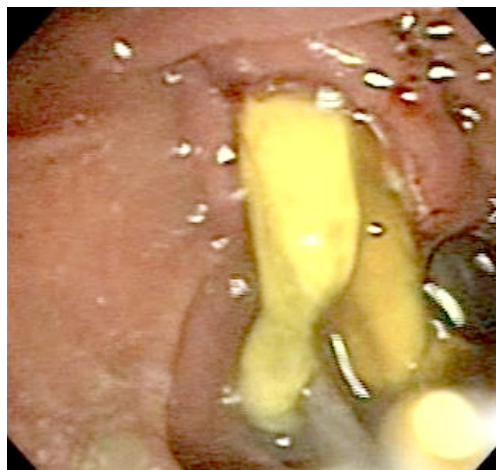


Рис. 2. Елемент оболонок ехінококу в папілотомній рані.

Хвору 24.12.2018 р. виписали зі стаціонару в задовільному стані під спостереження та лікування у лікаря інфекціоніста та хірурга-гепатолога.

Отже, необхідно пам'ятати про можливість спричинення механічної жовтяниці ехінококом, який паразитує в печінці, та може викликати обтурацію в результаті компресії кісти або її розриву в біліарне дерево.

## ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Таким чином, у хворі ехінококова кіста правої частки печінки ускладнилась перфорацією в біліарне дерево та міграцією в загальну жовчну протоку. Дана патологія виникла в поєднанні з холедохолітазом, що є надзвичайно рідким захворюванням.

Використання міні-інвазивних технологій як першого етапу лікування дало позитивний ефект та унеможливило подальше прогресування життєво небезпечних ускладнень. Для подальшого лікування хвора скерована до інфекціоніста та хірурга-гепатолога.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Велієва Т. А. Ехінококоз печінки: клініко-епідеміологічна характеристика та оптимізація лікувально-діагностичної тактики. – Харків, 2021. – 30 с.
2. Велієва Т. А. Особливості неспецифічної ланки імунітету у периферичній крові при ехінококозі печінки до і після лікування / Т. А. Велієва // Гепатологія. – 2016. – № 4. – С. 34–41.
3. Хоменко В. С. Випадок дуоденальної непрохідності, викликаної гігантською ехінококовою кістою печінки /
- В. С. Хоменко [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2019. – № 2. – С. 97–102.
4. Ito A. Basic and applied problems in developmental biology and immunobiology of cestode infections: Hymenolepis, Taenia and Echinococcus / A. Ito // Parasite Immunol. – 2015. – Vol. 37. – P. 53–69.
5. Hydatid cyst of the liver causing inferior vena caval obstruction / K. Nagarajan, D. Sekar, J. Vijaya, B. A. Kamath // Journal of the Association of Physicians of India. – September: 61.

### REFERENCES

1. Velieva, T.A. (2021). *Echinococcosis of the liver: clinical and epidemiological characteristics and optimization of medical and diagnostic tactics*. Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education. Kharkiv.
2. Velieva, T.A. (2016). Peculiarities of the nonspecific link of immunity in peripheral blood in echinococcosis of the liver before and after treatment. *Hepatology*, 4, 34-41.
3. Khomenko, V.S. (2019). A case of duodenal obstruction caused by a giant echinococcal cyst of the liver. *Child Surgery*, 2, 97-102.
4. Ito, A. (2015). Basic and applied problems in developmental biology and immunobiology of cestode infections: Hymenolepis, Taenia and Echinococcus. *Parasite Immunol.*, 37, 53-69.
5. Nagarajan, K., Sekar, D., Vijaya, J., Kamath, B.A. (2013). Hydatid cyst of the liver causing inferior vena caval obstruction. *Journal of the Association of Physicians of India*.

Отримано 28.04.2023

Електронна адреса для листування: [deykaLo@tdmu.edu.ua](mailto:deykaLo@tdmu.edu.ua)

I. M. DEIKALO, O. I. KAREL, A. V. VYNNYK, N. I. HRYNKIV

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University

### OBSERVATION OF A COMPLICATED ECHINOCOCCAL CYST WITH BREAKTHROUGH INTO THE BILIARY TREE AND MIGRATION INTO THE CHOLEDOCH IN COMBINATION WITH CHOLEDOCHOLITHIASIS

Echinococcosis is a dangerous parasitic disease characterized by a chronic course and the development of specific cysts in the liver, lungs, brain, and other internal organs. It has been determined that over the last 20 years, the frequency of complicated cases of the disease is 84.6 %. This article presents the results of our own clinical observation and treatment of a complicated case of hepatic echinococcal cyst with rupture into the biliary tree and migration into the common bile duct, in combination with choledocholithiasis.

**Key words:** complicated echinococcal cyst of the liver; choledocholithiasis; mechanical jaundice; cholangitis.