

***З. А. Дундаров, Д. А. Евсеенко, Д. М. Адамович, В. З. Анджум, М. А. Али,
С. О. Хазывов***

ХОЛАНГИОГЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Гомельский государственный медицинский университет, Беларусь

Ключевые слова: холангиогенная инфекция, цирроз печени.

***Z. A. Dundarov, D. A. Evseenko, D. M. Adamovich, W. Z. Anjum, M. A. Ali,
S. O. Hazivov***

CHOLANGIOGENIC INFECTION IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Keywords: cholangiogenic infection, liver cirrhosis.

Актуальность. По данным ВОЗ заболеваемость циррозом печени (ЦП) составляет 20–40 чел. на 100 тыс. населения. При этом ЦП является одним

из самых сложных заболеваний с серьезным прогнозом, вызывает значительные физиологические и местные анатомические изменения, нарушения иммунного и антиоксидантного статуса (S. U. Van et al., 2021) и входит в десятку наиболее частых причин смерти (D. A. Leon et al., 2016).

Бактериальные инфекции являются частым осложнением у пациентов с циррозом печени, приводя к более высокому риску развития органной недостаточности и увеличению риска смерти в 4 раза. Иммунная дисфункция, нарушения барьерной функции кишечника, а также нарушение состава и функции микробиома кишечника играют ключевую роль в повышенной восприимчивости к бактериальным инфекциям у пациентов с циррозом (D. F. Toll et al., 2024). Отмечено, что пациенты с ЦП и острым холангитом имеют неблагоприятный прогноз и высокую летальность даже после эндоскопического лечения — 14 % против 1 % у пациентов без ЦП (S. Miuki et al., 2022). Системное распространение бактерий и их токсинов вызывает высвобождение провоспалительных медиаторов, что приводит к развитию «острой-на-хроническую печеночной недостаточности» (англ. acute-on-chronic liver failure — ACLF), характеризующейся печеночной и внепеченочной недостаточностью органов и систем с высокой смертностью, но с потенциалом обратимости (M. Bernardi et al., 2020).

Основными критическими факторами, влияющими на развитие осложнений и смертность после операций при наличии ЦП, являются: тяжесть печеночной недостаточности и выраженность осложнений портальной гипертензии (ПГ). Летальность при абдоминальном хирургическом вмешательстве при наличии ЦП функционального класса «А» по Child-Pugh — 5–10 %; кл. «В» — 20–40 %; кл. «С» — 70–80 %. Послеоперационные кровотечения, септические осложнения, печеночная и почечная недостаточность — наиболее частые осложнения у оперированных больных с ЦП (S. U. Van et al., 2021; D. Maggi et al., 2022).

Цель: изучить результаты лечения острой холангиогенной инфекции (ОХИ) у больных циррозом печени (ЦП).

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 27 больных с сочетанием ЦП и ОХИ. У 21 пациента ОХИ развилась на фоне уже имеющегося ЦП. У 6 больных с рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков (ВЖП) развился билиарный ЦП. Алгоритм обследования включал клинические, лабораторные данные, УЗИ, ФГДС, КТ, MRT. Мужчин было 12, женщин 15. Средний возраст составил $57,3 \pm 4,1$ лет. Функциональный класс ЦП по Child-Pugh: «А» — 13 чел., «В» — 9, «С» — 5.

Результаты и обсуждение. У всех пациентов ОХИ развилась на фоне механической желтухи (МЖ). Дифференциальная диагностика МЖ и печеночного холестаза представляла определенные трудности из-за общности многих клинических и лабораторных проявлений, часто возникающих трудностей трактовки данных УЗИ. Чувствительность УЗИ составила 81,5 %. У 18,5 % пациентов расширения желчных протоков не выявлено вследствие

их ригидности. Наиболее информативными оказались МРТ холангиография (96,2 %) и ЭРХПГ. Холедохолитиаз выявлен у 18 (66,7 %) человек, стриктура БДС — у 3 (11,1 %), рубцовая стриктура ВЖП — у 6 (22,2 %).

Клинические признаки холангиогенной инфекции и явления печеночно-клеточной недостаточности различной степени выраженности отмечены у всех больных. Билиарный сепсис констатировали у 7 (26 %) больных. Эта группа отличалась наиболее тяжелым течением заболевания, быстрым ухудшением общего состояния, признаками синдрома системной воспалительной реакции (ССВР). В клинической картине преобладали симптомы, составляющие пентаду Reynolds. По критериям Руководства EASL (2019 г.) у них отмечены клинико-лабораторные признаки ACLF: I ст. — 2, II ст. — 3, III ст. — 2 чел.

Подход к медикаментозной терапии носил междисциплинарный характер и включал антибактериальную, спазмолитическую, гепатотропную, антиоксидантную, комплексную инфузионную терапию. Несмотря на проводимую терапию, у 17 (63 %) больных отмечено увеличение степени печеночной недостаточности, что проявлялось нарастанием признаков цитолиза, снижением уровня альбумина и протромбина, геморрагическим синдромом, энцефалопатией. В связи с этим стремились к максимально раннему выполнению декомпрессивных вмешательств. ЭПСТ выполнена 19 больным, которая оказалась эффективной у 17 (89,5 %), в 3 (15,8 %) случаях осложнилась массивным кровотечением. В 2 случаях у больных ХП выполнена холецистостомия под УЗ контролем.

Несмотря на декомпрессию ЖП, у всех больных отмечен затяжной характер холестаза, в 8 случаях (29,6 %) наблюдался рост уровня билирубина. Имело место позднее купирование явлений холангита. Умерло 5 (18,5 %) больных с явлениями ACLF II–III ст. от прогрессирующей полиорганной недостаточности. Остальные больные оперированы. Оперативные вмешательства у таких больных достаточно сложны и сопровождались повышенной кровопотерей из-за выраженной сети хрупких коллатеральных сосудов с высоким венозным давлением в области гепатодуоденальной связки и желчного пузыря. Холецистэктомия (ХЭ) у больных ЦП выполняли по методике В. О. Pribram (субтотальная холецистэктомия тип I) во избежание массивных кровотечений из ложа желчного пузыря. Выполнены операции: ХЭ + наружное дренирование — 11, ХЭ + ХДА — 5; иссечение рубцовых тканей ВЖП с гепатикосюностомией по Ру — 6.

Заключение. Тяжесть больных ОХИ на фоне ЦП обусловлена наличием двух тяжелых конкурирующих заболеваний, протекающих с явлениями тяжелой эндогенной интоксикации и взаимоотягощающим прогрессивным ухудшением функционального состояния печени и гомеостаза в целом. Это приводит к затяжному характеру холестаза, более частому развитию инфекционных осложнений и печеночной недостаточности, кровотечениям различного генеза, высокой летальности. На исходы заболевания оказывает

влияние функциональный класс ЦП. Междисциплинарный подход к комплексной медикаментозной терапии с максимально ранним малоинвазивным декомпрессивным вмешательством может улучшить результаты лечения этой категории больных.

При выполнении ХЭ могут возникать серьезные проблемы, связанные с наличием расширенных коллатеральных вен вокруг ЖП и гептодуоденальной связки, в подпаянном к ЖП и поверхности печени большом сальнике, в околопупочной области, повреждение которых сопровождается массивным кровотечением. При комбинации холедохолитиаза или стриктуры ВЖП с портальной гипертензией наличие выраженных венозных коллатералей существенно усложняет диссекцию элементов печеночно-двенадцатиперстной связки при формировании билиодигестивного анастомоза, что может явиться причиной опасной для жизни кровопотери.