

**Мусаев А.И., Дадабаев М.Х., Усубалиев М.Б., Усуббаева Д.А.,
Султакеева Ч.Р., Айылчиева В.М.**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Цель: показать эффективность оперативного лечения эхинококкоза печени. Обследовано 207 больных, при этом применялись УЗИ, УЗДГ, компьютерная томография. Осложнения в основной группе составило 7,96%.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, хирургическое лечение.

Goal: To show effectiveness surgical treatment echinococcosis of the liver. Examined 207 patients, by using Ultra Sound investigation, USD, CT. Complication has been observed 7,96%.

Key words: a liver, echinococcosis, surgical treatment.

Введение. Эхинококкоз продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой во многих странах мира из-за большого числа больных и существования эндемических регионов [1-4]. Несмотря на достигнутые успехи в хирургии печени, лечение эхинококкоза печени до настоящего времени представляет определенные трудности. Подтверждением этому является большое число (8-38%) послеоперационных осложнений, а при осложненных формах еще выше и, кроме того, продолжают наблюдаться случаи летальности от 0,5 до 4% [5,6]. Одним из основных этапов операции эхинококкэктомии является ликвидация полости фиброзной капсулы. В литературе представлено множество методов, но при любом из них возникает деформация печеночной ткани и, как результат, нарушение гемодинамики печени. Следовательно, необходим поиск методов ликвидации полости фиброзной капсулы, которые бы способствовали улучшению гемодинамики печени.

Цель исследования: улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени за счет усовершенствования методов ликвидации полости фиброзной капсулы и мер профилактики осложнений после эхинококкэктомии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 207 больных эхинококкозом печени, оперированных в клинике факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии с 2003 по 2005 год. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Пол	Всего		из них в возрасте (в годах)					
	абс.ч.	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	старше 60
Женщины	123	59,43	17	37	27	16	13	13
Мужчины	84	40,57	16	22	20	14	6	6
Всего	207	100,0	33	59	47	30	19	19

Во всех возрастных группах преобладали женщины, наибольший удельный вес падает на возраст от 21 до 50 лет, как среди мужчин, так и женщин. Локализация кист в печени была

следующая: правая доля поражена у 132 (63,76%), левая доля – у 30 (14,49%), обе доли – у 31 (14,97%), сочетание с другими органами брюшной полости – у 12 (5,79%) и сочетание с легкими – у 2 (0,96%).

С первичным эхинококкозом было 165 больных (79,71%), рецидивным 42 (20,29%). Из анамнеза установлено, что один раз оперированы – 33 (15,94%), два раза – 6 (2,9%) и три раза – 3 (1,45%) пациента.

В обследовании больных, помимо общеклинических исследований использовали УЗИ, и при необходимости выполняли компьютерную томографию. Ультразвуковая доплерография сосудов печени производилась для оценки кровотока.

Ставили реакцию Казони, определяли показатели эндотоксикоза: лейкоцитарный индекс интоксикации по Я.Я.Кальф – Калифу, парамещийный тест по методике, разработанной в клинике, при этом учитывали время гибели парамещий при контакте с сывороткой крови больного. Показатели эндотоксикоза исследовали до операции, на 3, 7 сутки после операции.

Кроме того, исследовали функцию внешнего дыхания до операции и на 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 сутки и при выписке.

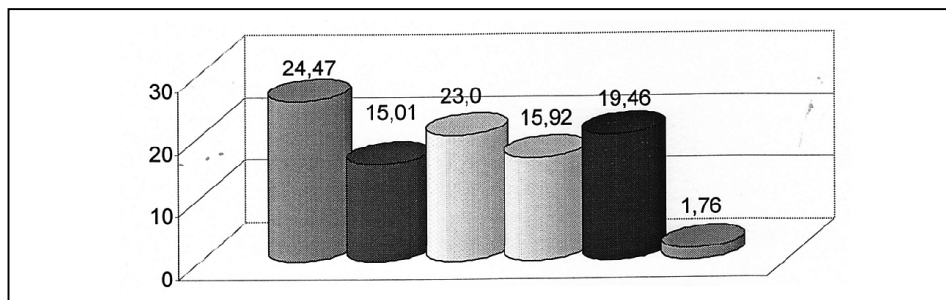
Результаты и обсуждения. При анализе результатов лечения эхинококкоза печени мы выделили две группы: в первую включили 88 больных, которым в основном полость фиброзной капсулы ликвидировали капитонажем по Дельбе (22 больных) и инвагинацией (18 больных), сочетание этих двух методик применено у 5 больных и лишь небольшому числу больных выполнена краевая резекция печени (5 больных) при небольших кистах, при их краевом расположении и гемигепатэктомия при полном разрушении доли печени (3 больных). Необходимо отметить, что в этой группе оперированных нередко возникали осложнения. Так, после ликвидации полости капитонажем из 22 больных у 5 (22,73%) возникли осложнения, после инвагинации из 18 у 4 (22,22%), а там, где выполнялся полузакрытый метод у 9 (29,03%) из 31. Осложнения в этой группе составили 21,59% (19 больных).

При анализе показателей эндотоксикоза нами было отмечено, что динамика их идентична после любого оперативного лечения, но зависела от течения послеоперационного периода. При возникновении осложнения наблюдалось повышение ЛИИ и снижение времени гибели парамещий.

Исследование показателей внешнего дыхания показали, что после любого вмешательства идет снижение показателей, но оно более выражено при инвагинации и к моменту выписки не достигают

нормы. Изменения внешнего дыхания, очевидно, обусловлены болевым синдромом после операции и ее травматичностью.

Проанализировав недостатки каждого из применяемых методов и характер осложнений, мы остановили свой выбор на вариантах перицистэктомии (рис. 1).



У 28 больных использовали частичную и дозированную перицистэктомию, после чего капсула становилась податливой, и можно было наложить П-образные швы, но наблюдения за этой группой больных показали, что и этот метод не лишен недостатков. П-образные швы не всегда обеспечивают надежное соприкосновение стенок капсулы, что представляет определенный риск формирования остаточной полости с последующим ее нагноением. У 17 больных после частичной перицистэктомии использован капитонаж по Дельбе, осложнение возникло у одного больного (плеврит).

В процессе работы, с целью профилактики осложнений мы применили региональную лимфостимуляцию – в момент операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор и через него в течение 5-6 суток один раз в день вводили лимфотропную смесь, состоящую из гентамицина 80 мг или канамицина 0,5; гепарина 70 ед. на кг веса тела больного, лидазы 12 ед., новокаина 0,25% – 15-20 мл. Эту методику мы использовали у 18 больных, при краевом расположении кист средних размеров, у которых мы осуществляли перицистэктомию и ушивали свищи, а полость оставалась открытой, и при этом ни у одного осложнения не возникло. Но это возможно было при небольших свищах, которые легко ушивались.

Поскольку при любом методе ушивания полости возникает деформация ткани, а, следовательно, страдают желчные протоки и сосуды, мы у части больных после частичной, дозированной перицистэктомии, ушивания желчных свищей полость заполняли прядью сальника, фиксировали его к стенкам капсулы и операцию завершали фиксацией микроирригатора в круглой связке печени. При частичной, дозированной перицистэктомии сочетали с оментопластикой и лимфостимуляцией у 26, дозированную перицистэктомию с наложением П-образных швов + лимфостимуляцией у 18 и субтотальную перицистэктомию с оментопластикой и лимфостимуляцией у 2 больных.

Осложнения в группе больных с перицистэктомией возникли у 9 больных (7,96%), что

существенно ниже в сравнении с группой больных, которым выполнялись капитонаж по Дельбе и инвагинация.

При перицистэктомии в сочетании с тампонадой сальником и лимфостимуляцией была отмечена более выраженная положительная динамика со стороны показателей эндотоксикоза в сравнении с традиционными методами, что указывало на существенное влияние лимфотропной смеси. Так, если в контрольной группе на 3 сутки после операции наблюдалось повышение ЛИИ, снижение времени гибели парameций и лишь на 5-6 сутки наблюдались положительные сдвиги, то при использовании региональной лимфостимуляции уже на 3 сутки отмечалась положительная динамика: снижался ЛИИ и повышался парameцийный тест, что указывало на снижение эндотоксикоза.

Отмечены и особенности показателей внешнего дыхания, которые были существенно лучшими при использовании частичной и дозированной перицистэктомии с тампонадой сальником и региональной лимфостимуляцией.

В процессе работы изучены показатели ультразвуковой доплерографии при применении традиционных методов ликвидации полости фиброзной капсулы капитонажем по Дельбе, частичной и дозированной перицистэктомии с применением П-образных швов и перицистэктомии с оментопластикой и региональной лимфостимуляцией, что дает возможность судить о гемодинамике печени. При этом было установлено, что после капитонажа и инвагинации нарушения гемодинамики значительно усугубляются, и к моменту выписки из стационара не достигают нормы. В то время как после перицистэктомии и оментопластики нарушения гемодинамики незначительны, особенно выражена положительная динамика при использовании региональной лимфостимуляции (табл. 2).

Это можно объяснить тем, что усовершенствованный нами метод не вызывает деформации желчных протоков и сосудов, а лимфотропная смесь улучшает дренажную функцию лимфатической и венозной системы.

Показатели	До операции $M_1 \pm r_{t1}$	После операции $M_2 \pm r_{t2}$	Норма $M_3 \pm r_{t3}$
<i>V-portae</i> Главная вена:			
d, см	1,07±0,02	0,93±0,02	0,91±0,02
P	$M_1 M_2 < 0,05$ $M_2 - M_3 > 0,05$		
Vvol, см/сек	827,9±13Д8	790±26,39	674,30±38,45
P	$M_1 M_2$ $M_2 - M_3 < 0,05$		
Vcp, см/сек	15,38±1,22	15,6±0,28	16,10±0,48
P	$M_1 M_2 > 0,05$ $M_2 \sim M_3 > 0,05$		
Правая ветвь:			
d, см	0,87±0,03	0,84±0,005	0,71±0,01
P	$M_1 M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3 < 0,05$		
Vvol, см/сек	470,7±9,97	487,1±26,74	329,30±17,41
P	$M_1 M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3 > 0,05$		
Vcp, см/сек	12,4±0,87	13,1±0,81	13,61±0,50
P	$M_1 M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3 > 0,05$		
Левая ветвь:			
d, см	0,80±0,03	0,75±0,03	0,67±0,01
P	$M_1 M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3 > 0,05$		
Vvol, см/сек	382,4±8,29	304,8±13,81	311,22±16,39
P	$M_1 M_2 < 0,05$ $M_2 - M_3 > 0,05$		
Vcp, см/сек	11,2±0,61	11,88±0,06	14,11±0,47
P	$M_1 M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3 < 0,05$		
<i>Кровоток в общей печеночной артерии</i> d, см	0,55±0,02	0,51±0,02	0,43±0,01
P	$M_1 M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3 < 0,05$		
V _{max}	101,7±2,73	93,1±2,86	70,21±4,27
P	$M_1 M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3 < 0,05$		
V _{min}	34,0±0,84	24,4±1,51	18,63±1,32
P	$M_1 M_2 < 0,05$ $M_2 - M_3 < 0,05$		
TAMX	42,86±2,15	38,9±1,92	33,50±1,98
P	$M_1 M_2 > 0,05$ $M_2 - M_3$		

Таким образом, улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени можно добиться при своевременной диагностике, до развития осложнений, использование сальника в заполнении полости фиброзной капсулы в сочетании с региональной лимфостимуляцией через круглую связку печени и адекватным ведением послеоперационного периода.

Литература:

1. Агаев Б. А., Мамедов Р. М., Гадиев С. И. К технике удаления эхинококковых кист // Диагностика и лечение

эхинококкоза. Тез. научно-практ. конф. Баку, 1997. – С.171-173.
 2. Акматов Б. А. Эхинококкоз. Бишкек, 1994. – 158 с.
 3. Кубышкин В. А., Вишневский В. А., Кахаров М. А. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – №7(1). – С.18-22.
 4. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Дееничин П. Г. Хирургия эхинококкоза. – М.: Медицина, 1985. – 216 с.
 5. Androulakis G. A. Surgical management of complicated hydatid cysts of the liver // Europ. Surg. Res. - 1986. – Vol. 18, №3-4. – P.145-150.
 6. Sever M., Skapin S. Laparoscopic pericystectomy of liver hydatid cyst // Surgical Endoscopy. – 1995. -Vol.9,10. -P. 1125-1129.