

*Мусаев А.И., Айтназаров М.С., Мадаминов Э.М.*

**ӨНӨКӨТ АЛЫШКАН БООР ЭХИНОКОККОЗУНУН ДИАФРАГМАЛЫК  
ЧЕКТӨӨСҮН ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА ДАРЫЛОО**

*Мусаев А.И., Айтназаров М.С., Мадаминов Э.М.*

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ  
ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

*A.I. Musaev, M.S. Aitnazarov, E.M. Madaminov*

**DIAGNOSIS AND TREATMENT OF RECURRENT HEPATIC ECHINOCOCCOSIS  
WITH DIAPHRAGMATIC LOCALIZATION**

УДК: 615/1616.278.16.274

*Представлены результаты лечения 30 больных с рецидивом эхинококкоза диафрагмальной локализацией кист. Неосложненные кисты были у 14, осложненные у 16 (нагноение). Органосохраняющие операции выполнены у 23, радикальные у 7. Осложнения имели место у 4 (13%).*

**Ключевые слова:** *печень, диафрагмальная локализация, эхинококкоз, рецидив, диагностика, лечение, осложнения.*

*The results of treatment of 30 patients with recurrent echinococcosis cysts diaphragmatic location. Uncomplicated cysts were at 14, complicated in 16 (abscess). Conserving (organerhaltend) surgery were performed in 23 radical in 7. Complications occurred in 4 (13%).*

**Key words:** *liver, diaphragmatic localization, hydatid disease, recurrence, diagnosis, treatment, complications.*

**Введение.** Эхинококкоз – эндемическое паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени. В последние годы многими исследователями отмечается значительный рост заболеваемости эхинококкозом в странах СНГ, расширение границ эндемических регионов и учащение случаев заражения в неэндемичных районах [4,5]. Отмечается увеличение числа осложненных форм эхинококкоза печени, частота которых достигает 80-84,6%, а рецидивов – в 50-55% случаев [2,7]. Это обусловлено ухудшением санитарно-эпидемиологического контроля и диспансеризации, возросшей миграцией населения, низкой осведомленностью населения об этом тяжелом заболевании [1,3]. Особого внимания заслуживают рецидивы эхинококкоза, особенно при локализации кист в поддиафрагмальных сегментах печени, лечение которых представляет большие технические сложности. Причины рецидива многообразны: это несоблюдение правил апаразитарности и антипаразитарности, недостаточное обследование в момент операции для

выявления всех кист, выбор неадекватного метода операции [3,4,8]. Частота рецидивов и частота возникновения осложнений после операции явились основанием для разработки ряда мер профилактики.

**Цель работы** - оценить результаты диагностики и лечения рецидива эхинококкоза печени диафрагмальной локализации.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 163 больных с диафрагмальной локализацией кист и 30 из них были с рецидивом болезни (18,4%). Из 30 больных, поступивших по поводу рецидива эхинококкоза диафрагмальной локализации, 3 оперированы в нашей клинике, а остальные в различных лечебных учреждениях республики. Чаще поступали женщины (21 чел.) и реже мужчины. В прошлом оперированы один раз 19, дважды – 8 и трижды - 3 пациента. Возраст больных колебался от 16 до 72 лет. Мы проанализировали сроки прогнозирования после операции. В срок до одного года поступило 8, от года до 3 лет – 20 и двое поступили в срок более 4-х лет.

В обследовании больных, помимо общеклинического обследования, использовали УЗИ до операции с целью определения характера болезни, в момент операции для выявления всех кист и в послеоперационном периоде для своевременного обнаружения осложнений брюшной и грудной полостей. В неясных случаях (их было 7) выполняли компьютерную томографию (КТ) и МРТ.

При поступлении основными жалобами были боль в правом подреберье (у 23) и 7 отмечали боли в эпигастрии. Одышка была у 12 больных и нарастающую слабость отметили 28 пациентов. Повышение температуры было у 12 больных, у них на первый план выступили признаки гнойной интоксикации.

**Результаты и их обсуждение.** В результате выполненных исследований у 24 обнаружена односторонняя киста и у 6 по две кисты. В зоне 7-8 сегментов кисты располагались у 22, а у 8 – в зоне I-II сегментов печени. Кисты средних размеров (от 5 до 10 см) были у 27 и 3 кисты были более 15 см в диаметре. Из 30 больных у 16 были нагноившиеся кисты.

При УЗИ, выполненном в различных положениях больного, установлен рецидив эхинококкоза у 23. Это были осложненные кисты, при УЗИ имело место отслоение хитиновой оболочки без повреждения фиброзной капсулы и наличие плавающего хитина и двухконтурность образования и экзогенными включениями. У 7 больных возникли сомнения (подозрение на остаточную полость) и им была выполнена КТ, при которой диагноз рецидива не вызывал сомнений (повышение плотности содержимого кисты, расплывчатость контура фиброзной капсулы, отслойка хитиновой оболочки).

После кратковременной предоперационной подготовки больные оперированы под эндотрахеальным наркозом.

Перед операцией вновь выполняли УЗИ для выбора наиболее адекватного оперативного доступа и обращали внимание не только на размеры кист и их локализацию, но и на подвижность и форму диафрагмы, наличие отложений солей в капсуле, расположение кист по отношению к протоковым системам и сосудам.

У 5 больных выполнен трансплевральный доступ, у 8 – при локализации кист в зоне 1-2 сегментов – верхне-срединный, а у остальных – доступ в правом подреберье по Федорову с пересечением связок печени и смещением ее книзу. Необходимо отметить, что при любом доступе технически сложно было выполнить все этапы операции из-за наличия обширного спаечного процесса. Обеззараживание плодоносных элементов эхинококка в содержимом и полости фиброзной капсулы у 18 больных осуществляли озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, а у 12 – 0,02% раствором декасана (0,2% декаменоксин в одном литре хлорида натрия) – с экспозицией 5 минут. Оба раствора обладают сколикоцидным действием и проникают в фиброзную капсулу и перикапсулярную ткань печени [1,6].

Так как у большинства были осложненные кисты, то закрытую эхинококкэктомию мы при рецидиве не применяли, полузакрытый метод использован у 12 и открытый у 18 больных. После опорожнения кисты от содержимого и обеззараживания полости фиброзной капсулы тщательно осматривали полость с целью выявления свищей и их локализации с применением марлевых салфеток. Желчные свищи выявлены у 6 больных, произведено их ушивание синтетической нитью на атравматической

игле, а затем приступали к ликвидации полости фиброзной капсулы.

При локализации кист в зоне 1 и 2 сегментов печени при неосложненных кистах у 3 полость удалось ликвидировать инвагинацией, еще у 2 капитонажем по Дельбе с обязательным дренированием полости микроиригатором (полузакрытый метод) и у 3 больных выполнена резекция печени.

При локализации кист в зоне VI-VII-VIII сегментов, все кисты были осложненные (нагноение), то после обеззараживания и предварительного уменьшения объема полости инвагинацией удалось ликвидировать полость у 2, еще у двух капитонажем, у 4 выполнена частичная перистэктомия с наложением П-образных швов, эта методика была использована при плотной, обызвествленной фиброзной капсуле, еще у двух больных удалось выполнить краевую резекцию печени, у остальных больных при осложненных кистах произведено иссечение краев капсулы до паренхимы печени, наложен гемостатический шов и полость оставлена открытой с дренированием «связкой» дренажей (3-4 микроиригатора), которые в послеоперационном периоде последовательно удаляли. Это обеспечивало аспирацию содержимого и предотвращало скопление жидкости в поддиафрагмальном пространстве.

При использовании любого метода ликвидации полости фиброзной капсулы при расположении кист в поддиафрагмальном пространстве в зоне правой доли обязательно дренировали поддиафрагмальное пространство и брюшную полость.

У трех больных возникла необходимость в пластике диафрагмы при сильном ее растяжении и атрофии постепенно растущей кистой, при этом мы использовали дубликатуру из рассеченных половин правого купола диафрагмы.

С целью профилактики воспалительных осложнений мы использовали цефазолин 1,0 внутривенно за 10-15 минут до операции и 1,0 к концу операции и в послеоперационном периоде на протяжении 4-5 дней цефазолин 1,0 2 раза в сутки внутримышечно – при осложненных кистах, а при неосложненных – цефазолин только до операции и к концу ее. В послеоперационном периоде лечение дополняли назначением метрида по 100 мл 2 раза в сутки на протяжении 3 дней, инфузионную терапию и обезболивающие средства. Уделяли внимание результатам УЗИ, которые выполняли через 1-2 дня, это позволяло своевременно выявить скопление жидкости и под контролем УЗИ удалить ее.

В послеоперационном периоде у 4 больных возникли осложнения: у 3 плеврит, который был излечен плевральными пункциями, у одного частичное нагноение раны. Возникновение плеврита возможно обусловлено травмированием диафрагмы и здесь самое главное – это своевременно выполнять плевральную пункцию и предотвратить нагноение.

Среднее пребывание в стационаре составило  $9,8 \pm 1,12$  койко-дня.

В момент выписки обязательно выполняли УЗИ и при этом ни у одного остаточная полость не обнаружена. Всем больным, еще в момент пребывания в стационаре назначали прием альбендазола с целью профилактики рецидива и рекомендовали прием этого препарата 3 курса с контрольным обследованием каждые 3 месяца в течение первого года, а затем один раз в полгода.

В сроки до 1,5 лет нами обследовано 24 больных из 30 оперированных, ни у одного из них рецидив не выявлен. Но этот срок небольшой. За большими продолжено наблюдение.

Таким образом, наши наблюдения показали, что рецидив эхинококкоза диафрагмальной локализации не является редкостью. При выборе доступа необходим учет расположения кист в сегментах печени и их отношение к протоковым и сосудистым структурам, а выбор способа ликвидации полости фиброзной капсулы должен быть строго индивидуальным. Основным методом диагностики рецидива эхинококкоза диафрагмальной локализации является УЗИ, а в неясных случаях сочетать с КТ.

#### Литература:

1. Алиев М.Ж. Способ клинично-лабораторно-морфологического обоснования антипаразитарной обработки при эхинококкозе печени [Текст] Алиев М.Ж. // Вестник КГМА.-2015.-№2.-1.- С.123-126.
2. Альперович Б.И. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени [Текст] / Б.И. Альперович, Р.В. Сорокин, С.Р. Будков // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - №1. – С.7-10.
3. Ахмедов И.Г. Патогенетическое обоснование определения понятия «рецидив эхинококковой болезни» [Текст] / И.Г. Ахмедов // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. - №2. – С.73-76.
4. Ветшев П.С. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы [Текст] / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - №1. – С.111-117.
5. Вишневский В.А. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение [Текст] / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // Доказательная гастроэнтерология. – 2013. - №2. – С.18-24.
6. Максуг уулу Э. Озонированный раствор как средство обеззараживания плодоносных элементов эхинококкоза [Текст] / Максуг. уу. Э. // Вестник хирургии Казахстана. – 2010. – №2. - С.38-39.
7. Назыров Ф.Г. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени [Текст]/Ф.Г.Насыров, А.В.Давлятов, М.М.Акбаров // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. - №4. – С.19-25.
8. Kapan M. Recurrence in hepatic hydatid disease [Text] / M. Kapan // J. Gastrointest. Surg. – 2006. – Vol.10, №5. – P.734-739.

Рецензент: к.м.н., доцент Ниязбеков К.И.