

*Абдисаматов Б.С., Айтназаров М.С., Мадаминов Э.*

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Абдисаматов Б.С., Айтназаров М.С., Мадаминов Э.*

### БООРДУН ЭХИНОКОККОЗУН ХИРУРГИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО

*B.S. Abdisamatov, M.S. Aytazarov, E. Madaminov*

### SURGICAL TREATMENT OF HEPATIC ECHINOCOCCOSIS

УДК: 616.278.16.274

В статье даны результаты оперативного лечения 70 больных эхинококкозом печени. Обеззараживание плодородных элементов эхинококкоза выполняли гипертоническим раствором хлорида натрия (21 чел.), озонированным раствором (24 чел.) и раствором декасана (25 чел.) Ликвидацию полости фиброзной капсулы производили в зависимости от локализации, размера и характера осложнений кист. Осложнения после операции были выявлены у 9 (12,8%). Летальных исходов не было.

**Ключевые слова:** печень, эхинококкоз, оперативное лечение, обеззараживание, осложнения.

Бул макалада 70 бейтаптын боордун эхинококкозун операциялык ыкма менен дарыланган жыйынтыгы берилди. Эхинококк мите куртунун элементтерин зыянсыздандыруу натрий хлордун гипертоникалык эритмеси (21 бейтап), озондун эритмеси (24 бейтап) жана «Декасан» эритмеси (25 бейтап) менен аткарылды. Фиброздук кабыкчанын көндөйчөсүн жоюу ыйлакчанын жайгашкан ордуна, көлөмүнө жана кабылдоо мүнөзүнө жараша жүргүзүлдү. Операциядан кийинки кабылдоолор 9(12,8%) бейтапта байкалды. Каза болгондор жок.

**Негизги сөздөр:** боор, эхинококкоз, операциялык ыкма мене дарылоо, зыянсыздандыруу, кабылдоо

The article gives the results of surgical treatment of 70 patients with hepatic echinococcosis. Decontamination of fertile elements of echinococcosis performed hypertonic solution of sodium chloride (21 pers.), ozonized solution (24 pers.) and solution of a dekasana (25 people). The elimination of the cavity of the fibrous capsule produced depending on the location, size and nature of the complications of cysts. Postoperative complications were revealed in 9 (12.8%). Lethal outcomes were not.

**Keywords:** liver, hydatid disease (echinococcosis), surgical treatment, decontamination, complications.

**Введение.** Эхинококкоз относится к заболеваниям, которые многие годы протекают бессимптомно, а появление его первых клинических признаков может возникнуть в результате тяжелых осложнений (перфорация в брюшную или плевральную полость, желчные протоки), требующих в ряде случаев неотложной хирургической помощи [1,5].

Эхинококкоз остается распространенным паразитарным хроническим заболеванием человека и животных, которое наносит большой экономический ущерб [3,4]. В последние годы наблюдается обострение эпидемической ситуации во многих странах СНГ и в Кыргызской Республике, что обусловлено создавшимися социально-экономическими трудностями, ослаблением санитарно-ветеринарного надзора за сельскохозяйственными животными, отсутствием плановой дегельминтизации собак, ослаблением

профилактических мер и борьбы с эхинококкозом [2,3].

Трудности в ранней диагностике, применение только хирургических способов лечения определяют разнообразие клинических проявлений этого заболевания [2,4,6]. Рецидивы эхинококкоза наблюдаются от 6 до 14%, а летальность, особенно при осложненных формах, остается все еще на высоком уровне [2,6,7]. Все это подтверждает актуальность проблемы своевременной диагностики и лечения эхинококкоза печени.

**Цель работы:** представить результаты оперативного лечения больных эхинококкозом печени с применением различных подходов для ликвидации полости фиброзной капсулы.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением находилось 70 больных эхинококкозом печени, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек в период с 2014 по 2015 гг. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего		Из них в возрасте						
	Абс. ч.	%	до 20 лет	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Старше 70
Жен	42	60,0	5	9	8	10	9	1	-
Муж	28	40,0	9	8	4	3	1	3	-
Итого	70	100,0	14	17	12	13	10	4	-

Самому молодому пациенту было 15 лет, самому старшему – 70 лет.

Наиболее часто поступали женщины (60,0%) и реже мужчины (40,0%). Наибольший удельный вес составили как мужчины, так и женщины в возрасте от 20 до 50 лет, но и в возрасте до 20 лет было 14 больных (20,0%).

При детальном ознакомлении с историей развития болезни было установлено, что большинство пациентов отмечали давность заболевания до 6 месяцев (таблица 2).

Таблица 2 - Давность заболевания

Давность	Всего	
	Абс. ч.	%
До 6 мес	44	62,8
От 6 мес до 1 года	16	22,9
1-2 года	2	2,9
От 2 до 5 лет	1	1,4
Более 5 лет	7	10,0
<b>Итого</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Но и продолжительность более 5 лет отмечена у 7 больных (10,0%). При поступлении все больные предъявляли жалобы на боли в правом подреберье, реже в эпигастрии, нарастающую слабость (у 62–88,6%), отсутствие аппетита (51–72,9%), похудание (53–75,7%), желтуху (2–2,9%), повышение температуры тела (15 – 21,4%), головные боли (12–17,1%).

В обследовании уделяли внимание анамнезу болезни, выясняли место проживания, кто из родственников оперирован ранее по поводу эхинококкоза, есть ли контакт с животными.

В момент поступления выполняли общий анализ крови и мочи, биохимические анализы для определения функционального состояния печени и почек, ЭКГ, больным с первичным эхинококкозом – реакцию Казони. Основным методом диагностики было ультразвуковое исследование (УЗИ), которое выполняли до операции, в послеоперационном периоде и при выписке больных из стационара. В сомнительных случаях выполняли компьютерную томографию (КТ).

Полученные результаты данных количественных показателей представлены средним арифметическим значением, качественные показатели даны в абсолютных и относительных величинах (процентах).

**Результаты и их обсуждение.** На основании выполненных исследований была установлена локализация кист и их размеры, так как это имело значение для выбора оперативного доступа (табл. 3).

**Таблица 3 - Локализация кист с определением сегментов печени**

Локализация (сегмент)	Всего	
	Абс. ч.	%
1 и 2	1	1,4
3	2	2,9
4	7	10,0
5	5	7,1
6	7	10,0
7	3	4,3
8	9	12,9
7-8	10	14,3
Сочетание сегментов	26	37,1
<b>ИТОГО</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>

Наиболее часто (37,1%) имело место сочетание поражения сегментов, что существенно затрудняло выбор доступа и выполнение всех этапов эхинококкэктомии, затем по частоте локализации шли 7- 8 и 6 сегменты печени и достоверно реже эхинококковые кисты локализовались в зоне 1-2 и 3 сегментов.

Из числа поступивших не осложненная форма эхинококкоза печени была у 49 (70,0%), нагноение

установлено у 13 (18,6%), разложение у 8 (11,4%). Прорыва кист в брюшную или плевральную полости на нашем материале не было, так как такие больные поступали в дежурную хирургическую клинику для выполнения экстренной операции.

При поступлении уделяли внимание предоперационной подготовке, особенно ослабленным больным и при наличии желтухи. Она была кратковременной (не более 3-4 суток) и заключалась в выполнении инфузионной терапии с обязательным включением гепатотропных препаратов и, кроме того, в этот период выполняли дополнительное обследование с целью уточнения диагноза или выявления характера сопутствующего заболевания. Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием.

Выбор доступа осуществлялся с учетом локализации кист и их размера. При локализации в зоне 1-3 сегментов печени выполняли верхне-срединный доступ (у 3-х больных). При локализации в зоне 7-8 сегментов, при больших, осложненных кистах с вовлечением диафрагмы – торакальный доступ (у 12 больных), а в остальных случаях (55 чел.) - доступ Федорова с пересечением круглой и серповидной связок печени, что улучшало ревизию печени в момент операции и помогало выполнить все этапы эхинококкэктомии без особых сложностей.

Одним из этапов операции является удаление содержимого кист, при этом после лапаротомии, кисту обкладывали салфетками, смоченными озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл или 0,02% раствора декасана и выполняли пункцию толстой иглой или троакаром. Обеззараживание полости фиброзной капсулы осуществляли озонированным раствором хлорида натрия (у 38 чел.), а у остальных 0,02% раствором декасана и обязательно выдерживали экспозицию не менее 5 минут, а при нагноившихся и разложившихся кистах с целью подавления микрофлоры в полости, полость обрабатывали дважды.

Типы выполненных операций по ликвидации полости фиброзной капсулы даны в таблице 4.

**Таблица 4 - Типы выполненных операций и осложнения в послеоперационном периоде**

Тип операции	Всего больных		Из них возникли осложнения			
	Абс.ч.	%	Остаточная полость	Плеврит	Желчеистечение	Всего
Капитонаж	4	5,7	1			1
Инвагинация	8	11,4	1			1
Перицистэктомия П обр.швами	15	21,4	1	1		2
Частичная перицистэктомия + Капитонаж	3	4,3	1			1

Частичная перицистэктомия + абдоминализация	30	42,8		2	1	3
Открытая Эхинококкэктомия	2	2,9				
Гемигепатэктомия	3	4,3		1		1
Резекция правой доли печени	2	2,9				
Идеальная эхинококкэктомия	2	2,9				
Пластика по Аскерханову	1	1,4				
<b>Итого :</b>	<b>70</b>	<b>100,0</b>	<b>4(5,7 %)</b>	<b>4(5,7 %)</b>	<b>1(1,4 %)</b>	<b>9(12,8 %)</b>

Одним из главных этапов операции является ликвидация полости фиброзной капсулы. Наиболее часто мы использовали перицистэктомию в сочетании с абдоминализацией. При плотных, обызвествленных кистах фиброзную капсулу иссекали до печеночной ткани (перицистэктомия) с последующим наложением обвивного гемостатического шва, тщательно проверяли на наличие желчных свищей в области дна полости, при выявлении желчных свищей, ушивали их и полость оставляли открытой. В тех случаях, когда стенки полости фиброзной капсулы не утолщены, то выполняли перицистэктомию с абдоминализацией. К оставшейся полости подводили касательно 1-2 дренажа и удаляли их лишь после прекращения выделений.

Перицистэктомия с наложением П – образных швов выполнена у 15 больных, а частичная перицистэктомия с капитонажем у 3, при этом всех больных в полости оставляли микродренаж ( полузакрытая эхинококкэктомия ) для аспирации отделяемого. Капитонаж и инвагинация ( соответственно 4 и 8 пациентов ) выполнены при податливых стенках фиброзной капсулы.

Идеальную эхинококкэктомию удалось выполнить всего у 2 больных при небольших кистах и краевом их расположении. Пластика большим сальником по Р.П. Аскерханову произведена у одного больного. При больших и множественных кистах, когда ткани печени почти не оставалось, выполнение органосохраняющей операции было нецелесообразным, а состояние больных позволяло выполнить радикальную операцию у 3 произведена гемигепатэктомия, а у 2 – выполнена краевая резекция правой доли печени (кисты располагались у края правой доли печени). Открытую эхинококкэктомию выполнили у 2 больных, но предварительно уменьшили объем полости, а затем дренировали. У двух больных с наличием желтухи при ревизии печени прорыва кисты в желчные протоки не выявлено, киста сдавливала холедох, после удаления ее проходимость желчных путей восстановилась.

Особое внимание нами было уделено оценке тяжести послеоперационного периода с контролем

УЗИ грудной и брюшной полостей. Необходимо отметить, что послеоперационный период у большинства протекал удовлетворительно, но у 9 возникли осложнения, которые к моменту выписки были ликвидированы. Так, у 3 больных до выписки из стационара обнаружена остаточная полость небольших размеров, но она не содержала жидкости, показатели общего анализа крови не были изменены и они выписаны с рекомендациями УЗ-контроля каждые 3 месяца до года, а затем один раз в год. А у одного пациента в момент пребывания в стационаре возникло нагноение остаточной полости, под контролем УЗИ произведена пункция с последующим дренированием и санацией полости, повторная операция не выполнялась, полость удалось ликвидировать.

Еще у 4 больных послеоперационный период осложнился плевритом, который был своевременно обнаружен, выполняли плевральные пункции и добились выздоровления. Это осложнение возникало при поддиафрагмальной локализации кист.

Наиболее тяжелым осложнением было желчеистечение, которое осложнило послеоперационный период у одной больной. У нее киста локализовалась в 1-2 сегментах печени, размерами 9,8x9,6 см. Была произведена субтотальная перицистэктомия, при которой выявлен один желчный свищ, который был ушит и операция дополнена абдоминализацией кисты. К ложу подведен касательно дренаж. После операции получала антибиотики, обезболивающие средства и инфузионную терапию. На 3 сутки через дренаж стала выделяться желчь. При контрольном обследовании свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Продолжено наблюдение, количество желчи в течение суток достигало 200-250 мл и в процессе наблюдения до 9 суток не уменьшалось. На 9 сутки появились боли по всему животу, через дренаж отделяемого нет. При УЗИ обнаружена жидкость в правом и левом боковом каналах и в малом тазу, диагностирован желчный перитонит, выполнена релапаротомия; при ревизии установлено, что швы на ранее ушитом свище состоятельны, рядом обнаружен еще один свищ с обильным выделением желчи, свищ ушит, контроль на холестаза. Брюшная полость дренирована. Послеоперационный период протекал тяжело, но благодаря комплексному лечению удалось добиться выздоровления, на 30 сутки после операции больная выписана в удовлетворительном состоянии.

В целом по группе осложнения имели место у 9 больных, что составило 12,8%.

Таким образом, наши наблюдения показали, что выбор доступа и типа операции должен осуществляться с учетом локализации кист и их размеров, характера осложнения эхинококкоза. При использовании абдоминализации необходим тщательный контроль на холестаза. Гемигепатэктомия и краевая резекция печени довольно эффективные методы, но должны применяться по строгим показаниям. Анализ

осложнений после операций, выполненных по поводу эхинококкоза печени, показал необходимость совершенствования методов лечения, направленных на профилактику осложнений.

**Литература:**

1. Альперович Б.И. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени [Текст] / Б.И. Альперович, Р.В. Сорокин, М.В. Толхаева // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. - №1. – С.7-10.
2. Ветшев П.С. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы [Текст] / П.С. Ветшев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. - №1. – С.111-117.
3. Ничитайло М.Е. Хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] / М.Е. Ничитайло, К.И. Булатов // *Хирургия*. – 2010. – №2. - С.40-44.
4. Ордабеков С.О. Эхинококковая болезнь [Текст] / С.О. Ордабеков, С.К. Акшулаков, О.К. Кулакеев. – Алматы: «Эверо», 2009. – 512 с.
5. Тулин А.И. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени в Латвии [Текст] / А.И. Тулин, Р. Рибениекс, Е.Н. Погодина // *Вестник хирургии*. – 2012. – Т.171, №1. - С.38-44.
6. Abu Zeid M. Surgical treatment of hepatic hydatid disease [Text] / M. Abu Zeid // *Hepato-gastroenterol*. – 2008. – Vol.45, №2. – P.1802-1806.
7. Balik A.A. Surgical treatment of hydatid disease of the liver review of 304 cases [Text] / A.A. Balik // *Arch. Surg.* - 2009. - Vol.134, №3. – P.166-169.

**Рецензент: к.м.н. Имашев У.Д.**