

ВЫБОР ТАТИКИКИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хакимов М.Ш., Батиров Д.Ю., Хаитбаев С.К., Нурматов С.Т., Мусаева А.Ф.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАНЛАШ

Хакимов М.Ш., Батиров Д.Ю., Хаитбаев С.К., Нурматов С.Т., Мусаева А.Ф.

SELECTION OF TACTICS IN SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Khakimov M.Sh., Batirov D.Y., Khaitbaev S.K., Nurmatov S.T., Musaeva A.F.

Ургенчский Филиал Ташкентской медицинской академии

Мақсад: жигар эхинококкози даволаш самарадорлигини кам инвазив технологиялар қўллаш йўллари билан ошириш. **Материал ва усуллар:** Ургенч вилояти кўп тармоқли тиббий марказининг жарроҳлик бўлимида 2013 дан то 2018 йил даврида жигар эхинококкози билан касалланган 257 бемор даволанди, уларнинг 235 тасига жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Жигар ва ўпка эхинококкози бўлган беморларда жарроҳлик амалиёти 2 босқичда ўтказилди. Олинган рақамларга статистик ишлов берилди. **Натижа:** резидуал жигар эхинококкози бўлган беморларда ўтказиладиган жарроҳлик амалиёти катта ва юқори жароҳатланиши ва асоратларни кўп бўлиши билан тавсифланиб, бизнинг натижаларимизга кўра улар 11,4% беморларда кузатилди. Бу резидуал эхинококкозда фиброз қобиқнинг яллиғланиши ва дистрофик юқорилиги билан боғлиқ бўлиб, кенг қамровли перцистэктомия ўтказишни, ҳамда абдоминал соҳада жигардан ташқари кисталарнинг мавжудлиги билан боғлиқ. Бирламчи ва резидуал жигар эхинококкозида тотал перцистэктомия ўтказилиши интраоперацион қон кетишларни кўпайтирди. Жарроҳлик амалиётидан сўнг эрта даврда 2% беморларда ичак тутулишлари кузатилиб, иккинчи операцияларда диффуз қон йўқотишлар кузатилди. 6та беморда дренаж трубкалардан ташқи сафро ажралиши, 2 та беморда эса операцион қисми жойларининг йирингланиши, 1,7. ҳолатда ўлим, 7,7% да эса рецидивлар кузатилди. **Хулоса:** резидуал ва бирламчи жигар эхинококкозини радикал хирургик даволаш кўпинча ижобий натижаларни беради. Кисталар билан асоратланмаган ва қўшимча пуфакчалар кузатилмаган жигар эхинококкозида пункцион-дренаж усулларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ. Кисталар марказларда жойлашган ҳолатларда бу усулларни қўллаш қайта кўриб чиқишни тақозо этади.

Калит сўзлар: жигар ва ўпка эхинококкози, резидуал ва бирламчи эхинококкозлар, жарроҳлик даволаш, асоратлар.

Objective: To improve the results of treatment of liver echinococcosis by improving surgical tactics using mini-invasive technologies. **Materials and Methods:** From 2013 to 2018, in the surgical department of the Urgench regional multidisciplinary medical center, 257 patients with liver echinococcosis were hospitalized. Surgical interventions were performed in 235 patients. Patients with combined echinococcosis of the liver and lungs were operated on in two stages. Digital material processed by the method of variation statistics. **Results:** Surgical treatment of residual echinococcosis of the liver differs from the primary treatment in greater trauma, postoperative complications were noted in 11.4%. This is due to the predominance of inflammatory and dystrophic changes in the fibrous membrane in residual echinococcosis, which require an increase in the volume of pericystectomy, as well as a predominance of extrahepatic abdominal cysts. Total pericystectomy significantly increased intraoperative blood loss in both primary and residual echinococcosis of the liver. During the early postoperative period, a sign of early postoperative intestinal obstruction was observed in 2% of patients, with repeated surgery, diffuse bleeding was detected. In 6 patients, external bile leakage was noted through the drainage tubes of the residual cavity. Suppuration of postoperative wounds was observed in 2 patients. Lethal outcomes were registered in 1.7% of cases. Recurrence of the disease was 7.7%. **Conclusion:** Radical surgical treatment of primary and residual liver echinococcosis allows in most cases to achieve good results. For uncomplicated cysts without daughter blisters, puncture-drainage methods are effective. The use of these treatments for centrally located cysts needs evaluation.

Key words: liver and alveolar echinococcosis, cystic echinococcosis, of surgical treatment, results.

Эхинококкоз – опасное паразитарное заболевание человека, характеризующееся тяжелым длительным прогрессирующим течением, которое без надлежащего лечения приводит к гибели зачастую в молодом трудоспособном возрасте [1,3,10,14]. Самой частой локализацией паразита является печень (до 80%) и легкие (до 40%), другие формы поражения (5-10%) относятся к редким локализациям эхинококкоза [3,5,12]. Сочетанное поражение наблюдается у 18-33% больных, при этом наиболее часто отмечается поражение печени [2,3].

Научные достижения последних лет кардинально изменили подходы к диагностике и выбору мето-

да лечения больных с эхинококкозом. В настоящее время хирургия эхинококкоза включает в себя традиционные, лапароскопические и пункционные чрескожные вмешательства. Арсенал лечебных методик был приведен в резолюции 22-го Международного конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, что свидетельствует о важности проблемы хирургического лечения эхинококкоза. Несмотря на это, на сегодняшний день не удалось заметно продвинуться в вопросах профилактики рецидива заболевания. Среди хирургов отсутствует единое мнение в отношении ряда терминологий в хирургии эхинококкоза печени, не достигнут кон-

сенсус в вопросах интраоперационной противопаразитарной обработки остаточной полости, недостаточное внимание уделяется роли резидуальных кист [3,6,9].

Следует отметить, что особый интерес у исследователей вызывают осложненные формы эхинококкоза печени. Это обусловлено тем, что в силу разных обстоятельств эта стадия является периодом наиболее яркого клинического проявления болезни. По данным разных авторов, частота осложнений эхинококка печени колеблется от 18 до 55% [4,7,9]. Одним из самых грозных осложнений эхинококка печени является прорыв эхинококковых кист в желчные протоки с развитием механической желтухи, частота которого колеблется от 5,5 до 13%, при этом летальность достигает 4,2-8,1% [7,15].

Лечение гидатидозного эхинококкоза печени с применением лапароскопических технологий в последние годы все больше обсуждается в отечественной и зарубежной печати. Для выполнения этих вмешательств разработаны специальные устройства и технологии, позволяющие безопасно проводить вскрытие паразитарной кисты, антипаразитарную обработку остаточной полости и адекватно ее дренировать. В крупных хирургических центрах лапароскопическая эхинококкэктомия рассматривается как альтернатива традиционным вмешательствам, поскольку преимущества лапароскопии не вызывают сомнений [3,15,16].

При прорыве эхинококковых кист в желчные протоки с развитием механической желтухи методом выбора являются эндоскопические транспапиллярные вмешательства. Однако при их использовании процент неудач и осложнений остается достаточно высоким. Альтернативным малоинвазивным методом разрешения механической желтухи в этих ситуациях являются чрескожные вмешательства.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения эхинококкоза печени путем совершенствования хирургической тактики с использованием миниинвазивных технологий.

Материал и методы

За период с 2013 по 2018 гг. в хирургическом отделении Ургенчского областного многопрофильного медицинского центра на стационарном лечении находились 257 больных эхинококкозом печени. Первичный эхинококкоз отмечался у 183 (71,2%) пациентов, резидуальный и рецидивный – у 74 (28,7%). Сочетанный эхинококкоз печени и других органов диагностирован у 23 (8,9%) больных. При внепеченочной локализации эхинококковые кисты обнаружены в селезенке, в брюшной полости, в диафрагме, в почках, в яичнике, в легких, в перикарде и в средостении. Осложнения, связанные с гибелью паразита, отмечались у 88 (34,2%) пациентов (нагноение кисты, частичное или полное обызвествление фиброзной капсулы паразита, прорыв элементов кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи и холангита, разрушение фиброзной капсулы с открытием в ее просвет желчных свищей, прорыв в брюшную полость).

Алгоритм диагностики с целью верификации диагноза, уточнения размеров, числа и локализации

очаговых образований, а также вариантов нормальной анатомии печени и ее изменений вследствие взаимоотношений с очаговыми образованиями включал проведение УЗИ с выполнением при необходимости дуплексного сканирования, компьютерной томографии. При необходимости использовали МРТ-холангиографию с трехмерной реконструкцией изображения.

Хирургические вмешательства выполнены у 235 (91,4%) больных. 22 (8,6%) пациентам из-за диссеминированного характера поражения и множества перенесенных операций в анамнезе (более 5) было рекомендовано консервативное лечение с мониторингом общего состояния. Пациенты с сочетанным эхинококкозом печени и легких оперировались, как правило, в два этапа. На первом этапе выполняли торакоскопическую эхинококкэктомию. На втором этапе в сроки от 1-го до 6 месяцев проводили хирургическое вмешательство на печени. Такая тактика лечения была применена у 11 (4,2%) больных. У 8 (3,1%) пациентов с локализацией кисты в правом легком и V-VIII сегментах печени операция осуществлена с торакофренолапаротомным доступом. У 18 (7,6%) больных выполнена перицистэктомия с резекцией печени, который позволял удалить все оболочки паразита, в том числе фиброзную капсулу. У остальных больных произведены органосохраняющие операции. При поверхностно расположенных единичных эхинококковых кистах без наличия дочерних кист у 28 (11,9%) больных проведена лапароскопическая эхинококкэктомия. У 6 (2,5%) пациентов отмечался прорыв эхинококковых кист в желчные протоки с развитием механической желтухи. У всех больных выполненные ретроградные транспапиллярные вмешательства оказались эффективными. Цифровой материал обработан методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Послеоперационные осложнения отмечались у 27 (11,4%) из 235 прооперированных больных. У 1 пациента, у которого проведена одномоментная операция из легких и печени торакофренолапаротомным доступом, развился правосторонний экссудативный плеврит. Ему осуществлено дренирование плевральной полости. На фоне интенсивной консервативной терапии отмечается положительная динамика, на 4-е сутки дренажная трубка удалена. У 13 (5,5%) больных остаточные полости еще визуализируются, хотя у 5 из них размеры их значительно уменьшились. Эти больные жалоб не предъявляют, практически здоровы. У 1 больного пришлось дренировать остаточные гнойные полости.

Следовательно, хирургическое лечение резидуального эхинококкоза печени отличается от лечения первичного большей травматичностью, о чем свидетельствует достоверно большая кровопотеря при повторных операциях по поводу эхинококкоза.

Увеличение интраоперационной кровопотери при резидуальном эхинококкозе определяется как повторным характером вмешательств, так и необходимостью более травматичной перицистэктомии, в условиях более выраженного воспалительного

процесса. Преобладание воспалительных и дистрофических изменений фиброзной оболочки при резидуальном эхинококкозе требует расширения объема перцистэктомии и одновременно затрудняет ее. Другое отличие исходных условий, являющееся причиной повышения травматичности операции при резидуальном эхинококкозе, – достоверное преобладание кист внепеченочной абдоминальной локализации.

Несмотря на достоверно больший объем интраоперационной кровопотери, операции при резидуальном эхинококкозе не приводили к большей частоте осложнений, в том числе к специфическим, а также к увеличению длительности операции и сроков послеоперационного стационарного лечения. Тотальная перцистэктомия достоверно увеличивала интраоперационную кровопотерю как при первичном, так и при резидуальном эхинококкозе печени. Более сложные условия для технического выполнения операции при резидуальном эхинококкозе не увеличивали количество рецидивов по сравнению с первичным эхинококкозом.

В течение раннего послеоперационного периода у 5 (2%) пациентов, прооперированных по поводу рецидивного и резидуального эхинококкоза, отмечались признаки ранней послеоперационной кишечной непроходимости. При повторной операции у 2 больных в месте рассечения спаек выявлены диффузные кровотоечения, при первой операции был выражен инфильтративный процесс. Им проведены санация и дренирование брюшной полости, операция завершена назоинтестинальной интубацией тонкого кишечника. У 3 пациентов отмечались скопления желчи и гематома в подпеченочном пространстве, источником гемо- и желчеистечения была остаточная полость, при этом проведена субтотальная перцистэктомия.

Данные зарубежной статистики показывают, что развитие послеоперационных осложнений в виде остаточных полостей, длительного желчеистечения связано, в первую очередь, с неадекватностью оперативного доступа и обработки полости, неэффективным капитонажем и неполной ревизией полости кисты [13,15].

У 6 пациентов, прооперированных радикальным методом операции, при котором удалены все оболочки паразита, в том числе фиброзная капсула как один из возможных источников рецидива заболевания, отмечалось наружное желчеистечение через дренажные трубки остаточной полости. У 4 из них наблюдалось нагноение остаточной полости. При инфицировании остаточной полости выздоровление наступило после двукратных чрескожных пункций полости. 2 из них выписали домой с желчным свищом.

Нагноение послеоперационных ран отмечалось у 2 больных, у 1 пациента была подкожная эвентрация кишки, ему было выполнено наложение вторичного шва через все слои. На нагноившуюся рану торакотомным способом произведена перевязка в амбулаторных условиях.

Умерли 4 (1,7%) больных. Причиной смерти 2 пациентов были послеоперационные осложне-

ния, диффузные кровотоечения с последующим ДВС-синдром. У 1 больного причиной летального исхода явился дальнейший прорыв кист в общий желчный проток на фоне гнойного холангита и цирроза печени: причиной смерти стала острая послеоперационная печеночная недостаточность. 1 больной умер вследствие декомпенсации сопутствующих заболеваний.

Как показывает анализ нашего клинического материала, частота рецидивов болезни после хирургического лечения первичного эхинококкоза составляет 11,5%, при рецидивном эхинококкозе повторные рецидивы наблюдались в 32,4% случаев [4,8]. Наибольший риск развития рецидива обусловлен повторным вмешательством, прорывом кист и множественным характером поражения. Уровень заболеваемости в зоне проживания пациента, возрастные и полевые особенности не оказывают значимого влияния на частоту рецидива эхинококкоза. Вероятность рецидива заболевания в связи с реинвазией составила 0,04%.

Среди пациентов, прооперированных в нашей клинике, рецидивы наблюдались у 18 (7,7%). При глубоком изучении историй заболевания выяснилось, что больные в послеоперационном периоде неадекватно принимали химиотерапию. Причина рецидива у 1 пациента была в локализации кисты в 1-м сегменте с компрессией нижней полой вены.

Рецидивов после операции по поводу рецидивной и резидуальным эхинококкозом было 11 (4,6%). 5 пациентов оперированы по поводу первичного эхинококкоза печени, 1 из них – по поводу сочетанного эхинококкоза, у 2 отмечалось осложнение нагноившейся кисты. Реинвазия наблюдалась у 2 (1,7%) пациентов.

Результаты и обсуждение

По данным специалистов, в бывших республиках Советского Союза, а также в странах Европы отмечается постепенный рост заболеваемости эхинококкозом печени. В Узбекистане количество ежегодно выполняемых по поводу эхинококкоза операций увеличилось с 1,5 тыс. в 90-х годах до 4,5 тыс. в 2001 г. [3]. Частота осложненных форм эхинококкоза печени достигает 84,6%, а рецидивы, по разным данным, наблюдаются у 22-54% прооперированных больных [3,9].

Тем не менее, не только ухудшение эпидемиологической обстановки, диктуют необходимость поиска эффективных методов лечения эхинококкоза печени. Не наблюдается тенденции к существенному снижению частоты рецидивного эхинококкоза. Зарубежные авторы из стран, эндемичных по эхинококкозу, также приводят достаточно тревожные показатели частоты рецидивов заболевания после хирургического лечения, достигающего 16,2 (Турция), 19,4 (Греция) и 16,7% (Объединенные Арабские Эмираты). В опубликованных в последние годы крупных сериях наблюдений, включающих более 500 и 600 операций, приводится более низкая частота рецидивов (8,5-8,7%), что, тем не менее, есть возможности для дальнейшего уменьшения этого показателя [15,16].

Многие авторы справедливо полагают, что основным способом снижения частоты рецидивов до 0-4,6% являются радикальные операции, предпо-

лагающие выполнение перицистэктомии, поскольку консервативные методы хирургического лечения (наружное дренирование, марсупиализация, оментопластика) приводят к рецидивам, частота которых достигает 25,0-30,4%. Кроме того, как показывает наш опыт, выполнение операций в радикальном объеме существенно уменьшает частоту осложнений, связанных с остаточной полостью, по сравнению с эхинококкэктомиями, без удаления фиброзной оболочки. Подобного мнения придерживаются и другие авторы. Ряд авторов утверждает, что в 6,9% случаев причиной рецидива эхинококкоза являются резидуальные кисты, пропущенные во время первой операции. Повторные вмешательства ведут к выздоровлению пациентов [9,11].

Выводы

1. Главным ориентиром в диагностике начальных стадий развития печеночной недостаточности является одновременное выявление морфологических и биохимических изменений клеток и тканей печени. Ультразвуковая доплерография и клинико-лабораторные исследования крови у больных, осложненным эхинококкозом, информативны лишь при развитии более глубоких изменений в печени.

2. Радикальное хирургическое лечение первичного и резидуального эхинококкоза печени позволяет в большинстве случаев добиться хороших результатов. Низкая частота рецидивов и относительно безопасный послеоперационный период позволяет считать, что в условиях растущей заболеваемости эхинококкозом печени, в том числе осложненными формами, необходимым и достаточным является применение радикальных операций в объеме тотальных и субтотальных перицистэктомий, дополненных при необходимости сегментарными и субсегментарными резекциями печени. Тотальную перицистэктомию целесообразно применять при краевом расположении кист и отсутствии их контакта с крупными сосудисто-секреторными элементами. Обширные резекции печени, оставаясь в арсенале радикальных методов лечения эхинококкоза печени, должны выполняться по строгим показаниям.

3. При неосложненных кистах без дочерних пузырей эффективны пункционно-дренажные методы. Использование этих методов лечения при центрально расположенных кистах нуждается в тщательной оценке.

Литература

1. Абдуллаев А.Г., Мовчун А.А., Агаев Р.М. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков // Хирургия. – 2005. – №2. – С. 38-42.
2. Альперович Б.И., Сорокин Р.В., Толкаева М.В., Будков С.Р. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени // Анналы хир. гепатол. – 2006. – №11 (1). – С. 7-10.
3. Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А., Шарипов У.Б. и др. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени // Анналы хир. гепатол. – 2010. – №3. – С. 99-107.
4. Калыбеков Т.А., Алиев М.Ж. Послеоперационные осложнения при эхинококкэктомии печени и их про-

филактика // Вестн. Смоленской гос. мед. акад. – 2018. – Т. 17, №3. – С. 70-74.

5. Мерзликин Н.В. и др. Криохирургические технологии при альвеококкозе печени // Анналы хир. гепатол. – 2017. – №4. – С. 11-17.

6. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х., Салимов У.Р. Результаты оперативного лечения больных альвеококкозом печени // Анналы хир. гепатол. – 2018. – №1. – С. 65-73.

7. Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Ботиров А.К., Отакузиев А.З. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 2011. – №2. – С. 91-94.

8. Оморов Р.А., Айтбаев С.А., Каниетов А.К., Абдиев А.А. Результаты оперативного лечения больных альвеококкозом печени // Анналы хир. гепатол. – 2018. – Т. 23, №1. – С. 74-79.

9. Цыбырнэ К., Андон Л., Андон Е., Павлюк Г. Причины повторных операций при эхинококковой болезни печени // Анналы хир. гепатол. – 2005. – Т. 10, №2. – С. 134-135.

10. Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Шамсиев Ж.А. и др. Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени // Пробл. соврем. науки и образования. – 2017. – Т. 37 (119). – С. 75-79.

11. Atmatzidis K.S., Pavlidis T.E., Papaziogas V.T. et al. Recurrence and long-term outcome after open cystectomy with omentoplasty for hepatic hydatid disease in an endemic area // Acta Chir. Belg. – 2005. – Vol. 105, №2. – P. 198-202.

12. Farrokh D., Zandi B., Pezeshki Rad M., Tavakoli M. Hepatic alveolar echinococcosis // Arch.Iran. Med. – 2015. – Vol. 18, №3. – P. 199-205.

13. Jha B., Lipi L., Gajendra S. et al. Alveolar echinococcosis with portal vein thrombosis: An unusual cause for liver transplantation // Asian Pacific J. Trop. Med. – 2015. – Vol. 8, №8. – P. 683-684.

14. Pestechian N., HosseiniSafa A., Tajedini M. et al. Genetic diversity of Echinococcus granulosus in center of Iran // Korean J. Parasitol. – 2017. – Vol. 52, №4. – P. 413-418.

15. Tuxun T., Zhang J.H., Zhao J.M. et al. World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis – 914 patients // Int. J. Infect. Dis. – 2014. – Vol. 24. – P. 43-50.

16. Yagci G., Ustunsoz B., Kaymakcioglu N. et al. Results of surgical, laparoscopic, and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients // Wld J. Surg. – 2005. – Vol. 29, №12. – P. 1670-1679.

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хакимов М.Ш., Батиров Д.Ю., Хаитбаев С.К., Нурматов С.Т., Мусаева А.Ф.

Цель: улучшение результатов лечения эхинококкоза печени путем совершенствования хирургической тактики с использованием миниинвазивных технологий. **Материалы и методы:** в 2013-2018 гг. в хирургическом отделении Ургенчского областного многопрофильного медицинского центра на стационарном лечении

находились 257 больных эхинококкозом печени, хирургические вмешательства выполнены у 235 из них. Пациенты с сочетанным эхинококкозом печени и легких оперировались в два этапа. **Результаты:** хирургическое лечение резидуально-го эхинококкоза печени отличается от лечения первичного большей травматичностью. Тотальная перицистэктомия достоверно увеличивала интраоперационную кровопотерю как при первичном, так и при резидуальном эхинококкозе печени. В течение раннего послеоперационного периода у 2% пациентов отмечается признак ранней послеоперационной кишечной непроходимости, при повторной операции вы-

явлены диффузные кровотечения. Летальность составила 1,7%. Рецидивы заболевания отмечались в 7,7% случаев. **Вывод:** радикальное хирургическое лечение первичного и резидуального эхинококкоза печени позволяет в большинстве случаев добиться хороших результатов. При неосложненных кистах без дочерних пузырей эффективны пункционно-дренажные методы. Возможность использования этих методов в лечении центрально расположенных кист нуждается в тщательной оценке.

Ключевые слова: эхинококкоз печени и легких, резидуальные и первичные эхинококкозы, хирургическое лечение, осложнения.

