

Оптимизация хирургического лечения эхинококкоза печени

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова, Дж.Д. Джононов

Кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино;

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии МЗиСЗН РТ

Обобщён опыт хирургического лечения 96 больных с эхинококкозом печени, оперированных за последние 15 лет.

Диаметр кист составлял от 45 мм до 170 мм, а их объём от 135 куб. см до 510 куб. см. Всего у 96 больных было обнаружено 136 объёмных образований. У 80 (83,3%) больных отмечалась одиночная эхинококковая киста печени, у 16 (16,7%) – две и более кисты.

Срединная лапаротомия выполнена 35 (36,4%) больным, лапаротомный доступ в правом подреберье – 39 (40,7%), торакофрениколапаротомия – 22 (22,9%).

В 47 (49%) случаях остаточную полость ликвидировали путём капитонажа. В 8 (8,3%) случаях применяли оментопластику, в 36 (37,6%) – остаточную полость дренировали вакуум-дренажом.

Сравнение ближайших и отдалённых результатов, в зависимости от способа ликвидации остаточной полости, показало значительную эффективность дренирования полости активным вакуум-дренажом, которое позволило сократить длительность госпитализации и уменьшить послеоперационные осложнения.

Ключевые слова: хирургия эхинококкоза печени; гидатидозный эхинококк печени; ликвидация остаточной полости

Актуальность. Несмотря на совершенствование методов диагностики и постоянный поиск новых путей профилактики, число больных эхинококкозом продолжает расти, причём чаще среди лиц трудоспособного возраста, что приносит большой экономический ущерб государству. Как известно, эхинококкоз часто (от 54% до 85%) поражает печень, не проявляя особых клинических симптомов [1]. При этом паразитарная киста может расти в объёме и проявиться в виде осложнённых форм, что в свою очередь усложняет лечение и реабилитацию больных, а порой становится угрозой для жизни больных. Эти осложнения встречаются достаточно часто – по данным разных авторов от 15% до 52% [2,3]. Вместе с тем, основным и радикальным способом лечения эхинококковых кист печени является хирургический метод [4]. В этой связи, вопросы хирургического лечения эхинококковой болезни, остаются актуальными по сей день.

Целью настоящего сообщения является обобщение опыта хирургического лечения больных с эхинококкозом печени и оптимизация методов ликвидации остаточной полости.

Материал и методы. На базе кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦССХ за последние 15 лет обследовано и прооперировано 96 больных с эхинококкозом печени. Возраст больных колебался от 13 до 55 лет, т.е. все больные были в молодом трудоспособном возрасте. Женщины болели чаще (n=60; 62,5%), чем мужчины (n=21; 37,5%). Жители села, которые имели контакт с домашними животными, составили 43 (44,8%) человека, а городских жителей, предполагавших своё заражение алиментарным путём, было 53 (55,2%).

Всем 96 пациентам диагноз был выставлен на основании анализа жалоб, анамнеза, данных объективного обследования и ультразвукового исследования.

Основными клиническими симптомами эхинококкоза печени у больных были слабость и снижение аппетита – в 41 (42,7%) случае, нарушение сна – в 12 (12,5%), утомляемость – в 26 (27,1%), тошнота – в 3 (3,1%), неинтенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся при физической нагрузке – в 75



ТАБЛИЦА 1. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ ПО РАЗМЕРУ И ЛОКАЛИЗАЦИИ

Размеры кист	Общее количество кист		Локализация кисты	
	Абс.	%	Правая доля печени	Левая доля печени
Малые кисты (до 5 см)	28	20,6	21	5
Средние кисты (от 6 до 10 см)	55	40,4	42	11
Большие кисты (от 11 до 15 см)	41	30,2	38	3
Гигантские кисты (более 15 см)	12	8,8	12	-
Всего	136	100	113*	19

Примечание: * - 4 кисты (2 малых и 2 средних размеров) у двух больных располагались в правом боковом канале, в большом сальнике и малом тазу

(78,1%) случаях. Давность клинических проявлений заболевания составляла от 3 месяцев до 4 лет.

Ультразвуковым исследованием оценивали локализацию паразитарной кисты, её размеры и экоструктуру (наличие или отсутствие дочерних кист). Во всех случаях УЗИ позволило выявить шаровидной формы жидкостное образование в печени с чёткими ровными контурами, в большинстве случаев (у 54 – 56,3% больных) с наличием дочерних кист. Всего у 96 больных было обнаружено 136 объёмных образований. Диаметр визуализированных кист составлял от 45 до 170 мм, а объём от 135 см³ до 510 см³. По размеру все кисты распределены на малые, средние, большие и гигантские (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, в основном (83,1%) паразитарные кисты располагались в правой доле печени. В левой доле печени они локализовались лишь в 14% (19) случаев. У одного больного имелись 7 эхинококковых кист (3 – в правой доле печени, а 4 – в правом боковом канале и малом тазу). Гигантские кисты занимали более одного сегмента печени. У 80 (83,3%) больных отмечалась одиночная эхинококковая киста печени, а множественные кисты имели место у 16 (16,7%) больных.

В зависимости от расположения кист в различных сегментах, имела место следующая картина (табл.2).

При хирургическом лечении эхинококкоза печени оперативный доступ выбирали дифференцированно, в зависимости от локализации кисты. Таким образом, срединная лапаротомия выполнена в 35 (36,4%) случаях, лапаротомный доступ через подреберье – в 39 (40,7%), торакофрениколапаротомный доступ применён в 22 (22,9%) случаях.

Закрытая, так называемая “идеальная”, эхинококкэктомия была произведена лишь в 2 случаях, при крае-

ТАБЛИЦА 2. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ В СЕГМЕНТАХ ПЕЧЕНИ

Вариации сегментов	Количество кист	В процентах (%)
I	4	2,9
II	1	0,7
II-III	3	2,2
III	3	2,2
IV	8	5,9
III-IV	5	3,7
V	8	5,9
IV-V	17	12,5
VI	12	8,8
VI-VII	18	13,2
VII	17	12,5
VIII	15	11,1
VII-VIII	21	15,5
Всего	132*	97,1

Примечание: * - 4 кисты (2,9%) располагались в правом боковом канале, в сальнике и малом тазу

вом расположении паразитарной кисты по нижнему краю печени. Во всех остальных случаях выполнили открытую эхинококкэктомию.

После лапаротомии и идентификации кисты, вокруг неё обкладывали пелёнки и тампоны. Кисту пунктировали толстой иглой, соединённой с отсосом и проводили аспирацию жидкости, содержащейся в полости кисты. После уменьшения напряжения кисты, фиброзную капсулу удерживали окончатými зажимами Люера и проводили вскрытие фиброзной капсулы длиной до 3-5 см. С помощью ложки вынимали хитиновые оболочки и дочерние пузыри. При



этом инструменты, соприкасающиеся с паразитарной кистой, сразу же обрабатывались 2% раствором формалина. Антипаразитарная обработка остаточной полости производилась 3% раствором Люголя (йодповидоном или бетадином) и 96% этиловым спиртом.

В 47 (49%) случаях остаточную полость ликвидировали путём капитонажа: стенки фиброзной капсулы изнутри остаточной полости ушивали кистетными швами атравматической иглой монофиламентной рассасывающейся нитью (махоп, монокрин, PDS, монозин 0 - 2/0 USP). В 8 (8,3%) случаях, в виду технического неудобства из-за глубокого расположения полости в печени, применяли оментопластику. При этом выкраивали прядь сальника на сосудистой ножке и тампонировали ею остаточную полость. Ещё в 5 (5,2%) случаях эти два способа были комбинированы.

В 36 (37,6%) случаях, по возможности, иссекали свободные, неприлежащие к печёночной ткани, стенки фиброзной капсулы, прижигали электрокоагулятором, а в остаточную полость помещали силиконовую трубку диаметром не менее 10 мм, которую фиксировали к краю фиброзной капсулы одним или двумя узловыми кетгутowymi швами. Трубку соединяли с вакуумным резервуаром, создав в остаточной полости отрицательное давление, что способствовало приближению стенок остаточной полости друг к другу и ликвидации свободного пространства внутри печени. Дополнительные силиконовые трубки размещали в подпечёночном пространстве или в поддиафрагмальном пространстве брюшной полости для профилактики скопления жидкости и контроля гемостаза. Как правило, эти трубки удаляли на 3-4-е сутки после операции, предварительно проведя контрольное УЗИ брюшной полости.

У 2 больных эхинококковые кисты были обнаружены не только в печени, но и в малом тазу, в большом сальнике и в правом боковом канале брюшной полости. Так, у 14 больных отмечались по 2 эхинококковые кисты, у 4 – по 3 паразитарные кисты, у двоих – по 5 кист и у одного – 6 кист. В двух случаях с множественными эхинококковыми кистами больные были оперированы в два этапа.

Двое больных поступили с осложнениями заболевания, когда паразитарная киста прорвалась в просвет холедоха, вызвав механическую желтуху. В этих случаях проводили дренирование холедоха по Вишневному на 2-3 недели до полного исчезновения жёлчной гипертензии в холедохе.

Результаты и их обсуждение. Для оценки эффективности применения различных способов ликвидации остаточных полостей в печени после эхинококкэктомии провели сравнительный анализ послеоперационного течения и результатов хирургического лечения больных. Факторами, отягощающими лечение, являлись большие и гигантские кисты, осложнённые кисты, интраорганные расположение кисты. Об эффективности ликвидации остаточных полостей судили по длительности операции, наличию осложнений в раннем послеоперационном периоде, длительности периода госпитализации.

Осложнения в виде жёлчных свищей наблюдались у 3 больных и сохранение остаточной полости размерами 4-5 см – у 5 больных, которым был выполнен капитонаж и оментопластика остаточной полости. С целью профилактики рецидива химиотерапия альбендазолом проведена только 9 (9,4%) больным – из расчёта 10 мг/кг в сутки в течение 4-6 недель.

В послеоперационном периоде контрольное исследование проводили еженедельно в течении первого месяца, затем ежемесячно в первый квартал и в последующем – ежеквартально. Достаточно высокоинформативными методами исследования при эхинококкозе считаются ультразвуковое исследование и простая рентгенография [5-7], чего мы также придерживались и использовали у своих больных.

Следует отметить, что рецидивы эхинококкоза по данным литературы достигают до 25%, а эффективность химиотерапии отмечается в пределах от 41% до 72%. Вместе с тем, гепатотоксичность химиотерапии наблюдается в 15% наблюдений [8,9].

Предметом широкой дискуссии является способ ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии, ведь наличие остаточной полости является причиной развития многочисленных вторично развивающихся осложнений. Одним из способов ликвидации остаточной полости является капитонаж, который имеет ряд больших недостатков: происходит деформация ангиоархитектоники печени; часто развивается долго существующая полость в толще печени; нередко происходит вторичное инфицирование остаточной полости [10].



В связи с вышеизложенным, во всех возможных случаях нами использовался способ дренирования остаточной полости при помощи толстой силиконовой трубки, которая подсоединяется к резервуару с вакуумом. Таким образом, в остаточной полости создаётся отрицательное давление, которое способствует спадению стенок полости и исчезновению свободного пространства. Трубка в полости держится в течение 4-6 недель и затем удаляется после контрольного УЗИ остаточной полости.

Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 10 лет наблюдали у 87 (90,6%) оперированных больных. Рецидивы заболевания нами не были отмечены. Лишь в одном случае, через 5 лет после операции, отмечалась реинвазия с развитием эхинококковой кисти в правой доле печени, и больной повторно оперирован с хорошим исходом лечения.

Таким образом, сравнение ближайших и отдалённых результатов лечения больных эхинококкозом печени, в зависимости от способа ликвидации остаточной полости, показало значительную эффективность дренирования полости активным вакуум-дренажом, что способствовало сокращению длительности госпитализации и уменьшению послеоперационных осложнений, а следовательно позволяет рекомендовать его применение в широкую клиническую практику лечения этих больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С. Современный взгляд на состояние проблемы эхинококкоза / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2006. - Т.11, № 1. - С. 26-30.
2. Пулатов А.Т. Анафилактический шок при разрыве эхинококковой кисты у детей / А.Т. Пулатов // *Неотложные состояния у детей: матер. Шестого конгресса педиатров России*. - М. - 2000. - С. 240.
3. Пулатов А.Т. Эхинококкоз почек у детей / А.Т. Пулатов // *Вестник хирургии*. - 1984. - № 6. - С.78-81.
4. Вишневский В.А. Радикальные операции при эхинококкозе печени / В.А. Вишневский, М.А. Кахаров, М.М. Камолов // *Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тезисов XII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ*. – Ташкент. - 2005. - С. 106.
5. Мусаев Г.Х. Диагностика и комплексное лечение гидатидозного эхинококкоза: дис... д-ра мед. наук / Г.Х. Мусаев. - М., 2000. - 342 с.
6. Сергиев В.П. Эхинококкоз цистный (однокамерный): клиника, диагностика, лечение, профилактика / В.П. Сергиев [и др.] // - М.: ВекторБест. - 2008. - 33 с.
7. Комиссарова М.А. Диагностика и лечение эхинококкоза у детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А. Комиссарова. - 2008. - Уфа. - 26с.
8. Пулатов А.Т. Мебендазол в лечении и профилактике рецидива эхинококкоза печени / А.Т. Пулатов // *Детская хирургия*. - 2004. - № 5. -С. 28-31.
9. Stephensen L.S. Optimising the benefits of anthelmintic treatment in children / L.S. Stephensen // *Paediatr Drugs*. - 2001. - № 3. - P. 495-508.
10. Кунпан И.А. Клиническая оценка способов ликвидации остаточных полостей, применяемых в плазменной хирургии эхинококкоза печени: автореф. дис. канд. мед. наук / И.А. Кунпан. - Ставрополь. - 2002. - 27с.



Summary

Optimization of surgical treatment of hepatic echinococcosis

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, S.M. Janobilova, J.D. Jononov

Chair of Surgical Diseases №2 Avicenna TSMU;

Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery

Experience of surgical treatment 96 patients with liver echinococcosis operated for recent 15 years is summarized. Age of patients ranged from 13 to 55 years. Women suffered more often (60 cases – 62,5%) than men (21 cases – 37,5%). Rural people who had contact with domestic animals were 43 persons (44,8%) and urban residents were 53 persons (55,2%).

Cyst diameter ranged from 45 mm to 170 mm, and their capacity from 135 cub cm to 510 cub cm. Totally in 96 patients were found 136 mass lesions. In 80 (83,3%) patients was a single liver cyst, and in 16 (16,7%) patients - two or more cysts.

Midline laparotomy performed to 35 (36,4%) patients, laparotomy access in the right hypochondrium - 39 (40,7%), thoracal-phrenic laparotomy - 22 (22,9%).

Residual cavity by capitonazh way eliminated in 47 (49%) cases. Omentoplasty used in 8 (8,3%) cases. The residual cavity was drained by vacuum drainage in 36 (37,6%) cases.

Comparison of immediate and late results depending on way of residual cavity elimination showed significant efficacy of draining cavity by active suction drainage, which has reduced the duration of hospital stay and reduce postoperative complications.

Key words: surgery of hepatic echinococcosis, hydatid echinococcus of liver, elimination of the residual cavity

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбанов Убайдулло Абдуллоевич – профессор
кафедры хирургических болезней №2 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: kurbonovua@mail.ru