

МЕДИЦИНА ИЛИМДЕРИ. ПСИХОЛОГИЯ

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ. ПСИХОЛОГИЯ

MEDICAL SCIENCE. PSYCHOLOGY

Мусаев А.И., Абдисаматов Б.С., Айтназаров М.С.

БООРДУН ЭХИНОКОККОЗУНУН ОРГАНДЫ САКТАП КАЛУУ ОПЕРАЦИЯСЫ

Мусаев А.И., Абдисаматов Б.С., Айтназаров М.С.

ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

A.I. Musaev, B.S. Abdisamatov, M.S. Aitnazarov

ORGAN-PRESERVING SURGERY FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS

УДК: 616.36.951.21-089.197.6.

Бул макалада 91 бейтаптын боордун эхинококкозун операциялык ыкма менен дарыланган жыйынтыгы көрсөтүлдү. Операциядан кийинки кабылдоолор 8 (8,8%) бейтапта аныкталды. Анын ичинен - эхинококктон кийинки көңдөйчөнүн калдыгы 3 бейтапта, өттүн агуусу 1 бейтапта, плеврит 2 жана операциядан кийинки жараттын ириңдөөсү 2 бейтапта.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, операциялык ыкма менен дарылоо, кабылдоо.

Представлены результаты оперативного лечения эхинококкоза печени у 91 больного, у которых применены органосохраняющие операции. Осложнения выявлены у 8 больных (8,8%): остаточная полость у 3, желчеистечение у одного, плеврит у 2 и нагноение операционной раны еще у 2 больных.

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

The article gives the results of surgical treatment of 70 patients with hepatic echinococcus, in whom preferred organ-preserving surgery. Morbidity found in 8 patients (8.8%); cavital problems in 3, bile leakage in 1, pleuritis in 2 and wound infection in 2 patients.

Key words: liver, hydatid disease (echinococcosis), surgical treatment, complications.

Эхинококкоз – тяжелое паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени и встречается во многих странах, но наиболее часто в эндемических районах, к которым относятся и Кыргызская Республика. В последние годы большинство исследователей отмечают значительный рост заболеваемости не только среди взрослого населения, но и детей, что подтверждает актуальность проблемы [4, 8]. Рост числа больных обусловлен отсутствием мер профилактики, ухудшением социальных условий населения и не соблюдением правил личной гигиены.

Лечение эхинококкоза хирургическое, хотя на протяжении многих столетий делались попытки медикаментозного лечения, но пока безуспешные. В оперативном лечении длительное время использовались органосохраняющие операции (капитонаж,

инвагинация, дренирование кист) и они обеспечивали быстрое улучшение состояния больных, операции не травматичные [3,5], но по мере накопления клинического материала были выявлены недостатки: возникновение остаточной полости, иногда с нагноением, длительно не заживающие желчные или гнойные свищи, которые требуют повторной операции, а в отдаленные сроки – рецидив эхинококкоза [1,3,4]. Учитывая эти недостатки хирургами было уделено много внимания совершенствованию техники операции, разработке показаний и выполнению радикальных операций при эхинококкозе печени, которые предотвращают рецидив болезни [3,6], но эти операции сложные и поэтому в лечении эхинококкоза и сейчас доминируют органосохраняющие операции.

В последние годы в лечении эхинококкоза стали использовать лапароскопическое удаление кист печени, чрескожное пунктирование кист и чрескожное их дренирование [2,7,9], но боязнь обсеменения брюшной полости сдерживает использование этих методов в широком плане.

Цель исследования – представить результаты органосохраняющих операций в лечении эхинококкоза печени.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находилось 162 больных, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек с 2005 по 2015 год включительно. Из них у 91 больного были выполнены органосохраняющие операции (56,2%).

В данном сообщении мы рассматриваем результаты лечения эхинококкоза печени больных, которым выполнены органосохраняющие операции.

Из 91 больной женщин было 56 (61,5%) и мужчин 35 (38,5%), возраст оперированных колебался от 17 до 74 лет, но наибольшее число поступивших было в возрасте от 30 до 50 лет. Сроки болезни пациенты отметили от 2 месяцев до 6 лет, когда впервые появились признаки болезни, а 6 (6,6%) больных

были ранее оперированы по поводу эхинококкоза печени, а к нам поступили с рецидивом.

Основными жалобами были тупая боль в правом подреберье, усиливающаяся после физической нагрузки, снижение аппетита, быстрая утомляемость. Большинство из поступивших ранее обращались к врачам и 28 (30,8%) из них получали лечение по поводу гастрита, гастродуоденита, дискинезии желчных путей и лишь при отсутствии эффекта от лечения им было выполнено УЗИ брюшной полости, установлен эхинококкоз печени и они были направлены на оперативное лечение.

В обследовании больных помимо общеклинического обследования (анамнез, объективное исследование, общий анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки) использовали кожно-аллергическую реакцию Кацони с апирогенным антигеном при первичном эхинококкозе, УЗИ и в сомнительных случаях выполняли компьютерную томографию. Поражение эхинококкозом правой доли было у 68 (74,8%), левой у 20 (21,9 %) и обе доли у 3 (3,2 %) больных. Полученные результаты обрабатывали путем определения относительных показателей. Достоверность вычисляли по таблице Стюдента.

Результаты и их обсуждение

В результате комплексного обследования не осложненная форма эхинококкоза была у 76 (83,5%) больных, нагноившийся эхинококкоз у 8 (8,8%) и разложившийся у 9 (9,9 %) поступивших. С малым размером кист было 3 больных (с диаметром до 5 см), средним 25 (до 10см), большим 60 (до 20 см) и

гигантским у 3 (более 20см) пациентов. Предоперационная подготовка была кратковременной и, в основном, включала инфузионную терапию и в этот период выполняли дополнительные исследования. Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием.

К выбору доступа и методу ликвидации полости фиброзной капсулы подходили строго индивидуально. При локализации кист в правой доле печени – доступ в правом подреберье, в левой доле – верхнесрединный. При выполнении операции стремились строго соблюдать принцип а- и антипаразитарности.

После вскрытия брюшной полости и ревизии вокруг места предполагаемой пункции полость обкладывали салфетками, смоченными озонированным 0,9% раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл или 0,02% раствором «Декасан». После удаления содержимого через эту же пункционную иглу или троакар вводили в полость фиброзной капсулы озонированный раствор или раствор декасан, которые обладают мощным сколексоцидным действием и выдерживали экспозицию 5-6 минут, затем аспирировали раствор из полости фиброзной капсулы и рассекали фиброзную капсулу, удаляли хитиновую оболочку и остатки содержимого, а затем вновь полость повторно обрабатывали этими же сколексоцидными растворами, тщательно осматривали полость кисты для выявления желчных свищей, а затем ликвидировали полость наиболее приемлемым для каждого случая методом. Типы операций и их осложнения даны в таблице.

Таблица - Типы органосохраняющих операций при эхинококкозе печени и характер осложнений

Тип операции	Всего		Из них возникшие осложнения				Всего осложнений
	абс.ч	%	остаточная полость	плеврит	желчеистечение	нагноение раны	
Капитонаж по Дельбе	16	17,6	2				2
Инвагинация	12	13,2	2				2
Частичная перицистэктомия + капитонаж	19	20,9	1				1
Частичная перицистэктомия + абдоминализация	12	13,2		1	1		2
Абдоминализация кисты	13	14,3				1	1
Чрескожная пункция кисты	6	6,6					-
Инвагинация по разработанной нами методике	10	10,9					-
Открытая эхинококкэктомия	3	3,3					-
Всего	91	100,0	5	1	1	1	8 (8,8%)

Ликвидацию полости капитонажем выполняли при кистах средних и больших размерах при податливой стенке полости, а при плотной, швы, как правило, прорезываются и добиться ликвидации полости не удается. При капитонаже в полости всегда оставляли микроиригатор через который осуществляли активную аспирацию.

Инвагинацию выполняли при кистах малых и средних размерах кист и при их краевом располо-

жении, когда вворачиваемая часть фиброзной капсулы обеспечивали полную ликвидацию полости.

При плотной, неподатливой стенке капсулы у 19 (20,9%) больных мы сочетали частичную перицистэктомию с капитонажем. После удаления двух слоев стенки фиброзной капсулы у 12 (13,1%) больных после частичной перицистэктомии полость фиброзной капсулы оставляли открытой и у 13 (14,2%) удалось произвести абдоминализацию полости фиброзной капсулы – при этом максимально иссекали

свободную часть капсулы до печеночной ткани, затем на ее края накладывали гемостатический шов, полость оставляли открытой и к ней подводили касательно дренажи. Проводили осмотр для выявления желчных свищей, при их обнаружении свищи ушивали.

У 10 (10,9%) больных с большими и гигантскими кистами, когда радикальную операцию не позволяло состояние больных, а при использовании капитонажа или инвагинации был большой риск возникновения остаточной полости мы усовершенствовали инвагинационный метод.

Суть метода в следующем: после аспирации содержимого и обеззараживания выступающая стенка кисты над тканью печени крестообразно рассекалась и каждый из образованных 4 лоскутов сворачивался в виде трубки и погружался в полость фиброзной капсулы и фиксировался к краю капсулы, полость дренируем двумя дренажами. При вворачивании этих 4 лоскутов они практически полностью закрывали полость.

У 6 (6,6%) больных с рецидивным эхинококкозом с размерами кист не более 10см в диаметре использован чрескожный пункционный метод лечения эхинококкоза. До пункции выполняли УЗИ, локализацию кисты контурно наносили на кожу и обращали особое внимание на толщину ткани печени расположенной на кисте, прилегающей к брюшной стенке. Пункцию осуществляли при толщине ткани печени не менее 1-1,5см. Под местным обезболиванием под контролем УЗИ выполняли пункцию и удаляли содержимое, после чего в полость вводили сколещидный раствор (0,02% декасан) и выдерживали не менее 5 минут, затем аспирировали содержимое, затем вновь вводили 10мл раствора декасана и иглу извлекали – и вели наблюдение за больными. Через неделю у всех больных при УЗИ полость была значительно меньших размеров в сравнении с размером до пункции. Повышение температуры после пункции не наблюдали и не появлялся болевой синдром.

Через 3 месяца у 3 (3,2%) из 6 (6,6%) больных – определялась остаточная полость небольших размеров (3-4см), а у 3 – полость не определялась. Через 6 месяцев - у одного пациента полость была 1,5см в диаметре, а у остальных полость не выявлялась. Необходимо отметить, что у всех 6 больных была не осложненная форма эхинококкоза.

Анализ результатов органосохраняющих операций показал, что осложнения в послеоперационном периоде были обнаружены у 8 (8,8%) больных. На-

более часто выявляли остаточные полости, по 2 наблюдения после ликвидации полости фиброзной капсулы капитонажем и инвагинации и по одному наблюдению возник плеврит, желчеистечение и нагноение раны. После усовершенствованной нами методике инвагинации ни у одного больного осложнений не отмечено, также после чрескожного пункционного метода осложнений не было.

Таким образом наши наблюдения за больными показали, что органосохраняющие операции должны выполняться с соблюдением всех правил а- и антипаразитарности, предотвращающих рецидив болезни. Выбор метода ликвидации полости фиброзной капсулы должен использоваться строго индивидуально. Чрескожный пункционный метод может выполняться лишь при рецидивном эхинококкозе печени, а также малых и средних размерах эхинококковых кист. Динамическое наблюдение за этой группой больных показало, что риск рецидива не велик.

Литература:

1. Альперович Б.И. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени [Текст] / Б.И. Альперович, Р.В. Сорокин, М.В. Толкаева // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2006. - Том 11, №1. - С. 7-10.
2. Емельянов С.И. Лапароскопическое удаление эхинококковых кист печени [Текст] / С.И. Емельянов, М.А. Хамидов // *Хирургия*. - 2011. - №1. - С. 32-34.
3. Журавлев В.А. Гидатидозный эхинококкоз печени. Вопросы хирургического лечения [Текст]/В.А. Журавлев, В.А. Рисин, Н.А. Щербаков // *Хирургия*. - 2004. - №4. - С. 51-54.
4. Лотов А.Н. Эхинококкоз, диагностика и органосохраняющая хирургия [Текст] / А.Н. Лотов, А.В. Чжао, Н.Р. Черная // *Альманах института хирургии им. Вишневского*. - 2010. - Том 5, №2. - С. 26-36.
5. Скипенко О.Г. Эхинококкоз печени, современные тенденции в хирургической практике [Текст] / О.Г. Скипенко, В.Л. Паршин, Г.А. Шатверли // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2011. - №4. - С. 34-39.
6. Шевченко Ю.Л. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / Ю.Л. Шевченко, С.С. Харнас, А.В. Самохвалов // *Хирургия*. - 2004. - №7. - С. 49-55.
7. Duta C. Percutaneous treatment of the liver hydatid cysts [Text] / C. Duta, C. Lazar, D. Bordos // *JMY*. - 2004. - P. 342-345.
8. Sayek I. Diagnosis and treatment of uncomeplicated hydatid cyst of liver [Text] / I. Sayek, D. Onat // *Wld Y. Surg.* - 2011. - №25. - P. 40-45.
9. Wang X. Clinical treatment of hepatic and abdominal hydatid cyst by percutaneous puncture drainage and ceuretage [Text] / X. Wang, Y. Li, S. Feng // *Scand. J. Gastroenterol.* - 2014. - Vol.241. - P. 50-55.

Рецензент: д.м.н., доцент Авазов Б.А.