

**АНАЛЫК БЕЗ ЖАНА БООР ЭХИНОКОККОЗУНУН РАГЫН ДАРЫЛОО ТАКТИКАСЫ ЖАНА ДАРТ АНЫКТОО  
ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ  
И ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.  
DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OVARIAN CANCER AND LIVER  
ECHINOCOCCOSIS**

**Байбулатов Э.М.  
Baibulatov E.M.**

*Кыргыз республикасынын саламаттыкты сактоо министрлиги онкология улуттук борбору  
Национальный центр онкологии МЗ КР  
Отделение торакальной хирургии*

*National Oncology Center of the Ministry of Health in KR  
Thoracic Surgery Department*

Аналык без жана боор эхинококкозунун рагы менен ооруган адамды радикалдык дарылоонун ийгиликтүү өтүшүнө жүргүзүлгөн байкоонун жыйынтыгы берилди.

Представлено наблюдение, в котором успешным оказалось радикальное лечение больной раком яичников и эхинококкозе печени.

Presenting for your observation an article with successful radical treatment of a patient with ovarian cancer and liver echinococcosis.

Злокачественные новообразования по-прежнему остаются одной из важных медико-социальных проблем. Контингент больных со злокачественными опухолями составляет 1,8% населения нашей страны. Часто основным методом лечения многих злокачественных новообразований органов брюшной полости является хирургический.

В последние годы отмечается тенденция к выявлению у больных сразу нескольких хирургических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

По данным ВОЗ до трети больных в хирургических отделениях имеют по 2-3 сочетанных заболевания. Это, как правило, связано с нежеланием больных оперироваться в более ранние сроки, что приводит к «накоплению» болезней, которые становятся конкурентными. Успехи в анестезиологии, реаниматологии, совершенствование хирургической техники, новые шовные материалы, новые возможности в диагностике заболеваний и предоперационной подготовке таких больных, - все это способствует расширению хирургической помощи и выполнению у них симультанных операций. Преимущество подобных операций заключается в том, что они избавляют больного сразу от 2-3 заболеваний, устраняют риск повторных вмешательств и возможных по-

сле каждого из них послеоперационных осложнений. Не стоит забывать и о положительном экономическом эффекте подобных операций. Особую актуальность вызывает выполнение симультанных операций больным пожилого и старческого возраста, т.к. именно у них чаще всего встречаются сочетанные заболевания. Многим хирургам возраст больных определяется, как одно из основных противопоказаний к выполнению симультанных операций. При этом в современной литературе недостаточно публикаций, отражающих объективные критерии переносимости симультанных операций у пациентов старше 60 лет. Однако проблема раннего выявления и лечения злокачественных новообразований, и конкурирующих с ними этиологически не связанных хирургических заболеваний других органов, на сегодняшний день остается высокоактуальной.

Эхинококкоз представляет собой паразитарное заболевание человека и животных, вызываемое развитие личиночной стадии ленточного гельминта группы цестодозов *Echinococcus granulosus* и характеризующееся поражением печени, легких, селезенки и иногда органов малого таза. Это заболевание продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой во многих странах мира, что в первую очередь связано с

существованием эндемичных районов и большим числом больных. Современная диагностика эхинококкоза нередко является трудновыполнимой задачей, что главным образом обусловлено отсутствием четкой симптоматики заболевания, особенно в раннем периоде его развития. Лабораторные методы исследования при эхинококкозе не являются специфичными и позволяют получить лишь вспомогательную информацию для уточнения диагноза. Узи нашло широкое применение в диагностике эхинококкоза печени и других органов брюшной полости. Высокой разрешающей способностью обладает также КТ, позволяющая определить тонкие изменения внутренних структур печени. Кроме того, КТ дает возможность не только оценить распространенность заболевания на другие органы, но и определить конкретные размеры кист, наличие в кисте дочерних пузырей, состояние внутрипеченочных желчных протоков. Возможность КТ позволяют установить наличие других патологических образований органов брюшной полости и гениталий. Широкие возможности предоперационного исследования определяют дальнейшую тактику лечения при сочетанных заболеваниях. Проблема допустимости одномоментных симультанных операций, показаний и противопоказаний к операциям широко обсуждается в медицинской печати на протяжении 20-25 лет. Одномоментное выполнение вмешательств по поводу различных заболеваний стало возможным главным образом благодаря успехам диагностики, анестезиологии и реаниматологии. Расширение показаний к сочетанным операциям таит в себе ряд особенностей. Во многом это зависит от правильности показаний, установления наиболее рациональной очередности операций, выявления «основного» и случайно найденного заболевания. Все это в полной мере относится к выполнению симультанных операций по поводу эхинококкоза печени и рака яичников.

Хирургическое лечение при эхинококкозе печени является единственным надежным методом, позволяющим добиться клинического выздоровления. Многие вопросы лечения эхинококкоза печени и его осложнений, при сочетанных онкозаболеваниях органов брюшной полости и внутренних половых органов, продолжают оставаться дискуссионными и требуют дальнейшего изучения. В литературе отсутствует критерий выбора тактики оперативного доступа при хи-

рургическом лечении эхинококкоза печени, раке яичников и заболевания червеобразного отростка.

Эхинококкэктомия может быть выполнена как основное вмешательство открытым и закрытым способами. В настоящее время термину «открытая эхинококкэктомия» больше соответствует операция, заканчивающаяся дренированием полости фиброзной капсулы. Закрытая эхинококкэктомия осуществляется в нескольких вариантах: без резекции фиброзной капсулы, с частичной резекцией капсулы, с резекцией печени и полным удалением капсулы. Ликвидация полости фиброзной капсулы после удаления эхинококкового пузыря-капитонаж - необходима для профилактики нагноения остаточной полости, билиарных наружных свищей.

Мы наблюдали больную К., 70 лет, поступившую в НЦО, с жалобами на боли внизу живота, выделения из половых путей, тошноту, рвоту и дискомфорт в эпигастрии. Больной себя считает в течении двух лет. больная обратилась в ЦСМ по месту жительства, для дальнейшего лечения и дообследования направлена в НЦО. При УЗИ и КТ органов брюшной полости была обнаружена опухоль яичников, многокамерная эхинококковая киста, охватывающая правую долю печени, сочетающаяся с вовлечением в процесс желчного пузыря, воспалением аппендикса и наличием одного эхинококкового пузыря размером 2\*3 см в дугласовом пространстве позади матки.

После предоперационной подготовки больная в плановом порядке была прооперирована. Возраст больной, сопутствующие возрастные изменения, тяжесть конкурирующей патологии явились показанием к выполнению операции по устранению всех выявленных заболеваний с использованием срединного лапаротомного доступа: эхинококкэктомия из печени закрытым способом с частичным иссечением фиброзной капсулы, ушиванием двух желчных свищей диаметром 0,2см рассасывающимися нитями, обработки остаточной полости и ее капитонажа; холецистэктомии, аппендэктомии, удалением эхинококкового пузыря, находящегося в дугласовом пространстве с максимально возможным иссечением фиброзной капсулы, надвлагалищной ампутацией матки. С учетом больших размеров эхинококковых кист печени (6\*10см и 4\*8см) в подпеченочном пространстве на всем его протяжении было оставлено два дренажа, концы которых были выведены через контрапертуру. На

4-е сутки после операции по дренажам, оставленным в подпеченочном пространстве, стала выделяться желчь в количестве 159мл в сутки. Во время ежедневных перевязок послеоперационной раны трубки промывали антисептическим раствором. На 20-е сутки после операции количество выделением желчи по дренажам уменьшилось до 20-30мл в сутки. На 40 сутки после операции желчеистечение по дренажам прекратилось. При контрольном УЗИ органов брюшной полости в проекции дренажных трубок скопление желчи не обнаруживалось. Дренажные трубки удалены, послеоперационная рана зажила первичным натяжением, больная выписана домой.

Использованный комплекс обследования и предоперационной подготовки больных, выбор оптимального операционного доступа и анестезии позволили произвести одновременно несколько сочетанных операций. Одним из важных моментов решения этого вопроса является оценка степени операционного риска. При учете степени риска мы воспользовались классификацией, разработанной акад. РАМН Н.Н. Малиновским. Данная классификация наиболее удобна в практической хирургии при выполнении больших по объему и сложности симультанных операций.

Степень операционного риска сочетанных хирургических и гинекологических вмешательств мы определяли на основе 4 факторов:

- Объема и травматичности операций,
- Наличия и характера сопутствующего заболевания,
- Возраста больного,
- Выбора оптимального и управляемого вида анестезии,
- Особенности онкологического заболевания.

В онкохирургии определение последовательности этапов симультанных операций имеет свои особенности и отличия от такового при поэтапных операций, выполняемых традиционным способом. Общим принципом является первоначальное выполнение вмешательства на менее инфицированном органе или там, где выше вероятность конверсии доступа.

Одним из важных этапов любого симультанного вмешательства является выполнение обзорной лапаротомии, которая позволяет выявить и произвести хирургическую коррекцию конкурирующих заболеваний, не диагностированных в

предоперационном периоде.

Симультанные вмешательства являются методом выбора при сочетанных хирургических заболеваниях. Они позволяют избежать повторных хирургических вмешательств, повысить адекватность лечения и улучшить качество жизни пациентов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев А.Г., Мовчун А.А., Агаев Р.М. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков. Хирургия 2005; 2:38-42
2. Ахмедов И.Г. Резидуальные фиброзные образования после эхинококкэктомии и их клиническое значение. Вестн хир 2006; 165 1:27-33
3. Байдаев А.Б. диагностика и лечение эхинококкоза печени. Актуальные проблемы хирургии М 1998; 131.
4. Гадзира А.Н. Симультанные операции с хирургическими заболеваниями надпочечника: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань 2006.
5. Иванов С.А. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени: Дис. канд. мед. наук. М 2002; 119.
6. Исалиев А.М. Современная тактика хирургического лечения эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути. Актуальные проблемы хирургии печени и билиопанкреатодуоденальной зоны. М 1991; 92-96.
7. Малиновский Н.Н. и др. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике. Хирургия 1983 № 12: 63-68
8. Маховский В.З. Одномоментные сочетанные операции в неотложной и плановой хирургии. Изд. 2-е. Ставрополь 2006; 240.
9. Alonso C O, Moreno G.E. Hepatogastroenterology 2001; 48; 235-243.
10. Biava M.F., Dao A. World J Surgery 2001; 25: 10-14.
11. Жидков С.А. «Выполнение сочетанных операций у лиц старше 60 лет» Клиническая геронтология. – 203. -№ 9. –с. 98.
12. Магдиев Т.Ш., Северинко Н.В. «Сочетанные операции в абдоминальной хирургии». Хирургия – 1999. -№6. – с. 54-55.
13. Ратнер Г.Л., Ардабьев О.В., Лебедев С.Ю., Макаров П.А., Сидоров О.В. Показаны и симультанные операции у больных пожилого и старческого возраста. Клиническая геронтология – 1998 -№4. – с.29-32.