

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ И ИХ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Р.М. Баширов

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Эхинококкоз человека продолжает оставаться тяжелым паразитарным заболеванием, имеющим тенденцию к росту во многих странах мира, том числе и в Кыргызской Республике. Больные зачастую обращаются на поздних стадиях заболевания при кистах больших размеров и когда уже возникают осложнения. Существуют множество методов оперативного лечения эхинококкоза печени. Большинство исследователей делят операции при эхинококкозе на органосохраняющие и радикальные. Радикальные операции сложны, более травматичны, выполняются в специализированных клиниках и требуют высокой квалификации хирурга, поэтому наиболее часто применяются органосохраняющие операции при эхинококкозе печени. Несмотря на достижения в оперативном лечении эхинококкоза печени, органосохраняющие операции занимают большой удельный вес. В данной статье приведены результаты оперативного лечения осложненных и неосложненных форм эхинококкоза в зависимости от методов ликвидации полости фиброзной капсулы во время операции. К органосохраняющим операциям мы относили все операции, при которых сохраняется фиброзная капсула полностью, либо частично. Данная методика нами была применена у 156 (65,5%) из 238 больных с первичным эхинококкозом печени. По усовершенствованным нами методам были оперированы 82 (34,5%). Приведена частота встречаемости различных осложнений (остаточная полость, желчеистечение, кровотечение) после эхинококкэктомии печени, как после традиционных способов ликвидации полости фиброзной капсулы, так и после усовершенствованных нами способов органосохраняющих операций. У больных, которым производили ликвидацию полости разработанными и усовершенствованными нами методами, осложнения в послеоперационном периоде были минимальны по сравнению с традиционными органосохраняющими операциями и достоверно отличались.

Ключевые слова: эхинококкоз, остаточная полость, перицистэктомия, абдоминализация, профилактика.

БООРДУН ЭХИНОКОККОЗУНДА ОРГАНДАРДЫ САКТООЧУ ОПЕРАЦИЯ ЖАНА АНЫ ЖАКШЫРТУУ

Р.М. Баширов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Комбустиология курсу менен жалпы хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Адамдын эхинококкозы олуттуу мите оору бойдон калууда, ал дүйнө жүзү боюнча көптөгөн өлкөлөрдө, анын ичинде Кыргыз Республикасында да көбөйүүдө. Оорулуулар көбүнчө чоң кисталар жана татаалдашуулар менен оорунун акыркы стадиясында келишет. Боор эхинококкозун хирургиялык дарылоонун көптөгөн ыкмалары бар. Көпчүлүк изилдөөчүлөр эхинококкозго жасалган операцияларды органды сактоочу жана радикалдуу деп бөлүшөт. Радикалдуу операциялар татаал, травматикалык, адистештирилген клиникаларда жасалат жана жогорку квалификациялуу хирургдарды талап

кылат. Ошондуктан боор эхинококкозуна органды сактоочу операциялар көбүнчө колдонулат. Боор эхинококкозун хирургиялык дарылоодогу жетишкендиктерге карабастан, органдарды сактап калуучу операциялар эң кеңири таралганы бойдон калууда. Бул макалада эхинококкоздун татаал жана татаал эмес формаларын хирургиялык дарылоонун натыйжалары, операция учурунда фиброздук капсула көндөйүн жок кылуу үчүн колдонулган ыкмаларга жараша берилген. Органды сактоо операциялары фиброздуу капсуланы толук же жарым-жартылай сактап калган бардык операциялар катары аныкталат. Биз бул ыкманы боордун эхинококкозу менен ооруган 238 бейтаптын 156сында (65,5%) колдондук. Биздин жакшыртылган ыкмаларыбыз менен 82 (34,5%) операция жасалган. Боор эхинококкоктомиясынан кийин ар кандай кыйынчылыктардын (калдык көндөй, өттүн агып чыгышы, кан агуулар) пайда болушу фиброздуу капсула көндөйүн жоюунун салттуу ыкмаларынан кийин да, органды сактоо боюнча жакшыртылган операциялардан кийин да келтирилген. Биздин иштелип чыккан жана өркүндөтүлгөн методдорубуздун жардамы менен көндөйлөрдү жок кылуудан өткөн пациенттерде операциядан кийинки татаалдыктар салттуу органдарды сактоочу операциялардан кийинкиге салыштырмалуу минималдуу болгон жана бир кыйла айырмаланган.

Негизги сөздөр: эхинококкоз, калдык көндөй, перицистэктомия, абдоминация, профилактика.

OPTIMIZATION OF METHODS FOR THE PREVENTION OF RESIDUAL CAVITY AFTER ECHINOCOCECTOMY

R.M. Bashirov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of general surgery with a course in combustiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. Human echinococcosis remains a serious parasitic disease, with an increasing incidence in many countries worldwide, including the Kyrgyz Republic. Patients often present in the late stages of the disease with large cysts and complications. There are numerous surgical treatment methods for liver echinococcosis. Most researchers classify surgeries for echinococcosis as organ-preserving and radical. Radical surgeries are complex, more traumatic, performed in specialized clinics, and require highly qualified surgeons. Therefore, organ-preserving surgeries for liver echinococcosis are most commonly used. Despite advances in the surgical treatment of liver echinococcosis, organ-preserving surgeries remain the most common. This article presents the results of surgical treatment of complicated and uncomplicated forms of echinococcosis, depending on the methods used to eliminate the fibrous capsule cavity during surgery. Organ-preserving surgeries are defined as all surgeries that completely or partially preserve the fibrous capsule. We used this technique in 156 (65.5%) of 238 patients with primary liver echinococcosis. Eighty-two (34.5%) were operated on using our improved methods. The incidence of various complications (residual cavity, bile leakage, bleeding) after liver echinococcectomy is presented, both after traditional methods of fibrous capsule cavity elimination and after our improved organ-preserving surgeries. In patients who underwent cavity elimination using our developed and improved methods, postoperative complications were minimal compared to those after traditional organ-preserving surgeries and significantly differed.

Key words: echinococcosis, residual cavity, pericystectomy, abdominalization, prevention.

Введение. Несмотря на множество разработанных методов профилактики, эхинококкоз в Кыргызской Республике остается эндемической патологией, основным методом лечения которого является оперативный. Наряду

с ростом эхинококкоза увеличивается и частота остаточных полостей, что зачастую зависит от способа обработки паразитарных кист, полноты ликвидации полости фиброзной капсулы и адекватного ведения в послеоперационном

периоде. Разработка более совершенных и оптимальных методов ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии печени является актуальной проблемой. Одним из наиболее сложных и ответственных этапов завершения операции эхинококкэктомии является ликвидация полости фиброзной капсулы. После удаления содержимого эхинококковой кисты и обработки полости фиброзной капсулы противопаразитарными препаратами, в зависимости от локализации, размера и состояния кисты, используются органосохраняющие или радикальные методы хирургического лечения [1,2]. Наиболее часто используются традиционные органосохраняющие операции, такие как капитонаж и инвагинация [2,3,4].

После органосохраняющих операций послеоперационный период не редко осложняется формированием остаточной полости с последующим нагноением, с частотой от 8 до 29% [5,6]. При наложении швов при капитонаже и инвагинации не всегда достигается плотное соприкосновение стенки фиброзной капсулы из-за деформации и плотности стенок, поэтому в щелях накапливается жидкость, которая нагнаивается [7,8]. Кроме того, наложенные швы могут прорезываться, в следствии чего также формируется остаточная полость, а при ее нагноении требуется повторное оперативное вмешательство, что и является основанием для разработки более рационального метода ликвидации полости фиброзной капсулы [9,10,].

Цель: оптимизация методов органосохраняющего хирургического лечения эхинококкоза печени для улучшения клинических исходов.

Материал и методы исследования. Приведены исходы хирургического лечения у 323 пациентов с гидатидозным эхинококкозом печени в хирургических отделениях ГКБ №1 г. Бишкек с 2013 по 2018 года.

В определении характера заболевания и оценки лечения применяли клинические, физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования. Степень достоверности была вычислена с помощью *t*-критерия Стьюдента.

В обследовании, помимо общего анализа крови, исследовали функциональное состояние печени и почек по общепринятым методикам (билирубин, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, общий белок, мочевины, креатинин) до операции, на 3-4

сутки после операции и к моменту выписки из стационара (на 8-9 сутки).

Дооперационно и в послеоперационном периоде применялось ультразвуковое исследование (УЗИ). В случаях диагностических затруднений дополнительно выполнялись компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), преимущественно при рецидивных формах кистах, когда необходима была дифференциальная диагностика между рецидивом эхинококкоза и наличием остаточной полости.

Результаты. С первичным эхинококкозом печени поступило 258 (79,9%) и рецидивом 65 (20,1%). Мужчин было 145 (44,9%), женщин – 178 (55,1%). Возраст колебался от 16 до 80 лет. Кисты локализовались в правой доле печени у 258 (79,9%) пациентов, в левой доле у 55 (17,0%) и поражение обеих долей наблюдалось у 32 (9,9%), а у 27 (8,3%) диагностирована распространенная форма эхинококкоза.

Из 323 больных у 238 (73,7%) были выполнены органосохраняющие операции, а у 85 (26,3%) радикальные методы операции. Из 238 больных у 156 (65,5%) пациентов применяли традиционные методы ликвидации полости фиброзной капсулы путем инвагинации, капитонажа, оментопластики – это были группы сравнения. Основную группу составили 82 (34,5%) пациентов, которым операции выполнялись по усовершенствованной нами методике: абдоминализация с подшиванием к оставшейся полости фиброзной капсулы пряди сальника на ножке (кыргызпатент №845 от 30.12.2005 г.), а также частичной перицистэктомии с наложением непрерывных «П» образных швов (кыргызпатент №2382 от 29.03.2024 г) [11,12].

Чтобы можно было оценить использование разработанных мер профилактики осложнений нами были выделены две группы: это группа сравнения (пациенты, у которых в лечении использованы традиционные органосохраняющие операции) и основная группа (у которых применяли усовершенствованные нами органосохраняющие методы ликвидации полости фиброзной капсулы).

В таблице приведены основные полученные результаты и характер осложнений после традиционных и усовершенствованных нами методов эхинококкэктомии в зависимости от способов ликвидации полости фиброзной капсулы у пациентов с первичным эхинококкозом.

Таблица – Органосохраняющие операции при эхинококкозе печени и характер осложнений

Группы	Способ ликвидации фиброзной капсулы	Всего абс. число (%)	Из них возникло осложнений				Всего осложнений
			Остаточ. полость	Желче-истечение	Крово-течение	Поддиафр. абсцесс	
Группа сравнения n-156	Капитонаж по Дельбе	39 (25%)	3	2	0	0	5
	Инвагинация	41 (26,3%)	5	1	1	0	7
	Абдоминализация	50 (32,1%)	3	1	0	0	4
	Дренирование	26 (16,7%)	5	2	0	1	8
	Всего	156 (100%)	16 (11,7%)	6 (4,4%)	1 (0,7%)	1 (0,7%)	24 (17,5%)
Основная группа n-82	Абдоминализация с подшиванием пряди сальника	53 (64,6%)	1	1	1	0	3
	Перицистэктомия с наложением непрерывных П-образных швов	29 (35,4%)	1	0	0	0	1
	Всего	82 (100%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)	0	4 (4,9%)

Важнейшим этапом завершения операции является ликвидация полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии. При этом были использованы открытые и закрытые методы эхинококкэктомии.

Из 156 пациентов с эхинококкозом в послеоперационном периоде у 16 возникли остаточные полости. Наиболее часто остаточные полости наблюдались после дренирования с активной аспирацией – у 8 (5,1%). После применения методики капитонажа и абдоминализации также возникли остаточные полости у 2-х пациентов. В послеоперационном периоде эти пациенты находились под динамическим наблюдением.

По усовершенствованному нами методу было прооперировано 82 пациента. В послеоперационном периоде только у 4 (4,9%) были осложнения, в динамике остаточных полостей не наблюдалось.

Сущность нашего метода частичной перицистэктомии с подшиванием пряди сальника на ножке к оставшейся части фиброзной капсулы заключается в том, что после аспирации содержимого и обеззараживании, свободная часть капсулы иссекалась и производилась абдоминализация оставшейся полости фиброзной капсулы, а при обнаружении желчных свищей П-образно ушивали с подшиванием пряди сальника на ножке. Данную методику мы использовали при невозможности выполнения ликвидации полости из-за угрозы повреждения сосудов, расположенных позади печени и у больных, у

которых состояние не позволяло выполнить радикальную операцию. Данную методику применяли при расположении 1/3 кисты вне паренхимы печени. При расположении 2/3 кисты вне паренхимы печени применяли нами усовершенствованная методика частичной перицистэктомии с наложением непрерывных П-образных швов. При этом производили частичную перицистэктомию свободных краев фиброзной капсулы. Оставшуюся часть полости фиброзной капсулы ликвидировали путем наложения непрерывных П-образных швов поэтапно.

Обсуждение. Из 156 больных, оперированных традиционным органосохраняющим методом, у 41 пациента выполнен классический способ инвагинации, из них у 5 возникли осложнения в виде остаточной полости, по 1 – кровотечение, желчеистечение. В тоже время при проведении операции усовершенствованным нами способом лишь у одного была выявлена остаточная полость небольших их размеров (2х1,5 см) и у одного послеоперационный период осложнился кровотечением.

Дренирование с активной аспирацией выполнено у 26 больных. Послеоперационные осложнения возникли у 8 больных, у 5 нагноение остаточной полости, у двоих биллома (желчное содержимое). Гнойную жидкость удалось эвакуировать при помощи чрескожного дренирования под контролем УЗИ. Кровотечение было у одного больного в послеоперационном периоде, которое было остановлено путем проведения консервативной терапии.

У 50 больных выполнена частичная перицистэктомия с абдоминализацией полости фиброзной капсулы. В послеоперационном периоде у 3 возникли остаточные полости. У 2 из них полости небольших размеров, до 5 см. Пациенты находились под динамическим наблюдением, исход благоприятный. У одного пациента с большой остаточной полостью (8,3 см) с признаками нагноения было произведена релапаротомия, вскрытие и дренирование остаточной полости.

В лечении кист печеночной локализации нашел применение и метод капитонажа по Дельбе (39 чел. – 25%), и в 3 случаях в послеоперационном периоде возникли остаточные полости.

У 53 пациентов основной группы с эхинококкозом печени производили частичную перицистэктомию свободных краев фиброзной капсулы, а к оставшейся части полости подводили прядь большого сальника, которую подшивали ко дну и по краям фиброзной капсулы. Послеоперационный период проходил без осложнений, у одного больного выявлена небольших размеров остаточная полость 3 см которая в динамике облитерировалась.

Нами выполнен анализ частоты осложнений у больных в основной группе, в который

выполнены усовершенствованные нами методики, при котором производили частичную перицистэктомию с наложением непрерывных П-образных швов для ликвидации оставшейся полости фиброзной капсулы. Данная методика была применена у 29 пациентов. В послеоперационном периоде у одного выявлена остаточная полость небольших размеров до 3 см, без признаков нагноения. Проводили динамическое наблюдение с благоприятным исходом.

Из 156 больных которым производились традиционные методы операции осложнения возникли у 24 оперированных, что составило 17,5%, в то же время, как в основной группе, которых оперировали по усовершенствованным нами методами из 82 оперированных осложнения возникли у 4, что составило 4,9%. Различия между группами достоверны ($P < 0,001$).

Выводы. При традиционных органосохраняющих методах эхинококкэктомии отмечается высокий процент формирования остаточной полости и других осложнений, а применение усовершенствованных методов лечения эхинококкоза печени позволило снизить частоту осложнений в 2,5 раза.

Благодарности. Как автор статьи выражаю благодарность коллективу городской клинической больницы №1 за помощь в предоставлении материала для исследования.

Финансирование. Самофинансирование.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Павлюк Г.В., Бужор П.В., Морару В.А. Эхинококкоз печени – перицистэктомия или эхинококкэктомия. Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск; 2016:305-306. [Pavlyuk GV, Buzhor PV, Moraru V.A. Echinococcosis of the liver - pericystectomy or echinococcectomy. Actual problems of hepatopancreatobiliary surgery. Minsk; 2016: 305-306. (In Russ.)].
2. Abdelraouf A, Boraii S, Elgohary H, et al. Evaluation of packing the residual cavity after total or partial cyst resection in management of hepatic hydatid cystic disease. *J Egypt Soc Parasitol.* 2016;46(2):453–460. PMID: 30152955
3. Borham MM. Comparison between omentoplasty and partial cystectomy and drainage (PCD) techenques in surgical management of hydatid cysts liver in endemic area (Yemen). *J Egypt Soc Parasitol.* 2014;44(1):145-150. <https://doi.org/10.12816/0006454>
4. Harutyunyan H., Barseghyan H., Voskanyan A., Harutyunyan A.A., Chopikyan A.S., Tadevosyan A.E. Current approaches in the treatment of liver hydatid echinococcosis. *Euroasian Health Journal.* 2024;2:90-96. <https://doi.org/10.54890/1694-8882-2024-2-90>
5. Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С., Левкин В.В. Принципы и современные тенденции лечения эхинококкоза печени. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2017; 12:90–94. [Musaev G.K., Fatyanova A.S., Levkin V.V. Principles and modern trends in liver echinococcosis treatment. *Khirurgiia.* 2017;12:90–94. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20171290-94>

6. Чжао А.В., Усманов У.Д., Ботиралиев А.Ш. Множественный двухсторонний эхинококкоз печени. *Экономика и социум*. 2022;5-1(96):1092-1150
7. Пантелеев В.С. Анализ ранних и отдаленных результатов различных вариантов ликвидации остаточной полости печени после эхинококкэктомии. *Креативная хирургия и онкология*. 2018;8(3): 203-207. [Vladimir S. Panteleyev Analysis of Early and Distant Results of Various Options for Eliminating the Residual Liver Cavity Following Echinococcectomy. 2018.8(3):203-207. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-3-203-207>
8. Мусаев А.И., Айтназаров М.С., Касыев Н.Б., Абдисаматов Б.С. Способ обеззараживания при эхинококкозе печени. Патент на изобретение №1925 от 17.06.2016. [Musaev A.I., Aitnazarov M.S., Kasyev N.B., Abdysamatov B.S. A method of disinfection for liver echinococcosis. Patent for invention No. 1925 dated 06/17/2016. (In Russ.)].
9. Deo KB, Kumar R, Tiwari G, Kumar H, Verma GR, Singh H. Surgical management of hepatic hydatid cysts - conservative versus radical surgery. *HPB (Oxford)*. 2020;22(10):1457-1462. <https://doi.org/10.1016/j.hpb.2020.03.003>
10. Macin S, Samadzade R. Investigation of Direct Microscopy and Indirect Hemagglutination Test Results in the Diagnosis of Echinococcus granulosus in Selçuk University Hospital. *International Journal of Echinococcoses*. 2022;1(2):33-7. <https://doi.org/10.5455/IJE.2022.02.04>
11. Мусаев А.И., Баширов Р.М. Способ ликвидации полости фиброзной капсулы эхинококкоза печени. Патент на изобретение №845 от 30.12.2005. [Musaev A.I., Bashirov R.M. Method for eliminating the fibrous capsule cavity in liver echinococcosis. Patent for invention No. 845 dated April 30, 2005. (In Russ.)].
12. Касыев Н.Б., Баширов Р.М. Способ ликвидации полости фиброзной капсулы эхинококкоза печени. Патент на изобретение № 2382 от 29.03.2024. [Kasiev N.B. Bashirov R.M. Method for eliminating the fibrous capsule cavity in liver echinococcosis. Patent for invention No. 2382 dated March 29, 2024. (In Russ.)].

Сведения об авторе

Баширов Расул Мамедович – к.м.н., доцент кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. ORCID ID: 0000-0002-3605-5113, e-mail: bashirovrasul@mail.ru

Для цитирования

Баширов Р.М. Органосохраняющие операции и их усовершенствование при эхинококкозе печени. *Евразийский журнал здравоохранения*. 2025;3:93-98. <https://doi.org/10.54890/1694-8882-2025-3-93>