



Современные тенденции в оперативном лечении эхинококкоза печени

Нурбек Касыев*

Кандидат медицинских наук, доцент

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
720020, ул. Ахунбаева, 92, г. Бишкек, Кыргызская Республика
<https://orcid.org/0000-0002-3297-3558>

Мыктыбек Айтназаров

Доктор медицинских наук, доцент

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
720020, ул. Ахунбаева, 92, г. Бишкек, Кыргызская Республика
<https://orcid.org/0000-0001-5883-5367>

Кубатбек Жолдошев

Аспирант

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
720020, ул. Ахунбаева, 92, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация. Выбор оптимального метода хирургического лечения эхинококкоза печени продолжает оставаться предметом дискуссий в хирургическом сообществе. Несмотря на исторически сложившийся приоритет органосохраняющих подходов, в последние годы активно развиваются и внедряются в клиническую практику радикальные методы хирургического вмешательства на печень. Целью исследования являлся анализ непосредственных и отдаленных результатов применения органосохраняющих и радикальных оперативных вмешательств при эхинококкозе печени. Обследовано 362 больных с гидатидозным эхинококкозом печени. Из них первичным эхинококкозом было 302 (75,8 %), рецидивным – 60 (24,2 %). Мужчин было 179 (49,5 %), женщин – 183 (50,5 %). Традиционные оперативные вмешательства произведены у 232 (64,1 %) пациентам с эхинококкозом печени. При традиционной эхинококкэктомии послеоперационная летальность составила 0,9 %, послеоперационные осложнения развились у 47 больных, что составило 20,3 %, рецидивы заболевания отмечены у 11 (4,7 %) больных. Наиболее часто наблюдалась остаточная полость после эхинококкэктомии у 29 (12,4 %) пациентов, в том числе нагноение остаточной полости отмечено у 10 (4,3 %) больных. Радикальное хирургическое лечение эхинококкоза печени было произведено у 130 больных, из них 2 (1,5 %) были с летальным исходом. После радикальных операций специфические осложнения отмечались у 18 больных, что составило 13,8 %. Наиболее частыми осложнениями были геморрагические и билиарные осложнения, которые выявлены у 9 больных. Внутривнутрибрюшные кровотечения были у 5 больных, из них у 4 оно было менее интенсивным и кровотечение было остановлено после проведенной гемостатической терапии, а у одного больного проведена операция релапаротомия и остановка кровотечения произведена в ранние сроки после операции. Печёночная недостаточность развилась у двух больных, которым проведены резекция печени и сочетанные операции, которые удалось скоррегировать медикаментозным лечением. Радикальные операции с удалением фиброзной капсулы со всеми перикистозными тканями печени (перицистэктомия и резекция) способствуют улучшению ближайших и отдалённых результатов хирургического лечения эхинококкоза

Ключевые слова: эхинококкоз; обеззараживание; эхинококкэктомия; резекция; перицистэктомия; профилактика рецидива

Suggested Citation:

Kasyev N, Aytazarov M, Zholdoshev K. Current trends in surgical treatment of liver echinococcosis. Eurasian Health J. 2025;17(4):142-152. DOI: 10.54890/1694-8882-2025-4-142

*Corresponding author



Введение

Несмотря на достигнутые успехи в лечении эхинококкоза печени, проблема эхинококкоза остается актуальной в Средней Азии, в том числе в республике Кыргызстан [1,2]. Нет единого мнения по выбору оперативных доступов и тактики лечения данного заболевания [3,4]. В последние годы, наряду с традиционными методами лечения с сохранением фиброзной капсулы, широко стали внедряться радикальные методы хирургического вмешательства на печень [5-7]. Окончательное решение о хирургической тактике принимали на основании лапаротомии и ревизии брюшной полости.

Характер и объем оперативных вмешательств определяли с учетом локализации, размеров, стадии развития заболевания и общего состояния больных. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени оценивали по количеству послеоперационных осложнений, летальности, наличию рецидивов и остаточной полости. По данным литературы, частота рецидивов после хирургического лечения эхинококкоза колеблется в пределах от 4,5-49,5 %, а нагноение остаточных полостей 15-20 % [8,9].

Рецидив развивается после неполного удаления паразита, его сколексы могут оставаться в фиброзной капсуле или проникать в глубины ткани печени. Следовательно, удаление фиброзной капсулы является одним из основных направлений для профилактики рецидива заболевания. Следовательно, из вышеизложенного представляется актуальным выбор вида радикальной операции при эхинококкозе печени для профилактики послеоперационных осложнений и рецидива болезни. Целью исследования был анализ непосредственных и отдаленных клинических исходов при применении органосохраняющих и радикальных хирургических методов лечения эхинококкоза печени.

Материалы и методы

Исследование выполнено на кафедре хирургии общей практики с курсом комбустиологии Кыргызской Государственной Медицинской Академии (КГМА) на базе Городской клинической больницы №1 (ГКБ №1) г. Бишкек. В ретроспективное исследование были включены пациенты, находившиеся на стационарном лечении в хирургических отделениях ГКБ №1 в период с 2015 по 2023 гг. с верифицированным диагнозом гидатидного эхинококкоза печени, установленным на основании комплекса клинических, инструментальных (УЗИ, СКТ) и иммунологических (ИФА, ИХЛ) методов.

Исследование проводилось в соответствии с положениями Хельсинкской декларации. Всего в исследование включено 362 пациента с гидатидным эхинококкозом печени. Из них с первичным эхинококкозом было 315 (87,1 %) пациентов, с рецидивным – 47 (12,9 %). Мужчин – 182 (50,3 %),

женщин – 180 (49,7 %). Возраст больных варьировал от 20 до 72 лет. В основном в группе были пациенты в возрасте от 20 до 55 лет (59,7 %). Давность заболевания варьировалась от 6 месяцев до 5 лет и более.

Солитарные кисты выявлены у 328 (90,6 %) больных, множественные у 41 (9,4 %). С сочетанными формами эхинококкоза печени других органов были 17 (4,5 %) пациентов. Среди больных правая доля поражена в 262 (72,4 %) наблюдениях, левая – 62 (17,1 %), обе доли – 38 (10,5 %). Размер эхинококковых кист варьировал от 2 см до 15 см в диаметре и более. Малые размеры кист до 5 см были у 29 (7,6 %) пациентов, средние от 5 см до 10 см в диаметре – у 165 (43,5 %), большие кисты – у 150 (39,6 %) и гигантские кисты от 15 см в диаметре и более у 35 (9,2 %) пациентов. Большинство из них (92,3 %) были в диаметре до 15 см.

С целью антипаразитарной обработки полости фиброзной капсулы были использованы гипертонический раствор у 120 (33,1 %), озонированный раствор у 51 (14,1 %), декасан 35 (9,7 %) и раствор димексида у 156 (43,1 %). Всем больным был проведен комплекс клинических и лабораторно-инструментальных исследований, помимо общеклинического исследования (общий анализ крови, мочи, печеночные тесты, электрокардиография (ЭКГ), флюорография (ФЛГ), использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) до операции, в момент ее выполнения и при выписке и иммунологические тесты (внутрикожные аллергические реакции (ВАР), иммуноферментный анализ (ИФА), иммунохемилюминесценция (ИХЛ). При необходимости для уточнения локализации кисты, в отношении крупных сосудов и желчных путей использовали спиральную компьютерную томографию (СКТ) с болюсным контрастным усилением и интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ).

В выборе способов оперативного лечения эхинококкоза печени использовали: традиционные методы с сохранением фиброзной капсулы – 234 (61,7 %) и радикальные операции – 145 (38,3 %). Чаще всего применялась верхнесрединная лапаротомия с учетом по сегментарной локализации кисты левой доли печени. Стандартные абдоминальные доступы (Феодорова, Кохера, Черни) применяли при кистах, расположенных в зоне 4-6 сегментов печени. Торакоабдоминальный доступ был использован при кистах, расположенных в поддиафрагмальных и задних сегментах печени (8 сегменте).

Результаты

Выбор метода лечения эхинококкоза печени зависит от локализаций, количества и размеров паразитарных кист, характера осложнений и тяжести состояния больных. В ликвидации полости

фиброзной капсулы при органосохраняющих операциях использовали 4 вида оперативных вмешательств. Ликвидация остаточной полости проводилась у 48 (20,0 %) случаев по методике Дельбе с оставлением дренирующего микроирригатора. Метод инвагинации фиброзной капсулы произвели у 53 (24,3 %) больных эхинококкозом печени, а у 19 больных по методике разработанной клиникой. В 39 случаях для ликвидации остаточной полости использован метод оментопластики по Аскерханову. Данная методика в основном была показана при глубоко расположенных эхинококковых кистах, при больших размерах кист с толстой деформированной стенкой фиброзной капсулы, когда невозможно было ликвидировать другими методами. При локализации больших эхинококковых кист в поддиафрагмальной поверхности печени у 33 (15,2 %) пациентам произведена эхинококкэктомия с парциальной перицистэктомией и абдоминализацией остаточной полости. Данная методика была применена авторами при небольших неосложненных кистах, не имеющих желчных свищей.

Послеоперационные осложнения развились у 44 больных, что составило 20 %. Наиболее часто специфические осложнения наблюдали после устранения остаточной полости по методике капитонажа по Дельбе (36,4 %), затем после дренирования (22,7 %), инвагинационного метода (18,2 %) и парциальная цистоперицистэктомия (ЦПЭ) с абдоминализацией (13,6 %). Среди послеоперационных осложнений часто наблюдались осложнения, связанные с формированием остаточной полости (ОП) – у 20 (45,5 %) больных, нагноением остаточной

полости у 8 (18,2 %) больных. На взгляд авторов данной работы, причиной образования ОП явилось негерметичное ушивание полости фиброзной капсулы из-за неадекватного ее дренирования, а также прорезывания швов при неподатливой стенке фиброзной капсулы при капитонаже по Дельбе, инвагинационном методе. В 6 случаях было произведено чрескожное дренирование ОП под контролем УЗИ, а у двух больных произведена операция – релапаротомия и дренирование остаточной полости, в связи с безуспешностью малоинвазивного вмешательства.

У 4 пациентов после операции возник наружный желчный свищ, во всех случаях желчеистечение закрылось самостоятельно в течение 2-5 недель. Послеоперационные кровотечения развились у 3 пациентов, в двух случаях кровотечение остановлено консервативно, у одного проведено релапаротомия. У 6 больных отмечены реактивный плеврит после эхинококкэктомии поддиафрагмальной поверхности печени, во всех случаях проведена пункция плевральной полости и дренирование по Бюлау. Отдаленные результаты оперативного лечения в сроке от 1 года до 5 лет – под наблюдением находилось 169 (88,9 %) пациентов. Рецидив заболевания выявлен у 8 больных (4,7 %), а именно, после капитонажа (у 2), инвагинации (у 1), дренирования (у 2), парциальной ЦПЭ с абдоминализацией (у 2), оментопластики (у 1). Умерла 1 больная от острой сердечной недостаточности. В радикальном лечении эхинококкоза использовали 4 вида оперативного вмешательства (Таблица 1).

Таблица 1. Распределение видов радикальных операций

Вид оперативного вмешательства	Количество больных	Удельный вес (%)
Резекция печени (анатомическая или атипическая)	40	30,7 %
Идеальная эхинококкэктомия (удаление кисты без повреждения фиброзной капсулы)	29	22,3 %
Субтотальная перицистэктомия (удаление кисты с частичной резекцией фиброзной капсулы)	24	18,5 %
Сочетанные радикальные операции (например, резекция печени + перицистэктомия на другом сегменте)	20	15,4 %
Тотальная перицистэктомия (удаление кисты вместе с фиброзной капсулой)	17	13,1 %
ИТОГО:	130	100 %

Источник: создано авторами

Радикальное хирургическое лечение эхинококкоза печени было произведено у 130 больных, с летальным исходом 2 (1,5 %) случая. Лидирующим методом радикального лечения стала резекция печени (30,7 %), что, вероятно, связано с большим размером кист, их центральным расположением, множественным поражением одной доли или развитием осложнений (нагноение, желчные свищи), делающим органосохраняющую операцию небезопасной. Органосохраняющие операции (идеальная

и тотальная перицистэктомии) суммарно были выполнены у 35,4 % пациентов (22,3 % + 13,1 %), что отражает стремление хирургов максимально сохранить функциональную паренхиму печени при условии технической выполнимости и отсутствия противопоказаний. Субтотальная перицистэктомия (18,5 %) часто является вынужденной мерой при переходе процесса на критические структуры (крупные сосуды, желчные протоки), когда полное удаление капсулы сопряжено с высоким риском

интраоперационных осложнений. Сочетанные операции (15,4 %) применялись при сложных, множественных или сочетанных поражениях, требующих комбинации разных хирургических техник для достижения радикальности.

После радикальных операций специфические осложнения отмечались у 18 больных, что составило 13,8 %. Чаще всего осложнения развивались после резекции печени (у 8), и сочетанных операций (5), реже при радикальной перичистэктомии (5) и идеальной эхинококкэктомии, что связано с тяжестью состояния, сложностью и объемом операции. Наиболее частыми осложнениями были геморрагические и билиарные осложнения, которые выявлены у 9 больных. Значительно чаще наблюдались билиарные осложнения в послеоперационном периоде в виде желчеистечения и желчные свищи, которые у большинства больных самостоятельно прекратились без дополнительных манипуляций. Внутривнутрибрюшинные кровотечения были у 5 больных, из них у 4 оно было менее интенсивным и кровотечение было остановлено после проведенной гемостатической терапии, а у одного больного проведена операция релапаротомия и остановка кровотечения была произведена в ранние сроки после операции. Печеночная недостаточность развилась у двух больных, которым проведена резекция печени и сочетанные операции, которую удалось скорректировать медикаментозным лечением. Летальный исход после радикальных операций отмечен у 2 (1,5 %) больных, из-за сердечно-сосудистой недостаточности и тромбоэмболии.

Обсуждение

Ключевой проблемой в хирургии эхинококкоза печени остается дилемма выбора между органосохраняющей и радикальной тактикой. Этот выбор представляет собой компромисс между интраоперационной безопасностью и долгосрочной эффективностью, что требует комплексной оценки как хирургических рисков, так и патофизиологических последствий. Полученные авторами данные однозначно свидетельствуют о том, что основным источником специфических послеоперационных осложнений является остаточная полость – фиброзная капсула, лишенная паразита [11-13]. Это положение нашло подтверждение в работах других авторов [14,16]. Сравнительный анализ методов санации остаточной полости выявил наибольшую частоту осложнений при использовании методики Дельбе (капитонажа) – 36,4 %. Высокий процент несостоятельности швов авторы данного исследования связывали с техническими сложностями герметичного ушивания жесткой, малоподатливой фиброзной капсулы, что приводит к прорезыванию шовного материала. Аналогичные, хотя и менее выраженные, проблемы характерны для

инвагинационного метода. Дренирование полости, будучи минимально инвазивным, в 22,7 % случаев не обеспечивало адекватного оттока и не предотвращало нагноения, что требовало выполнения дополнительных чрескожных вмешательств или релапаротомии. В этом контексте более физиологичными представляются методы оментопластики и абдоминализации кисты, которые используют жизнеспособные ткани для тампонады и биологической резорбции полости. Однако, как показали отдаленные результаты в данной статье, даже эти методики не исключают полностью риска рецидива заболевания.

Наиболее значимым отдаленным последствием органосохраняющих операций является высокий (4,7 %) показатель рецидива заболевания [14,15]. Этот факт подтверждает теоретический тезис о том, что любая оставленная ткань фиброзной капсулы потенциально может содержать жизнеспособные зародышевые элементы (сколексы), а сама полость служит плацдармом для развития сером, нагноений и формирования билиарных свищей [16,17]. Таким образом, борьба с осложнениями после органосохраняющих вмешательств по своей сути является лечением последствий неполноценной элиминации патологического субстрата. В противоположность этому, радикальные операции (субтотальная и тотальная перичистэктомия, анатомическая резекция печени), направленные на полное удаление фиброзной капсулы вместе с перикистозно измененными тканями, фундаментально решают проблему остаточной полости [18,19]. Полная элиминация патологического очага является главным фактором, обусловившим минимальную частоту рецидивов в настоящем исследовании – 1,5 %.

Необходимо отметить, что, хотя радикальные вмешательства технически более сложны и сопряжены с риском интраоперационных осложнений (прежде всего геморрагических и билиарных), структура послеоперационных осложнений здесь принципиально иная. Они в меньшей степени являются «специфическими» для эхинококкоза и в большей степени типичны для обширных резекций печени в целом [20,21]. Важно подчеркнуть, что большинство таких осложнений, по авторским данным, являются управляемыми: желчные свищи в основном имеют тенденцию к самостоятельному закрытию, а кровотечения в 80 % случаев удавалось купировать с помощью консервативных методов.

Таким образом, выбор хирургической тактики представляет собой клинический компромисс: меньший интраоперационный риск при органосохраняющей операции, но высокая вероятность отсроченных проблем, связанных с остаточной полостью, *против* большего, но управляемого интра- и послеоперационного риска радикального вмешательства, которое обеспечивает радикальное

излечение. Результаты этого исследования убедительно свидетельствуют в пользу стратегии максимально возможной радикальности. При этом тотальная перицистэктомия, ставшая в данной работе наиболее частым методом радикального лечения (40,3 %), представляется оптимальным балансом между радикализмом и органосбережением. Данная методика позволяет полностью удалить фиброзную капсулу, минимизируя риск рецидива, и одновременно, по возможности, сохранить функциональную паренхиму печени, что снижает риск развития печеночной недостаточности по сравнению с анатомической резекцией.

Следует отметить, что настоящее исследование носит ретроспективный характер. Выбор метода операции во многом определялся индивидуальными особенностями случая (размер, локализация кисты, отношение к сосудам и желчным протокам), что могло внести определенную систематическую ошибку в сравнительный анализ групп. На основании проведенного анализа авторы считают, что при технической возможности выполнение радикальных вмешательств, и в первую очередь тотальной перицистэктомии, должно рассматриваться как метод выбора при хирургическом лечении эхинококкоза печени, так как именно этот подход

обеспечивает наилучшие отдаленные результаты за счет полной элиминации патологического очага.

Выводы

Выбор хирургической тактики должен быть индивидуализирован. При отсутствии противопоказаний радикальные вмешательства следует рассматривать в качестве метода выбора. Ключевым преимуществом данных методов является полная элиминация фиброзной капсулы, что обуславливает минимальную частоту рецидивов заболевания (1,4 %). Органосохраняющие методики (абдоминализация с оментопексией) являются стратегией резерва для пациентов с высоким операционным риском и сложнодоступными кистами.

Благодарности

Отсутствуют.

Финансирование

Данное исследование не имело финансовой поддержки.

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что конфликт интересов отсутствует.