

**РАДИКАЛЬНЫЕ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ
ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

Б.С. Ниязов¹, М.Ж. Алиев², К.А. Гапуров², Т.А. Калыбеков²

¹ Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
(ректор – д.м.н., профессор Т.Ч. Чубаков),

² Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор И.О. Кудайбергенова)

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: представлены результаты оперативного лечения эхинококкоза печени у 188 больных, которым выполнены радикальные операции (42 чел.) и органосохраняющие (146 чел.). В ближайшие сроки после радикальных операций осложнения возникли у 4 (9,5%), а случаев рецидива эхинококкоза печени не выявлено. После органосохраняющих операций в ближайшие сроки осложнения отмечены у 18 (12,3%), а рецидив болезни выявлен у 3 (2,1%) через 2 года.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, радикальные и органосохраняющие операции, осложнения, рецидив.

**БООРДУН ЭХИНОКОККОЗ ДАРТЫН ДАРЫЛООНУН РАДИКАЛДУУ ЖАНА
МҮЧӨСАКТООЧУ ОПЕРАЦИЯЛЫК ЖОЛДОРУ, АЛАРДЫН БААЛУУЛУГУ**

Б.С. Ниязов¹, М.Ж. Алиев², К.А. Гапуров², Т.А. Калыбеков²

¹ Кайра даярдоо жана квалификацияны өркүндөтүү боюнча
Кыргыз Мамлекеттик медициналык институту
(ректор – м.и.д., профессор Т.Ч. Чубаков),

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова)

Комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Боор эхинококкоз дарты менен жабыркаган 188 бейтапка операциялык дарылоонун жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Анын ичинен 42 бейтапка радикалдуу, 146 бейтапка мүчөсактоочу операциялар жасалган. Радикалдуу операциядан кийинки жакынкы аралыктагы кабылдоолор 4 (9,5%) бейтапта, ал эми мүчөсактоочу операциядан кийин 18 (12,3%) бейтапта өөрчүдү жана эхинококкоз дартынын кайталанма түрү 2 жылдан кийин 3 (2,1%) бейтапта пайда болду.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, радикалдуу, мүчөсактоочу операциялар, кабылдоолор, эхинококкоз дартынын кайталанма түрү.

**RADICAL AND ORGAN-PRESERVING OPERATIONS IN LIVER ECHINOCOCCOSIS
AND THEIR EFFECTIVENESS**

B.S. Niazov¹, M.J. Aliev², K.A. Gapurov², T.A. Kalybekov²

¹ Kyrgyz State Medical Institute for Advanced Training
(rector – d.m.s., professor Chubakov T.Ch.),

² Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – d.m.s., professor. Kudaibergenova I.O.)

Surgery department of general practice with a course of Combustiology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: There are shown results of operative treatment of echinococcosis of the liver in 188 patients, who been radically operated (42 persons) and Organ saving operation (146 persons). In the short time we have found 4 (9.5%) patients with complications who had been radically operated but there were no cases of echinococcosis Relapse. After organ saving operations, we have found complications in 18 (12.3%) persons, Relapse echinococcosis were found in 3 (2.1%) persons after 2 years.

Key words: liver, echinococcosis, radical and organ-preserving operations, complications, relapse.

Введение. Часто поражающийся орган при эхинококкозе – это печень, так как она является первым фильтром. Эхинококкоз заболевание, которое распространено повсеместно, особенно там, где развито животноводство [1], и лечение его только оперативное [2,3,4].

Несмотря на предложенное множество антипаразитарных обработок полости фиброзной капсулы, методов операции и ликвидации остаточных полостей, частота осложнений в ближайшем и отдаленном периодах остается на высоком уровне. Подтверждением этому является большое число послеоперационных осложнений – 6,7-47,5%, значительная частота рецидивов заболевания – 3,3-54% и высокая летальность – 4,5-10,2% [5,6,7].

Отмечается, что частота осложнений после резекции печени или перицистэктомии выше, чем после органосохраняющих операций [8,9,10], но и после радикальных операций развиваются наиболее серьезные осложнения (кровотечение, печеночно-почечная недостаточность, желчеистечение) [9,10].

После органосохраняющих операций наиболее частыми осложнениями являются – остаточная полость с последующим в ней нагноением (2,2-13,8%), длительное выделение желчи при наличии желчного свища (0,9-9,2%) [8,9,10,11]. Нагноение остаточной полости требует чрескожно-чреспеченочного дренирования под контролем УЗИ или компьютерной томографии, а в ряде случаев и повторного оперативного вмешательства. Среди послеоперационных осложнений также отмечаются подпеченочный и поддиафрагмальный абсцесс, легочно-плевральные осложнения, нагноение послеоперационной раны [12,13,14,15].

Все хирургические вмешательства при эхинококкозе печени могут быть условно разделены на органосохраняющие и радикальные.

Это обусловлено отношением к удалению или оставлению фиброзной капсулы паразита [16,17,18]. Вариантами радикальных операций при эхинококкозе печени являются: анатомическая или атипичная резекция печени, перицистэктомия. В настоящее время перицистэктомия считается «золотым стандартом» в хирургическом лечении эхинококковых кист печени [19,20], но вместе с тем радикальные операции более травматичные, сопровождаются значительной кровопотерей и требуют высокой квалификации хирурга, наличия специальной аппаратуры, инструментария, хорошей организации анестезиологической и реанимационной службы [18,19]. При органосохраняющих операциях

оставление фиброзной капсулы увеличивает не только риск рецидива заболевания, но и существенно повышает вероятность развития послеоперационных осложнений, связанных с остаточной полостью.

Такая вероятность тем более повышена при осложненном течении эхинококкоза, когда имеют место изменения фиброзной капсулы, так или иначе связанные с гибелью паразита: обызвествление и ригидность капсулы, наличие сообщения полости фиброзной капсулы с желчными протоками, нарушение целостности капсулы и ее микробная инвазия при нагноении эхинококковой кисты. Поэтому удаление фиброзной капсулы, несомненно, повышает радикальность операции и снижает вероятность развития осложнений.

В настоящее время доказанным считается факт проникновения в толщу фиброзной капсулы протосколексов, микробной инфильтрации фиброзной капсулы при нагноении кисты [3,5,8,16]. В ряде работ приведены данные, подтверждающие возможность миграции зародышевых элементов за пределы фиброзной капсулы [5,14]. На этом основании авторы считают, что методом выбора при лечении эхинококкоза печени должна быть радикальная операция (резекция, перицистэктомия).

Таким образом, представленные литературные данные, свидетельствуют о низкой частоте рецидива и относительно безопасном течении послеоперационного периода при использовании радикальных операций, в том числе у больных с осложненными формами эхинококкоза печени, что указывает на необходимость более широко применять радикальные операции.

Цель исследования:

Определить частоту осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и частоту рецидива эхинококкоза в отдаленном периоде после органосохраняющих и радикальных операций.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 188 больных, которые были оперированы по поводу эхинококкоза печени с 2012 по 2015 гг в ГКБ №1 г. Бишкек. Мужчин было 89 (47,3%), женщин – 99 (52,7%), возраст варьировал от 16 до 76 лет.

При обследовании определяли размеры кист и при этом выделяли: малые (до 5 см в диаметре), средние (до 10 см), большие (до 20 см) и гигантские (более 20 см). Малые кисты выявлены у 46 (24,5%), средние у 68 (36,2%), большие у 39 (20,7%), гигантские у 35 (18,6%) больных. По локализации кист, чаще поражена была правая доля

у 81 (43,1%), левая у 73 (38,8%) и обе доли у 34 (18,1%) больных.

В план обследования больных входило, кроме общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, электрокардиограмма, рентгенография грудной клетки), использованы и специальные методы – это ультразвуковое исследование внутренних органов (уточняли расположение и размеры кист), реакция Казони, при неясных случаях компьютерная томография. Полученные результаты исследования обработаны методом вычисления относительных величин в (%).

Результаты и их обсуждение

В клинике ГКБ № 1 начиная от 2012 по 2015 гг. из 188 наблюдаемых больных произведена гемигепатэктомия у 18 (9,6%), краевая резекция печени у 24 (12,8%) больных, остальным 146 (77,6%) больным произведены органосохраняющие операции с различной методикой ликвидации полости фиброзной капсулы.

Показанием к гемигепатэктомии считали массивное поражение одной из долей, наличие кисты больших размеров, когда ткань печени была лишь в виде тонкой полоски или в доле печени было расположено несколько кист, в этих случаях операция оправдана, с точки зрения профилактики осложнений со стороны не ликвидированных полностью полостей функционально

неполноценной доли. В остальных случаях, касающихся поражения II и III сегментов печени, при краевом расположении кист, выполняли экономные сегментарные резекции.

При радикальном методе операции возникли следующие осложнения: внутрибрюшное кровотечение у 1 (2,4%), которое излечено введением гемостатиков, реактивный плеврит у 2 (4,7%), излеченный плевральными пункциями, послеоперационная печеночная недостаточность у 1 (2,4%) прогрессирование предотвращена введением гепатопротекторов. Все из осложнения возникли на 3-4 сутки после операции.

При органосохраняющих операциях были произведены различные операции и ликвидации полости фиброзной капсулы. При этом использовали закрытый тип операции – у 47 (25%), полужакрытый – у 31 (16,5%), открытый – у 68 (36,1%), а при ликвидации полости фиброзной капсулы применяли следующие способы: дренирование остаточной полости у 48 (32,9%), абдоминализация полости фиброзной капсулы у 20 (13,7%), капитонаж по Дельбе у 21 (14,4%), инвагинация свободных краев фиброзной капсулы в полость у 16 (10,9%), частичная перицистэктомия с наложением – П-образных швов у 10 (6,8%), оментопластика по Р.П. Аскерханову у 31 (21,3%). Частота применения различных способов ликвидации полости дана в таблице.

Таблица

Типы операций и частота осложнений после эхинококкэктомии (n-188)

Тип операции	Всего больных		Из них возникли осложнения, абс. число
	абс. число	%	
Закрытый	47	25	5
Полужакрытый	31	16,5	4
Открытый	68	36,1	9
Гемигепатэктомия	18	9,6	3
Краевая резекция печени	24	12,8	1
Итого	188	100,0	22 (11,7%)

После органосохраняющих операций возникло желчеистечение у 3 (2,1%), которое самостоятельно прекратилось, реактивный плеврит у 5 (3,4%), излечен пункцией плевральной полости, нагноение послеоперационной раны у 3 (2,1%), им проведено лечение под повязкой.

В отдаленном периоде поступили с нагноением остаточной полости 4 (2,6%) больных. Двум произведен пункционно – дренажный метод лечения под контролем ультразвукового исследование двумя после обследования произведено повторное оперативное лечение через 6 месяцев, а у 3 (2,1%) больных возник рецидив эхинококкоза печени

через 2 года, у которых ранее был прорыв кисты в брюшную полость до поступления в клинику.

Таким образом, наши исследования показали возможность применения методики радикальной эхинококкэктомии в профилактике рецидива болезни. Резюмируя вышеизложенное, отметим, что в настоящее время открытые оперативные вмешательства на печени остаются основным способом лечения эхинококкоза печени. При выборе способа операции предпочтение следует отдавать органосохраняющим, радикальным вмешательствам. Необходимо дальнейшее накопление материала и динамическое наблюдение за больными.

Выводы:

1. Органосохраняющие операции должны выполняться как наименее трудоемкие, но по показаниям и с соблюдением мер апаразитарности и антипаразитарности.
2. После радикальных операции рецидив развивается очень редко, но они должны выполняться в специализированных отделениях, оснащенных современным оборудованием и имеющих высококвалифицированных хирургов.

Литература

1. Мамакеев, М.М. Результаты хирургического лечения паразитарных заболеваний печени [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, Е.А. Тилеков // Вестник Хирургии Казахстана. - 2012. - №1. - С. 100-101.
2. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени [Текст] / [Б.И. Альперович, Р.В. Сорокин, М.В. Толкаева, С.Р. Будков] // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Т. 11, №1. - С. 7-10.
3. Журавлев, В.А. Гидатидозный эхинококкоз печени. [Текст] / В.А. Журавлев, В.М. Русинов, Н.А. Щербакова // Хирургия. - 2004. - №4. - С. 51-54.
4. Абдуллаев, А.Г. Выбор рациональной хирургической тактики при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков [Текст] / А.Г. Абдуллаев, А.А. Мовчун, Р.М. Агаев // Хирургия. - 2005. - №2. - С. 38-42.
5. Альперович, Б.И. Хирургия печени. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с.
6. Андреев, А.В. Методы интервенционной радиологии у больных эхинококкозом печени [Текст] / А.В. Андреев, В.Д. Сахно, А.М. Мануйлов // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т. 1, №2. - С. 98-99.
7. Гальперин, Э.И. Нестандартные ситуации в хирургии желчных путей [Текст] / Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер // - М, 1987. - 335 с.
8. Оморов, Р.А. Осложнения эхинококкоза печени [Текст] / Р.А. Оморов // Форс-Мажор в хирургии. - Бишкек: СП «Кырсекеон», 2010. - 136-141 с.
9. Профилактика рецидива множественного эхинококкоза печени у детей [Текст] / [А.Т. Аллаберганов, М.М. Алиев, И.М. Байбеков и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2001. - Т. 160, №6. - С. 47-50.
10. Даминова, Н.М. Ранние послеоперационные осложнения при эхинококкозе печени [Текст] / Н.М. Даминова, К.М. Курбанов // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - 2008. - Т. 167, №5. - С. 68-70.
11. Нишанов, Ф.Н. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика [Текст] / Ф.Н. Нишанов. // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2011. - Т. 170, №2. - С. 91-94.
12. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени [Текст] / [Р.М. Ахмедов, А.О. Османов, А.Э. Курбанов и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2010. - Том 15, №3. - С. 99-102.
13. Перцистэктомия в оперативном лечении эхинококкоза печени [Текст] / [А.И. Мусаев, М.Б. Усубалиев, Р.М. Баширов и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Том 10, №2. - С. 120-121.
14. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: современные проблемы [Текст] / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, С.В. Муслик // Украинський журнал хірургії. - 2013. - №3. - С. 196-201.
15. Кахаров, М.А. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени. [Текст] / М.А. Кахаров, В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский // Хирургия. - 2003. - №1. - С. 31-35.
16. Полуэктов, В.Л. Новые подходы в тактике хирургического лечения больных эхинококкозом печени. [Текст] / В.Л. Полуэктов, В.Ю. Шутов, В.Г. Березной // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - №10. - С. 126.
17. Новый эффективный способ профилактики послеоперационных осложнений в хирургии эхинококкоза печени. [Текст] / [А.З. Вафин, А.В. Попов, Э.Г. Мнацаканян и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - Т.13, № 3. - С. 42.
18. Вишневский, В.А. Радикальное лечение резидуального эхинококкоза печени [Текст] / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // Альманах института хирургии им. И.В. Вишневского. - 2008. - Т. 3, №2. - С. 213-214
19. Попов, А.Ю. Хирургическое лечение больных с сочетанным эхинококковым поражением [Текст] / А.Ю. Попов, И.В. Басанкин, А.Н. Петровский // Хирургия. - 2012. №6. - С. 55-56.
20. Prousalidis, J. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis [Text] / John Prousalidis // Can J Surg. - 2012. vol. 55, №1. - P. 15-20.