

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**Касыев Н.Б., Айтназаров М.С., Нурбекова А.Н.**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлены результаты радикальных оперативных вмешательств, выполненных у 281 больных с гидатидозным эхинококкозом печени. Диагноз гидатидозного эхинококкоза печени установлен на основании общеклинических, серологических, рентгенологических методов обследования, но главным образом по результатам ультразвукового исследования, компьютерной томографии, интраоперационной УЗИ интраоперационной ревизии и морфологической верификации заболевания. Точность УЗИ при распознавании гидатидозного эхинококкоза печени составила 91,2%, компьютерной томографии - 97,5%. Радикальные перикистэктомии выполнены у 146 пациентов, резекции печени — у 96, идеальная эхинококкэктомия - у 39. Специфические осложнения после резекции печени развились у 4,5%, летальность составила - 1,1%. Осложнения после радикальных перикистэктомии выявлены - у 1,5%, летальности не отмечено, а после идеальной эхинококкэктомии осложнений и летальности не наблюдали.

Ключевые слова: гидатидозный эхинококкоз, радикальные операции, резекция печени, перикистэктомия, идеальная эхинококкэктомия.

БООРДУН ЭХИНОКОККОЗУН ДАРЫЛООНУН ЖАҢЫЧА ЫКМАЛАРЫ**Касыев Н.Б., Айтназаров М.С., Нурбекова А.Н.**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште гидатидозду эхинококкоз менен ооруган 281 оорулууга жасалган радикалдуу операциянын жыйынтыгы берилди. Боордун гидатидозду эхинококкоз оорусунун диагнозу жалпы клиникалык, серологиялык, рентгенологиялык изилдөө методдорунун негизинде, эң негизгиси оруну ультрадобуштуу изилдөө, компьютердик томография, интраоперациялык УДИ, интраоперациялык текшерүү жана морфологиялык верификациянын жыйынтыктары боюнча аныкталды. Боордун гидатидозду эхинококкоз оорусун билүүдө УДИнин тактыгы 91,2%, компьютердик томографияныкы - 97,5%ды түздү. Радикалдуу перикистэктомия 146 оорулууга, боордун резекциясы - 96 оорулууга, идеалдуу эхинококкэктомия - 39 оорулууга жасалды. Боордун резекциясынан кийинки спецификалык кабылдап кетүү 4,5%га өскөн, өлүм алып келгени - 1,1%ды түзгөн. Радикалдуу перикистэктомиядан кийинки кабылдап кетүү - 1,5%ында аныкталып, өлүм болгон жок, ал эми идеалдуу эхинококкэктомиядан кийин кабылдап кетүү жана өлүм катталган жок.

Негизги сөздөр: гидатидозду эхинококкоз, радикалдуу операция, боордун резекциясы, перикистэктомия, идеалдуу эхинококкэктомия.

**MODERN APPROACHES INTREATMENT OF LIVER
ECHINOCOCCOSIS****Kasiev N.B., Aitnazarov M.S., Nurbekova A.N.**I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This work presents the results of the radical surgical intervention, which was executed on 281 patients with the hiatus echinus liver. The diagnose of the hiatus echinus liver was established on the basis of general clinical serological, roentgenologic methods of investigations, but mainly by the results of the ultrasound examination, computer tomography, inter operation of USE, interoperation revision and morphological verification of disease. The precision of USE on recognize of hiatus echinus liver formed 91,2%, computer tomography - 97, 5%. The radical pericyst-ectomy was making on 146 patients, resection of the liver on 96, ideal echinococcusectomia - on 39. The specific complications after resection of the liver was developed on 4,5%, and 1,1% was died, the complication after radical pericyst-ectomy was reveal on 1,5%, without mortality, and after the ideal echinococcusectomia complication and mortality didn't observe.

Key words: hiatus echinus, radical surgery, the liver resection, pericyst- ectomia, ideal echinococcusectomia.

Введение.

Проблемы ранней диагностики к хирургической тактики при гидатидозном эхинококкозе печени постоянно продолжают находиться в центре внимания хирургов в связи с тем, что частота послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания и неудовлетворительных результатов хирургического лечения не имеют тенденции к снижению. Несмотря на разработку и совершенствование способов ликвидации остаточной полости, нагноение остаточной полости после открытой эхинококкэктомии наблюдаются у 70-80% больных, после закрытой эхинококкэктомии - у 20-34% [1,6]. Рецидивы заболевания после операции закрытой эхинококкэктомии достигают до 20% [5,11], а показатель летальности при осложненных формах

гидатидозного эхинококкоза доходит до 6,0%, 10,9% и 21% соответственно [6,8,9].

В последние годы отдельные авторы дискутируется вопрос о целесообразности применения радикальных оперативных вмешательств при осложненном варианте эхинококкоза печени [2,3,7, 10,12]. Учитывая высоким риском рецидива заболевания печени, сторонники радикальных операций рекомендовали чаще выполнять при гидатидозном эхинококкозе перикистэктомии чем традиционным способами эхинококкэктомии (закрытой эхинококкэктомии с ушиванием остаточной полости, покрытой фиброзной капсулой). Вместе с тем, при гидатидозном эхинококкозе печени остаются спорными и не разработанными вопросы выбора оптимального метода радикальных операций, техники

их проведения, способа обработки паразитарной кисты, критерий показания и противопоказания к выполнению различных вариантов оперативных вмешательств.

Материал и методы исследования.

За период 1996-2010 гг. по поводу гидатидозного эхинококкоза печени выполнены радикальные операции у 281 больных. Мужчин было 167, женщин - 114. Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет. Диагноз гидатидозного эхинококкоза печени устанавливали на основании общеклинических, серологических, рентгенологических методов обследования, но главным образом по результатам ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ), ИО ревизии и морфологической верификации.

Результаты и их обсуждение.

Клинические проявления при гидатидозном эхинококкозе зависели от стадии заболевания, локализации и размеров паразитарной кисты, а также наличия осложнений. Заболевание у 63 протекало бессимптомно, кисты у этих больных обнаружены случайно при УЗИ и КТ, и связано с ранней стадией заболевания, наличием небольших кист и их интрапаренхиматозной или поддиафрагмальной локализацией. Болевой синдром различной интенсивности отмечен у 181 больных, гепатомегалия - у 119, пальпируемая «опухоль» - 65. Диагностические трудности испытывали при множественных и осложненных паразитарных кистах печени, которые давали полиморфную клиническую картину, в зависимости от характера и давности осложнения.

Со стороны общего анализа крови эозинофилия обнаружена у 109 больных с гидатидозным эхинококкозом печени. Реакции латекс агглютинации и непрямой гемагглютинации были положительными у 147 больных, что позволяли с уверенностью проводить дифференциальную диагностику с непаразитарными кистами печени. Диагностические возможности обзорной рентгенографии брюшной полости и области проекции печени оказались ограниченными, которые позволяли выявить лишь косвенные признаки (высокое стояние купола диафрагмы, деформацию и ограничение ее движений) и у ряда больных установить обызвествлений эхинококкоз.

Инструментальное обследование при гидатидозном эхинококкозе обычно начинали с УЗИ, которое использовали как скрининг метод у

всех больных с очаговыми заболеваниями печени. Эхинококковая киста в отличие от непаразитарной кисты имела четко выраженные, плотные, сравнительно толстые стенки, определяемые по всему ее периметру и неоднородную внутреннюю структуру. Точность УЗИ при распознавании гидатидозного эхинококкоза печени составила 91,2%. Неправильная интерпретация УЗ - картины эхинококковой кисты отмечены у 9 больных, когда они приняты за непаразитарные кисты (7), альвеококкоз (2) и поликистоз печени (1).

КТ была использована у 98 больных с гидатидозным эхинококкозом, метод считали показанным при множественных и больших паразитарных кистах (для определения органной принадлежности кисты, особенно для дифференциальной диагностики кист поджелудочной железы), а также когда результаты УЗИ носили предположительный характер или они не соответствовали клинической картине заболевания. Точность КТ при гидатидозном эхинококкозе печени составила 97,5%.

Характер и объем радикальных оперативных вмешательств, при гидатидозном эхинококкозе определяли с учетом размеров, локализации, количества паразитарных кист, а также стадии развития заболевания и общего состояния больных (табл. 1).

Перицистэктомия - удаление эхинококковой кисты вместе с фиброзной капсулой произвели у 51,9% больных с гидатидозным эхинококкозом печени. Ряд исследователей считают, что даже после полного удаления паразитарной кисты, сколексы остаются в фиброзной капсуле, иногда в паренхиме печени, этим объясняют причины рецидивов заболевания [4,9,13]. Данное обстоятельство является одним из обоснований для удаления эхинококковых кист вместе с фиброзной капсулой и резекции печени.

К радикальным операциям при гидатидозном эхинококкозе печени относили выполнение идеальной эхинококкэктомии без вскрытия хитиновой оболочки, которая выполнена у 39 больных. Идеальная эхинококкэктомия показана при небольших размерах кист, при их краевых и поверхностных локализациях. Она рискована и противопоказана при напряженных, больших и гигантских кистах и при их интрапаренхиматозной локализации. После идеальной эхинококкэктомии фиброзную капсулу полностью или субтотально иссекали, а раневую поверхность печени закрывали путем гепатизации или оментогепатопексии.

Таблица 1.

Характер и объем оперативных вмешательств при эхинококкозе

| №№ | Характер и объем оперативных вмешательств | Число больных | |
|----|---|---------------|-------|
| | | абс. | % |
| 1 | Перицистэктомия | 146 | 51,9 |
| | -субтотальная | 97 | 66,4 |
| | -тотальная | 49 | 33,6 |
| 2 | Резекция печени | 96 | 34,2 |
| 3 | Идеальная эхинококкэктомия | 39 | 13,9 |
| 4 | Всего: | 281 | 100,0 |

Таблица 2.

Объем резекции печени при гидатидозном эхинококкозе печени.

| № | Объем резекции печени | Абс. число | % |
|----|---------------------------------|------------|------|
| I | Анатомические резекции печени | 57 | 59,4 |
| | Правосторонняя гемигепатэктомия | 31 | |
| | Левосторонняя гемигепатэктомия | 13 | |
| | трисегментэктомия | 8 | |
| | бисегментэктомия | 5 | |
| | Сегментэктомия | 0 | |
| II | Атипичные резекции печени | 39 | 40,6 |
| | Правосторонняя гемигепатэктомия | 19 | |
| | Левосторонняя гемигепатэктомия | 10 | |
| | Трисегментэктомия | 6 | |
| | Бисегментэктомия | 2 | |
| | Сегментэктомия | 2 | |
| | Всего | 96 | 100 |

Наиболее радикальным методом хирургического лечения при гидатидозном эхинококкозе является резекция печени, сущность которой заключалась в полном удалении паразитарной кисты с перикистозными тканями и тем самым предотвращались рецидивы заболевания и развитие послеоперационных осложнений: нагноение остаточной полости, формирование наружного желчного свища, абсцессов. Однако, до последних лет резекция печени и перикистэктомия при гидатидозном эхинококкозе считались технически сложными оперативными вмешательствами, сопровождающимися высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью [8, 15]. С клиническим внедрением новых технологий, разработкой техники операций на печени и накоплением клинического опыта стали шире ставить показания к выполнению резекций печени при гидатидозном эхинококкозе. Среди больных, перенесших радикальные оперативные вмешательства, резекции печени выполнены у 96 пациентов и показатель резектабельности при данной нозологической патологии составил 34,7%. Характер и объем резекций печени, выполненных у больных с гидатидозным эхинококкозом, представлен в таблице 2.

При выборе способа и объема резекции печени основывались на данных дооперационного исследования, интраоперационной ревизии и ИОУЗИ. Такие исследования, которые позволяли точно определять локализацию, число и размеры кист, выяснить взаимоотношения их с портальными и кавальными воротами, объективно судить о состоянии стенок кисты и стадии развития паразита, оценить объем непораженных отделов печеночной паренхимы, выявлять паразитарное поражение других органов брюшной полости. При гидатидозном эхинококкозе, в связи с обширным поражением доли и половины печени и тотальной атрофией окружающей кисту участков паренхимы чаще выполняли гемигепатэктомию, анатомическим способом. При ранних стадиях заболевания и при поражениях 1-3 сегментов печени производили небольшие по объему резекции.

Резекции печени при гидатидозном эхинококкозе могут выполняться в пределах здоровых тканей и вместе с цельной кистой, а также с предварительным удалением содержимого паразитарной кисты и антипаразитарной обработки остаточной полости. При небольших кистах, при их краевой и поверхностной локализации у 29 пациентов производили резекции печени в пределах здоровых тканей и без вскрытия герминантной оболочки с предварительным наложением «П»-образных гемостатических или механических швов. Данный способ резекции является радикальным и идеальным методом хирургического лечения гидатидозного эхинококкоза. Однако, подобная резекция печени не всегда выполняема. При напряженных, больших и интрапаренхиматозных гидатидных кистах у 31 пациентов резекции печени производили после предварительного пункционного удаления эхинококковой жидкости, антипаразитарной обработки остаточной полости (1 % раствором формалина), удаления хитиновой оболочки и дочерних пузырей. С целью предупреждения интраоперационной диссеминации зародышевых элементов с последующим имплантационным ростом и повышения радикальности резекций печени, нами совершенствована техника данной операции. После пункционного удаления эхинококковой жидкости и антипаразитарной обработки остаточной полости текущим паром, не удаляя хитиновую оболочку и дочерние пузыри, вокруг троакара накладывали кисетный шов с помощью которого паразитарную кисту герметично ушивали и производили резекцию печени в закрытых условиях. Предложенный способ антипаразитарной резекции печени использовали у 19 пациентов с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Использование ИОУЗИ у 52 пациентов давало возможность визуализировать невидимые и непальпируемые паразитарные кисты (у 4), а также позволяло проводить контроль за внутри- и внепеченочными сосудами и желчными протоками при проведении резекций печени. Разделение паренхимы печени

при анатомических и атипичных резекциях производили методом дигитоклазии, а в последние годы с помощью ультразвукового хирургического аспиратора и высокочастотной электрокоагуляции.

Показания к резекции печени у 21 пациентов ставили, когда эхинококковая киста или множество кист целиком поражали анатомическую область (половину, долю и сегмент) печени, у 17 - при их интрапаренхиматозной или центральной локализации, у 16 - при краевом расположении, у 10 - при обызвествлении фиброзной капсулы.

При множественных поражениях обеих долей печени предпочтения отдавали перицистэктомии (у 22 пациентов), только у лиц, более молодого возраста и при хорошем общем состоянии пациента производили двойные резекции печени (у 5). У 6 больных произвели симультантные резекции печени и трансдуоденальную папиллосфинктеропластику, в связи с прорывом эхинококковых кист в желчевыводящие пути, а у 5 - резекции печени сочетались с закрытой эхинококкэктомией одной или обеих долей органа.

После резекций печени специфические осложнения развились у 4 больных (4,5%): небольшое скопление крови и желчи в зоне культи печени, которые были успешно дренированы под контролем УЗИ. Следует подчеркнуть, что несмотря большой процент обширных резекций печени, не было ни одного случая острой печеночной недостаточности в послеоперационном периоде. Это, по-видимому, объясняется постепенным и медленным ростом эхинококковой кисты в размерах и соответственно постепенной адаптацией компенсаторных возможностей функционального резерва печени. Послеоперационная летальность резекции печени составила 1,1%, умер 1 больной от тромбоза легочной артерии. После перицистэктомии осложнения отмечены у 2 пациентов (1,5%): желчеистечение - у 1, которое самостоятельно прекратилось, поддиафрагмальный абсцесс - у 1. Летальности не отмечено. После идеальной эхинококкэктомии осложнений и летальности не наблюдали.

Таким образом, наши клинические наблюдения и данные литературы показали, что радикальные оперативные вмешательства при гидатидозном эхинококкозе печени отличаются благоприятными ближайшими и отдаленными результатами.

Выводы:

1. Для диагностики эхинококкоза печени важную роль имеет УЗИ и КТ, для верификации необходима серологическая реакция (РЛА, РНГА, ИФА).

2. При гидатидозном эхинококкозе печени выбор оптимального метода и объема радикального хирургического вмешательства следует осуществлять в зависимости от размеров, количества и локализации кист, стадии заболевания, а также числа предшествующих операций, а также общего состояния больного и возраста.

3. Показаниями к выполнению идеальной

эхинококкэктомии и тотальной перицистэктомии являются небольшие размеры эхинококковых кист, краевое и поверхностное их расположение. Субтотальная перицистэктомия показана при больших и гигантских кистах, расположенных в поверхностных и доступных сегментах печени.

4. Резекция печени показана при одиночном тотальном поражении эхинококковой кистой или множественных кистах, занимающих анатомическую область печени (половины, доли, сегмента), центральной и краевой их локализации, обызвествлении фиброзной капсулы.

5. Использование современных технологий: ультразвукового хирургического аспиратора, высокочастотной электрокоагуляции, механического шва, ИОУЗИ и нового способа антипаразитарной термической обработки остаточной полости текучим паром позволили значительно повысить радикальность и эффективность оперативных вмешательств у больных с гидатидозным эхинококкозом печени, и тем самым снизить процент интра- и послеоперационных осложнений и показатель летальности.

Литература:

1. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Алиев Р.М., Джоробеков А.Д. Опыт резекций печени при очаговых поражениях. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - Том 11. - С. 189-190.
2. Альперович Б.И., Мерзликін Н.Б., Ярошкина Т.Н. Хирургическое вмешательство при эхинококкозе и пути профилактики рецидивов // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2005. - Т.10. - №2. - С. 123-125.
3. Вафин А.З. Общие принципы апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2005. - Том 10. - №2 - С. 105.
4. Вечерко В.Н., Конопля П.П. Особенности диагностики и лечения очаговых поражений печени с использованием компьютерной томографии. // *Вестник хирургии*. 1995. №3. - С.42-44.
5. Вишневский В.А. Совершенствование методов хирургического лечения очаговых поражений печени. - Автореф. дисс. ... д-ра мед.наук. - Москва, -1990. - 38 С.
6. Джоробеков А.Д., Алиев М.А. Баймаханов Б.Б., Разакулов Р.О., Айдыров И.А. Хирургическое лечение биллиарных осложнений гидатидозного эхинококкоза печени. Хирургия, Морфология, Лимфология. Сборник трудов НЦРВХ. Выпуск-1. - С. 103-107.
7. Журавлев В.А. Большие и предельно большие резекции печени. - Саратов: Издат-во Саратовского ун-та, -1986. -216С.
8. Константинов Б.А., Готье С.В. Хирургическая классификация очаговых поражений печени. // *Хирургия*. №2. 1997. -С. 18-20.
9. Помелов В.С., Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т. Осложнения после эхинококкэктомии печени и возможности их профилактики. // *Хирургия*. - 1992. - N 1. С.83-88.
10. Alferi S.G., Carriero C., Pacelli F. et al. Radical surgery for liver hydatid disease. // *HBP Surgery*. - 1998. - V.9. - Suppl.2. - P.2.
11. Androulakis G.A. Surgical management of complicated hydatid cysts in the liver. // *Europ.surg.Res.* - 1988. - V. 18. - N.3-4. - P. 145-150.
12. Belli L., Favero E., Mami A., Romani F. Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver // *Am. J. Surg.* -1983. -Vol. 145.№2. -P. 610-614.
13. Rovati V., Nervetti G., Faleschini E., Colturni F. Hydatid disease of the liver cystopericystectomy. // *HBP Surgery*. - 1996. - V.9. - Suppl.2. - P. 195.