

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ТРУДНОДОСТУПНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Халиярова Гулноз Джумаевна

Термезский филиал Ташкентской Медицинской Академии, г. Термез

АННОТАЦИЯ

В обзоре представлены данные о современных методах и хирургического лечения эхинококкоза печени (ЭП). Акцентировано внимание на таких аспектах ЭП, как частота, структура, показания к оперативному лечению кист печени, способы обработки остаточной полости, профилактика рецидива заболевания.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, лапароскопия, мини-доступ, традиционные доступы, хирургическое лечение.

ABSTRACT

The review presents data on modern methods and surgical treatment of liver echinococcosis (EP). Attention is focused on such aspects of EP as frequency, structure, indications for surgical treatment of liver cysts, methods of treatment of the residual cavity, prevention of disease recurrence.

Keywords: liver echinococcosis, laparoscopy, mini-access, traditional approaches, surgical treatment.

ВВЕДЕНИЕ

Эхинококкоз печени – тяжелое паразитарное заболевание, вызываемое личиночной стадией цепня эхинококка – *Echinococcus granulosus*, которое встречается у жителей всего земного шара и остается в ряду тяжелых паразитарных заболеваний, представляющих серьезную медицинскую, социальную и даже народнохозяйственную проблему для многих, в том числе и высокоразвитых, стран мира [1,4]. Узбекистан относится к эндемичным по эхинококкозу географическим зонам. Распространенность эхинококкоза в республике, выявляемая по обращаемости за медицинской помощью, составляет 5,82 на 100 тыс. населения и имеет устойчивую тенденцию к росту [2]. Клиническая медицина Эхинококкоз печени является основной проблемой хирургической гепатологии [2]. Несмотря на доброкачественный характер, среди паразитарных заболеваний эхинококкоз печени занимает лидирующую позицию по количеству осложненных форм, которые требуют оперативного вмешательства [3]. Послеоперационные осложнения возникают у 5-31,7%

больных гидатидным эхинококкозом печени. При этом наиболее часто отмечаются желчеистечение и нагноение остаточной полости. Летальность при хирургическом лечении больных эхинококкозом даже в клиниках, располагающих значительным опытом, достигает 3,1-8,6% [3,4]. В настоящее время активно развиваются чрескожное пункционно-дренирующее лечение паразитарных кист под контролем УЗИ или КТ с проведением пред- и послеоперационной химиотерапии, а также эндовидеохирургические технологии. Особенностью современного этапа хирургии эхинококкоза является стремление использовать минимально травматичные способы вмешательства, к числу которых относятся чрескожные пункции и дренирование эхинококковых кист под УЗ-контролем [1,5]. По данным мировой статистики, в настоящее время миниинвазивные вмешательства используются почти у трети больных эхинококкозом. В то же время очевидно, что необходим анализ накопленного опыта хирургического лечения эхинококкоза печени и дальнейший поиск и совершенствование хирургического лечения этой категории больных [4,5]

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения трудно доступных эхинококковых кист печени путем применения миниинвазивных методов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.

В период с 2015 по 2019 гг в частном клинике Утан Полвоне г. Термеза на стационарном лечении находились 106 пациента с эхинококковыми кистами, расположенными в VII-VIII сегментах печени. В момент поступления выполняли общий анализ крови и мочи, биохимические анализы для определения функционального состояния печени, ЭКГ. Основным методом диагностики было ультразвуковое исследование (УЗИ), которое проводили до операции, в послеоперационном периоде и при выписке больных из стационара. В сомнительных случаях осуществляли мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). Возраст больных – от 20 до 71 года, средний возраст – $38,4 \pm 1,6$ года. Женщин было 59 (55,7%), мужчин – 47 (44,3%). В зависимости от метода хирургического лечения больные были разделены на две группы. 1-ю группу составили 83 пациентов с эхинококковыми кистами, расположенными внутрипеченочно в VII-VIII сегментах печени, которым проведено традиционное миниторакоракофренолапаротомию. Во 2-ю группу включены 23 пациентов с

эхинококковыми кистами размерами до 7 см, расположенные по краю печени в VII-VIII сегментах, у которых выполнены лапароскопическая эхинококкэктомия. У 63 (59.4%) больных диагностирован первичный эхинококкоз печени, у 43 (40.6%) – рецидивный. Выбор оперативного доступа в значительной степени зависел от локализации и размера кист. Наиболее часто имели место поражения VII-VIII сегментов, что существенно затрудняло выбор доступа и выполнение всех этапов эхинококкэктомии. В связи с этим немаловажной проблемой традиционных вмешательств остается хирургическое лечение поддиафрагмального эхинококкоза печени, который имеет ряд особенностей и является наиболее сложным в техническом плане. При такой локализации из-за поздней диагностики чаще обнаруживаются лишь большие и гигантские кисты. Практика показывает, что локализация эхинококковых кист на диафрагмальной и задней поверхности печени является наиболее неудобной для выполнения адекватной операции, и при использовании традиционных операционных доступов она нередко технически трудно выполнима. Поэтому у пациентов 2-й группы при локализации эхинококковых кист до 7 см размеров в зоне 7-8 сегментов с вовлечением в процесс диафрагмы применяли торакофренолапаротомный доступ с видеоассистированием. У 8 больных этой группы произведена тотальная перицистэктомия, у 11 – субтотальная перицистэктомия, у 4 – эхинококкэктомия без удаления фиброзной капсулы. Кроме того, в этот период выполняли дополнительное обследование с целью уточнения диагноза или выявления характера сопутствующего заболевания. Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Для противопаразитарной обработки эхинококковых кист применяли 70% этиловой спирт с экспозицией 5 мин, а также спиртовой раствор йода с экспозицией 10 мин. После эхинококкэктомии полость фиброзной капсулы ликвидировали различными способами (капитонаж по Дельбе, инвагинация, перицистэктомия). Особое внимание уделяли оценке тяжести послеоперационного периода с контролем УЗИ грудной и брюшной полостей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ.

Послеоперационный период у большинства наших пациентов протекал удовлетворительно, но у 21 (14,58%) возникли осложнения: нагноение остаточной полости выявлено у 7 пациентов, желчеистечение у 5, поддиафрагмальный абсцесс – у 2, механическая желтуха – у 1, аллергическая реакция – у 1, кровотечение – у 1. Так, у 2 больных до выписки из стационара

обнаружена остаточная полость небольших размеров, не содержащая жидкости, поэтому они были выписаны с рекомендациями наблюдения у хирурга в поликлинике по месту жительства. У 2 пациента во время пребывания в стационаре возникло частичное нагноение послеоперационной раны, что потребовало дополнительного назначения антибиотиков и местного лечения согласно протоколу ведения гнойных ран. Это осложнение, как правило, возникало при поддиафрагмальной локализации кист, когда выделение кисты из сращений неизбежно вызывает травматизацию диафрагмы. Продолжительность пребывания в стационаре больных 1-й группы составила $4,6 \pm 3,2$ койко дня. Контроль лечения осуществляли с помощью фистулографии и ультразвукового исследования печени, проводимого сразу же после манипуляции с целью выявления цистобилиарных свищей и через 1,5-2 месяца операции. Критерием эффективности лечения считали облитерацию и склерозирование кист. У 5 пациентов отмечалось нагноение остаточной полости у 1-ой группы. Летальных исходов в этой группе не было. Малоинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени, к которым относится пункция кисты под контролем УЗИ и миниторакофренолапаротомия с видеоассистированием, имеют значительное преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, уменьшение количества послеоперационных осложнений и затрат на лечение пациентов, однако отбор больных для данного метода лечения должен быть строго индивидуальным и обоснованным.

ВЫВОДЫ

1. У больных с неосложненными кистами во VII-VIII сегментах, расположенными интрапаренхиматозно, размерами до 7 см лапароскопическая эхинококкэктомия является относительно безопасным вмешательством. 2. Применение метода способствует уменьшению количества послеоперационных осложнений, а полученные результаты позволяют считать его радикальным вмешательством при гидатидном эхинококкозе печени. 3. При больших размерах с краевым расположением эхинококковых кист в VII-VIII сегментах печени эффективным методом является применение миниторакофренолапаротомии с видеоассистированием.

REFERENCES

1. Акилов Х.А., Ортиков Б.Я., Акбаров И.М., Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза редких локализаций // Хирургия Узбекистана. – 2008. – №3. – С. 7-10.
 2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Бруслик С.В. Эхинококкоз: современное состояние проблемы // Украинский журн. хир. – 2013. – №3. – С. 196-201.
 3. Вишневский В.А., Кахаров М.А., Камолов М.М. Радикальные операции при эхинококкозе печени // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тез. 12-го Междунар. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. – Ташкент, 2005. – С. 106.
 4. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современное состояние проблемы // Анналы хир. гепатол. – 2006. – №11. – С. 111–117.
 5. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Бруслик С.В. Эхинококкоз: современное состояние проблемы // Украинский журн. хир. – 2013. – №3. – С. 196-201.
- Хамроев Б.М., Мухаббатов Дж.К., Нозимов Ф.Х., Аннаев М.А.