

© Д. Ш. Сапаев, Р. Ю. Рузибаев, Ф. Р. Якубов, 2018
УДК 616.36-002.951.21-07-089
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-4-19-22

Д. Ш. Сапаев, Р. Ю. Рузибаев, Ф. Р. Якубов

СОВРЕМЕННАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии Министерства здравоохранения Узбекистана,
г. Ургенч, Узбекистан

ЦЕЛЬ. Оценить подходы к хирургическому лечению осложненных форм эхинококкоза печени. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** С 2010 по 2016 г. хирургическое лечение эхинококкоза печени выполнено у 202 больных, из которых первичный эхинококкоз был у 161 (79,7 %), рецидивный – у 41 (20,3 %). Анализируются данные о лечении 46 (22,8 %) пациентов с осложненным эхинококкозом. У 8 пациентов были сочетанные осложнения. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Среди осложненных форм эхинококкоза печени наиболее часто встречается нагноение кисты. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Больных осложненным эхинококкозом печени следует оперировать в специализированном учреждении при наличии современной диагностической и лечебной аппаратуры, высококвалифицированных специалистов.

Ключевые слова: *осложненный эхинококкоз, хирургическое лечение, дестабилизационные мероприятия*

D. Sh. Sapaev, R. Yu. Ruzibaev, F. R. Yakubov

Modern comprehensive diagnostics and surgical treatment of complicated forms of liver echinococcosis

Urgench Branch of the Tashkent Medical Academy Ministry of Health of Uzbekistan, Uzbekistan, Urgench

The **OBJECTIVE** of the study is to evaluate the approaches of surgical treatment of complicated forms of liver echinococcosis. **MATERIAL AND METHODS.** During the period from 2010 to 2016, surgical treatment of liver echinococcosis was performed in 202 patients, 161 patients of them (79.7 %) had primary echinococcosis, and 41 patients (20.3 %) had recurrent echinococcosis. The work is based on the retrospective analysis of the results of preoperative examination, intraoperative ultrasound examination and treatment of 46 (22.8 %) patients with complicated echinococcosis – with isolated liver damage or in combination with other localizations. **RESULTS.** Cyst suppuration is the most common among the complicated forms of liver echinococcosis. **CONCLUSION.** Complicated liver echinococcosis should be operated in the specialized institution with modern diagnostic and treatment equipment and highly qualified specialists.

Keywords: *complicated echinococcosis, surgical treatment, devastation measure*

Введение. Эхинококковая болезнь широко распространена во многих странах мира. По некоторым оценкам, в настоящее время эхинококкозом в мире поражены более 1 млн человек, при этом заболеваемость в некоторых эндемичных и неэндемичных регионах различается более чем в 200 раз. В последнее десятилетие отмечаются рост заболеваемости эхинококкозом и расширение географических границ болезни. По данным ВОЗ, из 50 млн человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 млн причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. Этот класс болезней остается ведущим в структуре причин смерти в XXI в. ВОЗ работает над утверждением к 2018 г. эффективных стратегий борьбы с эхинококкозом [1].

В настоящее время вопросы хирургического лечения осложненных форм эхинококкоза печени продолжают оставаться дискуссионными и требуют дальнейшего изучения.

Частота осложненных форм эхинококкоза печени достигает 84,6 %, а рецидивы наблюдаются в 54,0 %. Это обусловлено рядом факторов, к которым, прежде всего, следует отнести увеличившуюся

миграцию населения, ухудшение санитарно-эпидемиологической ситуации, в первую очередь, в регионах, эндемичных по эхинококкозу, низкий уровень диспансеризации населения и, в большей степени, ее прекращение, в том числе в группах риска. Эхинококкоз и его осложнения характеризуются длительным хроническим или рецидивирующим течением, тяжелыми органами и системными нарушениями, обширностью поражения, приводящими к инвалидности и нередко – к гибели больного [2].

Одним из наиболее частых осложнений эхинококкоза печени является нагноение кисты у 15–34 % больных [3]. Единого мнения среди хирургов-гепатологов в отношении выбора способов и методов хирургического лечения нагноения эхинококковых кист печени не существует. Ряд авторов [4, 5] используют радикальные вмешательства с удалением фиброзной капсулы как причины нагноения и рецидива заболевания.

Поражение желчных протоков является 2-м по частоте среди осложнений эхинококкоза печени и встречается у 15,8–20,1 % больных [6]. Анализ

литературных данных показывает, что вопрос о хирургическом лечении эхинококкоза печени, осложненного поражениями желчных протоков, продолжает оставаться серьезной проблемой хирургии. Это связано со сложностью диагностики поражений желчных путей, отсутствием единой хирургической тактики, что приводит к значительному числу послеоперационных осложнений с высокой летальностью, которая достигает 8 %. Следовательно, очень важной и актуальной является разработка показаний и противопоказаний к тем или иным оперативным вмешательствам при эхинококкозе печени, осложненном цистобилиарными свищами (ЦБС) [7].

Наиболее сложным и нерешенным вопросом хирургического лечения эхинококкоза печени, осложненного прорывом в брюшную полость, остается антипаразитарная санация свободной брюшной полости. Прорыв кист в брюшную полость – один из ведущих факторов развития послеоперационного рецидива [8]. Шанс развития рецидива при этом прорыве кисты в брюшную полость возрастает в 2,8 раза [9]. Не менее тяжелым, хотя и реже встречающимся (от 3,8 до 12,6 %) осложнением эхинококкоза печени является прорыв содержимого кисты в плевральную полость.

При обызвествленных эхинококковых кистах печени (от 1,9 до 9 %) не решенным до настоящего времени вопросом остается способ ликвидации остаточной полости [2]. Асептический некроз и обызвествление кисты – не худший исход течения эхинококкоза. Но все же это осложнение, хотя и приводит к гибели паразита, не излечивает больного, так как остается механическое воздействие обызвествленной кисты на ткань печени и ее трубчатые структуры, и при попадании инфекции (обычно эндогенной) часто происходит нагноение кисты [10].

В связи с вышеизложенным очевидна высокая актуальность вопросов диагностики и лечения осложненных форм эхинококкоза печени.

Цель работы – оценка подходов к хирургическому лечению осложненных форм эхинококкоза печени.

Материал и методы. За период с 2010 по 2016 г. хирургическое лечение эхинококкоза печени выполнено у 202 больных, из которых первичный эхинококкоз был у 161 (79,7 %), рецидивный – у 41 (20,3 %). Возраст пациентов колебался от 18 до 80 лет. Мужчин было 100 (49,5 %), женщин – 102 (50,5 %). Одиночная киста печени выявлена у 146 больных, множественные кисты – у 56. У 7 пациентов отмечены послеоперационные осложнения, 2 из которых произведена релапаротомия из-за кровотечения и нагноения остаточной полости.

Проведен ретроспективный анализ результатов дооперационного обследования, интраоперационного ультразвукового исследования (УЗИ) и лечения 46 (22,8 %) пациентов с осложненным эхинококкозом – с поражением печени или в сочетании с другими локализациями (у 8 пациентов – соче-

танные осложнения). У 36 больных обнаружена одиночная киста печени, у 10 – множественные кисты. Прорыв кисты в соседние органы был у 6 пациентов, из которых у 2 – прорыв в плевральную полость, у 2 киста прорвалась в желчные протоки и у 2 – в большой сальник.

Все пациенты прооперированы в нашей клинике. Всем больным проведены комплексные клиничко-лабораторные и инструментальные исследования органов брюшной полости, включающие УЗИ, компьютерную томографию (КТ), мульти-спиральную компьютерную томографию (МСКТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), эндоскопическую фиброгастроуденоскопию (ЭФГДС). Общеклиническое обследование проводили по стандартной методике. Лабораторные исследования включали общий анализ крови и мочи, определение уровня общего билирубина и его фракций, общего белка и его фракций, амилазы, сахара, мочевины, креатинина, АЛТ, АСТ, тимоловую пробу, коагулограмму.

Инструментальная и лабораторная диагностика паразитарного заболевания печени нередко представляет трудную задачу, что связано с его бессимптомным течением, особенно в раннем периоде развития, при расположении кисты в глубине органа.

По данным различных исследований, чувствительность УЗИ в выявлении эхинококкоза составляет 88–98 %, а специфичность – 95–100 %. Эхинококковая киста имеет несколько характерных ультразвуковых признаков. Это гипозоногенное (анэхогенное) образование, окруженное «хитиновой оболочкой» – гиперэхогенной структурой, на внутренней поверхности которой нередко определяются множественные гиперэхогенные включения, так называемый «гидатидный песок», представленный зародышевыми элементами эхинококка.

Выделено несколько ультразвуковых признаков, патогномоничных для эхинококковой кисты: 1) собственно киста – гипозоногенное (анэхогенное) образование; 2) хитиновая оболочка – гиперэхогенная структура, часто имеющая гипозоногенную прослойку между кутикулярным и герминативным слоями; 3) «гидатидный песок» на дне кисты (зародышевые элементы эхинококка); 4) фиброзная капсула – гиперэхогенный ободок, отделен от хитиновой оболочки гипозоногенным слоем, представляющим собой лимфатическую «шель»; 5) отслоившаяся хитиновая оболочка – ленточная гиперэхогенная структура в просвете кисты; дочерние кисты – дополнительные кистозные включения [1].

Первичный эхинококкоз печени с осложнением был у 37 (80,4 %) из 46 пациентов, с рецидивной и резидуальной эхинококковой кистой печени – у 9 (19,6 %). Наиболее частым осложнением было нагноение эхинококковой кисты – в 17 (37 %) наблюдениях, разрушение фиброзной капсулы с открытием в ее просвет желчных свищей – в 16 (34,8 %), обызвествление фиброзной капсулы – в 3 (6,5 %), прорыв в свободную брюшную полость – в 4,3 %, сочетанные осложнения – в 8 (17,4 %), из них прорыв эхинококковой кисты в билиарный тракт – у 2 пациентов и прорыв в плевральную полость – у 2.

Результаты. Традиционные операции выполнены 46 пациентам. Из них у 26 (56,5 %) произведена закрытая эхинококкэктомия, причем у 12 – с использованием перицистэктомии. В 14 (30,4 %) наблюдениях выполнена полукрытая эхинококкэктомия, из числа которых в 2 – с применением перицистэктомии. У 6 больных операция была радикальной, в том числе у 1 – полная перицистэктомия, у 4 – краевая резекция печени

и у 1 – полное удаление кисты вместе с фиброзной капсулой без ее вскрытия.

У 2 больных был прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи, холангита и лихорадки. Им эхинококкэктомия произведена в сочетании с холедохотомией и дренированием общего желчного протока по Керу. У 2 пациентов имелся прорыв кисты в правую плевральную полость, им выполнена нижняя лобэктомия. У 7 больных произведена симультанная холецистэктомия, у 1 – эхинококкэктомия из яичника. Размеры осложненных эхинококковых кист по интраоперационной оценке варьировали от 1 до 20 см (в среднем – 7 см).

У больных со множественными кистами печени при оперативном вмешательстве использовали интраоперационное УЗИ, сопоставляя его данные с предоперационными результатами МСКТ, особенно при внутривнутрипеченочном расположении эхинококковых кист, которые локализовались в правой доле печени и имели диаметр менее 5 см.

Всем больным с целью ликвидации оставшихся протосколексов и ацефалоцист проводили девастиационные мероприятия. Остаточную полость обрабатывали 70 % спиртом и 5 % настойкой йода. У 14 пациентов в остаточную полость вводили полихлорвиниловую дренажную трубку, выведенную через контрапертуру. Обнаруживаемые желчные свищи размерами от 0,1 до 0,5 см ушивали капроновой нитью. Остаточные полости промывали через дренажные трубки раствором Декасана с экспозицией 3–5 мин. Через 15–20 суток после контрольной УЗС дренажи извлекали.

В послеоперационном периоде у 8 больных наблюдали явления интоксикации в виде гипертермии, лейкоцитоза, которые купированы симптоматической терапией. У 3 пациентов был экссудативный плеврит, им проводили плевральную пункцию с введением антибиотиков и дыхательную гимнастику с положительным эффектом.

Одному больному в связи с нагноением остаточной полости выполнена релапаротомия, санация остаточной полости с дренированием. В последующем произведена фистулография, дренаж извлечен.

34 (74,5 %) из 46 пациентов выполнены операции с максимально возможным удалением свободной части фиброзной капсулы. Во время удаления эхинококковой кисты 8 больным выполнены различные варианты краевой резекции печени. У 1 из них типичная резекция печени сочеталась с частичной перичистэктомией из другой доли печени.

Признаки инфицирования одной или нескольких кист по характеру содержимого отмечены у 20 (18,2 %) пациентов, нагноение полости кисты – у 15 (13,6 %).

С учетом распространенности экстрапеченочного поражения операция носила сочетанный характер – ликвидация кист в печени и, как правило, эхинококкэктомия кист брюшной полости. Сочетанные хирургические вмешательства выполнены 15 пациентам. В отличие от прорыва с обсеменением брюшной полости и полости малого таза с последующим формированием большого числа эхинококковых кист различного диаметра, все другие рассматриваемые сочетанные поражения имели природу гематогенной инвазии паразита.

Большинство пациентов с сочетанным поражением легких были оперированы с участием торакального хирурга в торакальном отделении в качестве первого или второго этапа лечения. У 2 больных вмешательства на печени и легких выполняли одновременно. Поражение эхинококком селезенки потребовало ее удаления у 2 пациентов ввиду больших размеров и интрапаренхиматозного расположения.

Летальных исходов не было. Различные виды специфических и неспецифических послеоперационных осложнений отмечены у 18 (16,4 %) больных. Все пациенты в удовлетворительном состоянии были выписаны на амбулаторное лечение.

Обсуждение. Повторные операции пациентам, которые были ранее оперированы в других учреждениях, по основным принципам хирургических подходов были схожи с первичными, но отличались техническими сложностями, что было связано со спаечным процессом в области печени, брюшной полости и полости малого таза. Хирургическое пособие у большинства из них заключалось в эхинококкэктомии из печени и, по возможности, способом идеальной эхинококкэктомии из брюшной полости. Неосложненное послеоперационное течение было у большинства пациентов.

Наиболее часто встречалось нагноение эхинококковых кист, а прорывы кисты в желчные протоки, брюшную и плевральную полость наблюдали реже. У тех больных, у которых операцию проводили в специализированных областных учреждениях, осложнения встречали редко. В основном больные с осложненным рецидивным эхинококком печени были оперированы в районных больницах. Причем большинству этих пациентов практически не проводили полноценную девастиационную терапию.

Иногда несколько членов из одной семьи к нам обращались по поводу эхинококкоза, что говорит о необходимости диспансерного обследования всех членов семьи.

Выводы. 1. Среди осложненных форм эхинококкоза печени наиболее часто встречается нагноение кисты. Гораздо реже наблюдается прорыв кисты в желчные протоки, брюшную и плевральную полость.

2. Больные с осложненным эхинококкозом печени должны быть оперированы в специализированном учреждении при наличии современной диагностической и лечебной аппаратуры, высококвалифицированных специалистов. При множественных кистах и малых размерах кист требуется интраоперационная инструментальная диагностика с использованием ультразвуковых датчиков.

3. С целью профилактики рецидивирования заболевания требуется полноценная девастационная терапия.

4. Целесообразно проводить диспансерное обследование членов семей больных, оперированных по поводу эхинококкоза.

Конфликт интересов / Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов. / Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

- Шевченко Ю. Л., Назыров Ф. Г. Хирургия эхинококкоза. М.: Династия, 2016. 288 с. [Shevchenko Yu. L., Nazayrov F. G. Khirurgiya ekhinkokkoza. M.: Dynastia, 2016. 288 p.]
- Шевченко Ю. Л., Стойко Ю. М., Левчук А. Л. и др. Диагностика и лечение осложненных форм эхинококкоза печени // Вестн. Нац. мед.-хирург. Центра им. Н. И. Пирогова. 2012. Т. 7, № 2. С. 22–27. [Shevchenko Yu. L., Stoiko Yu. M., Levchuk A. L. et al. Diagnostika i lechenie oslozhnennykh form ekhinkokkoza pecheni // Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N. I. Pirogova. 2012. Vol. 7, № 2. P. 22–27.]
- Гайбатов С. П. Клиника и лечение нагноившегося эхинококкоза печени // Хирургия : Журнал им. Н. И. Пирогова. 2006. № 6. С. 16–18. [Gaybatov S. P. Klinika i lecheniye nagnoivshegosya ekhinkokkoza pecheni // Khirurgiya: Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2006. № 6. P. 16–18.]
- Назыров Ф. Г., Девятков А. В., Махмудов У. М. Спорные вопросы и причины повторных операций при эхинококкозе печени // Анн. хир. гепатол. 2007. Т. 12, № 1. С. 29–35. [Nazyrov F. G., Devyatov A. V., Makhmudov U. M. Spornyye voprosy i prichiny povtornykh operatsii pri ekhinkokkoze pecheni // Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2007. Vol. 12, № 1. P. 29–35.]
- Chautems R. Surgical management and long-term outcome of complicated liver hydatid cysts caused by Echinococcus granulos // Surgery. 2005. Vol. 137. P. 312–316.
- Абдуллаев А. Г., Агаев Р. М. Лечебная тактика при послеоперационных осложнениях у больных эхинококкозом печени с поражением желчных протоков // Хирургия : Журнал им. Н. И. Пирогова. 2006. № 7. С. 21–26. [Abdullayev A. G., Agayev R. M. Lechebnaya taktika pri posleoperatsionnykh oslozhnenniyyakh u bol'nykh ekhinkokkozom pecheni s porazheniyem zhelchnykh protokov // Khirurgiya: Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2006. № 7. P. 21–26.]
- Джабраилов Д. А., Мусаев Г. Х., Харанас С. С. Эхинококкоз печени, осложненный цистобилиарными свищами : диагностика и тактика лечения // Анн. хир. 2008. № 4. С. 5–9. [Dzhabrailov D. A., Musayev G. Kh., Kharanas S. S. Ekhinkokkoz pecheni, oslozhnennyy tsistobiliarnymi svishchami: diagnostika i taktika lecheniya // Annaly khirurgii. 2008. № 4. P. 5–9.]
- Мукантаев Т. Е. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени, осложненном прорывом в брюшную полость // Вестн. Дагестан. гос. мед. акад. 2017. № 1 (22). С. 43–47. [Mukantayev T. Ye. Khirurgicheskaya taktika pri ekhinkokkoze pecheni, oslozhnennom proryvom v bryushnuyu polost' // Vestnik Dagestanskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii. 2017. № 1 (22). P. 43–47.]
- Ахмедов И. Г. Рецидив эхинококковой болезни : патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение // Хирургия. 2006. № 4. С. 52–57. [Akhmedov I. G. Retsidiv ekhinkokkovoï bolezni: patogeneticheskie aspekty, profilaktika, rannyya diagnostika i lechenie [Recurrence of hydatid disease: pathogenetic aspects, prevention, early diagnosis and treatment] // Khirurgiya. 2006. № 4. P. 52–57.]
- Альперович Б. И. Хирургия печени. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 356 с. [Al'perovich B. I. Khirurgiya pecheni. M.: GEOTAR-Media, 2008. 356 p.]

Поступила в редакцию 26.02.2018 г.

Сведения об авторах:

Сапаев Дусчан Шухратович (e-mail: duschanboy.sapaev@mail.ru), аспирант кафедры; Рузибаев Рашид Юсупович (e-mail: rach_ter@rambler.ru), д-р мед. наук, доцент, директор Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии; Якубов Фарход Раджабович (e-mail: dr.r.f@mail.ru), канд. мед. наук, ассистент кафедры; кафедра общей хирургии и травматологии Ургенчского филиала Ташкентской медицинской академии МЗ Узбекистана, 220100, Узбекистан, г. Ургенч, ул. Ал-Хоразмий, д. 28.