

УДК:616.1-615.2.03:616-053.2

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Ассистент Сахибова Зиёда Рахмоновна
Ассистент Ахмедова Мафтуна Амин кызы
Бухарский государственный медицинский институт

АННОТАЦИЯ

Оценить подходы к хирургическому лечению осложненных форм эхинококкоза печени.. С 2018 по 2021 г. хирургическое лечение эхинококкоза печени выполнено у 197 больных, из которых первичный эхинококкоз был у 157 (79,7 %), рецидивный – у 40 (20,3 %). Анализируются данные о лечении 46 (22,8 %) пациентов с осложненным эхинококкозом. У 4 пациентов были сочетанные осложнения. Среди осложненных форм эхинококкоза печени наиболее часто встречается нагноение кисты. Больных осложненным эхинококкозом печени следует оперировать в специализированном учреждении при наличии современной диагностической и лечебной аппаратуры, высококвалифицированных специалистов.

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

MODERN COMPREHENSIVE DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

ABSTRACT

The objective of the study is to evaluate the approaches of surgical treatment of complicated forms of liver echinococcosis.. 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. 8 patients had concomitant complications.. Cyst suppuration is the most common among the complicated forms of liver echinococcosis. 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, diagnosis, devastation measure*

ВВЕДЕНИЕ

Эхинококкоз - паразитарное заболевание, эндемичное для многих регионов. Эхинококковая инвазия может поражать любую часть тела и проявляться по-разному в зависимости от стадии развития, сопутствующих осложнений, а также реакции организма пациента. Эхинококковая болезнь широко распространена во многих странах мира [1]. 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 [2].

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 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 [11]. 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 2018 по 2021 г. хирургическое лечение эхинококкоза печени выполнено у 197 больных, из которых первичный эхинококкоз был у 157 (79,7 %), рецидивный – у 40 (20,3 %). Возраст пациентов колебался от 19 до 81 лет. Мужчин было 100 (49,5 %), женщин – 102 (50,5 %). Одиночная киста печени выявлена у 1 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 – сочетанные 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), мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ), магнитно-резонансную томографию (МРТ), эндоскопическую фиброгастродуоденоскопию (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 гипоэхогенное (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, патогномичных для эхинококковой кисты: 1) собственно киста – гипоэхогенное (анэхогенное) образование; 2) хитиновая оболочка – гиперэхогенная структура, часто имеющая гипоэхогенную 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 «щель»; 5) отслоившаяся хитиновая оболочка – ленточная гиперзоногенная 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 полужакрытая 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). Больных со множественными кистами печени при оперативном вмешательстве использовали интраоперационное УЗИ, сопоставляя его данные с предоперационными результатами МСКТ, особенно при внутрпеченочном 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. , 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 перицистэктомией из другой доли печени 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 перицистэктомией 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 эхинококкозом 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 эхинококкозом 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 девастиационная 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.

REFERENCES

- [1] Шевченко Ю. Л., Назыров Ф. Г. Хирургия эхинококкоза. М. : Династия, 2016. 288 с. [Shevchenko Yu. L., Nazyrova F. G. Khirurgiya ekhinokokkoza. M.: Dynastia, 2016. 288 p.].
- [2] 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 ekhinokokkoza pecheni // Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N. I. Pirogova. 2012. Vol. 7, № 2. P. 22–27].
- [3] 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 ekhinokokkoza pecheni // Khirurgiya: Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2006. № 6. P. 16–18].
- [4] Назыров Ф. Г., Девятов 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. Spornye voprosy i prichiny povtornykh operatsii pri ekhinokokkoze pecheni // Annaly khirurgicheskoi gepatologii. 2007. Vol. 12, № 1. P. 29–35].
- [5] Chautems R. Surgical management and long-term outcome of complicated liver hydatid cysts caused by Echinococcus granulos // Surgery. 2005. Vol. 137. P. 312–316.
- [6] 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 oslozhneniyakh u bol'nykh ekhinokokkozom pecheni s porazheniyem zhelchnykh protokov // Khirurgiya: Zhurnal im. N. I. Pirogova. 2006. № 7. P. 21–26].
- [7] 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. Ekhinokokkoz pecheni, oslozhnennyi tsistobiliarnymi svishchami: diagnostika i taktika lecheniya // Annaly khirurgii. 2008. № 4. P. 5–9].
- [8] 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

ekhinokokkoze pecheni, oslozhnennom proryvom v bryushnuyu polost' // Vestnik Dagestanskoy gosudarstvennoy meditsinskoy akademii. 2017. № 1 (22). P. 43–47].

[9] Ахмедов И. Г. Рецидив эхинококковой болезни : патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение // Хирургия. 2006. № 4. С. 52–57. [Akhmedov I. G. Retsidiv ekhinokokkovoï bolezni: patogeneticheskie aspekty, profilaktika, rannaya diagnostika i lechenie [Recurrence of hydatid disease: pathogenetic aspects, prevention, early diagnosis and treatment] // Khirurgiya. 2006. № 4. P. 52–57].

[10] Альперович Б. И. Хирургия печени. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. 356 с. [Al'perovich B. I. Khirurgiya pecheni. M.: GEOTAR-Media, 2008. 356 p.].

[11] Мамедов У.С.Сохибова З.Р.Ахмадова М.А. RADIATION DIAGNOSTICS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

[12] Makhmudova G.F. Age-related clinical, anatomical and morphological features of malignant tumors of the cervix// Journal of science and technology//2021.-P.-475-480.

[13] Махмудова Г. Ф., Темирова, Д. В., & Баротова, Ш. Б. (2021). Бачадон бўйни хавфли ўсмаларининг ёшга хос хусусиятлари//Academic research in educational sciences//2(5).-Б.- 186-196. <https://doi.org/10.24411/2181-1385-202100871>