

УДК 616.36:616.995.121-089 (575.2) (04)

## РАДИКАЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Д.Г. Ахметов* – соискатель,  
*А.Д. Джоробеков* – докт. мед. наук,  
*Д.У. Молдоташев* – соискатель

The paper describes that according to short-term and long-term results radical surgical operations are the method of surgical treatment selection in cases of hydatid echinococcosis.

С точки зрения хирургической тактики при гидатидозном эхинококкозе печени (ГЭП) наиболее сложными и спорными остаются вопросы выбора рационального оперативного доступа, метода и объема оперативных вмешательств [1–5].

Целесообразность выполнения радикальных вмешательств при гидатидозном эхинококкозе в последние годы является предметом дискуссий [4–7]. Поэтому вопросы определения показаний к радикальным операциям и совершенствование техники их выполнения представляются актуальными.

**Цель** настоящего исследования – оценка результатов радикальных и традиционных оперативных вмешательств у больных гидатидозным эхинококкозом печени.

**Материалы и методы.** В основу настоящей работы положены результаты хирургического лечения 312 больных гидатидозным эхинококкозом печени, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях ГКБ №1 г. Бишкек с 1998 по 2007 г. Среди больных гидатидозным эхинококкозом печени преобладали женщины – 205, а мужчин было 107.

Основную группу составили 150 больных, которым обследования и оперативные вмешательства выполнены с применением высокоинформативных неинвазивных методов инст-

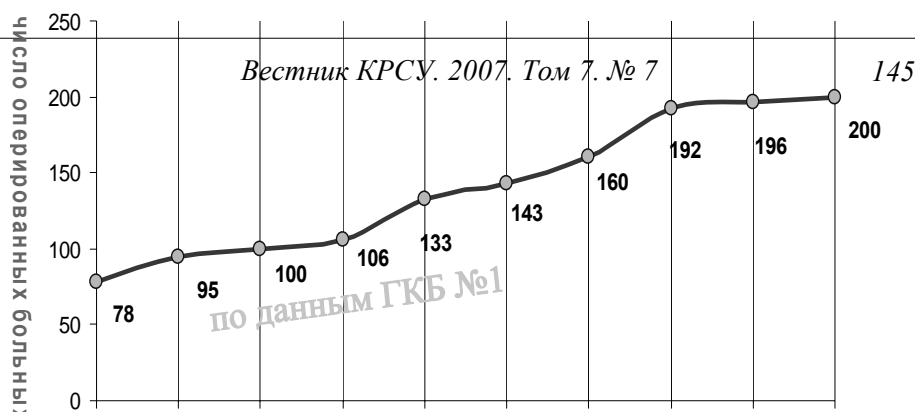
рументальной диагностики, рациональной хирургической тактики, усовершенствованной техники радикальных оперативных вмешательств. Контрольную группу составили 162 больных, которым применяли традиционные методы диагностики, хирургической тактики и общепринятые техники оперативных вмешательств на печени.

Для топической и дифференциальной диагностики гидатидозного эхинококкоза печени были использованы инструментальные методы исследования – ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, а также интраоперационная сонография.

**Результаты и обсуждение.** За последние 10 лет повсеместно в нашей республике отмечается прогрессивный рост числа больных эхинококкозом печени (см. рисунок).

Из рисунка видно, что в последние годы наблюдается прогрессивный рост заболеваемости по обращаемости с гидатидозным эхинококкозом печени – более чем в 2 раза по сравнению с предыдущими 10 лет, что подчеркивает актуальность изучаемой проблемы.

При выборе оптимального метода и объема радикальных оперативных вмешательств учитывали размеры, локализации, количества паразитарных кист, а также наличие осложнений и тяжесть состояния больных (табл. 1).



Динамика роста заболеваемости эхинококкозом печени по обращаемости за последние 10 лет по данным ГКБ №1.

Таблица 1

Методы радикальных операций у больных гидатидозным эхинококкозом печени

Методы операций	Число больных	
	абс.	%
Резекция печени:	26	17,3
анатомическая	15	7,3
неанатомическая	11	10,0
Идеальная эхинококкэктомия	30	20,0
Эхинококкэктомия + радикальная цистоперицистэктомия	80	53,4
Сочетанные радикальные операции:	14	9,3
резекция печени + идеальная эхинококкэктомия	7	4,7
резекция печени + радикальная цистоперицистэктомия	4	2,7
Идеальная эхинококкэктомия + радикальная ЦПЭ	3	2,0
Всего	150	100,20

Наиболее радикальным и эффективным методом хирургического лечения при ГЭП является резекция печени, сущность которой заключается в полном удалении паразитарной кисты со всеми перикистозными тканями, и тем самым предотвращаются рецидивы заболевания и развитие послеоперационных осложнений. Показаниями к резекции печени при гидатидозном эхинококкозе считали:

- наличие солитарной кисты или множество кист, занимающих полностью анатомическую область (сегмент, долю, половину) печени;
- центральную локализацию кист;
- обызвествления фиброзной капсулы кисты;
- краевая локализация паразитарных кист;
- поверхностное расположение кист печени.

При гидатидозном эхинококкозе печени предпочтение отдавали анатомическим резекциям печени, которые произвели у 15 больных в связи с тотальным поражением анатомической области печени и центральной локализацией паразитарных кист.

При краевой локализации и небольших размерах обызвествленных кист операцией выбора считали экономные неанатомические резекции печени, которые выполнены у 11 пациентов. Органосохраняющие неанатомические резекции позволяли сохранить здоровые ткани печени.

У 18 больных в связи с обширным поражением доли, половины или большей части печени выполнены обширные резекции печени, в том числе стандартные и расширенные гемигепатэктомии (табл. 2).

Таблица 2

Объем резекций печени  
у больных эхинококкозом

Объем резекции печени	Число больных	
	абс.	%
Обширные резекции печени	18	69,2
Гемигепатэктомии:	11	
ПГГЭ	6	
ЛГГЭ	5	
Расширенные гемигепатэктомии	3	
ПРГГЭ	2	
ЛРГГЭ	1	
ТриСЭ	4	
Экономные резекции печени	8	30,8
ЛКЛЭ	4	
БиСЭ	2	
СЭ	2	
Всего	26	100,0

Экономные по объему органосохраняющие резекции печени произведены у 8 больных в связи с ранними формами заболевания и поражением 1–2 сегментов органа.

Идеальная эхинококэктомия – вылушивание паразитарной кисты вместе с капсулой произведена у 30 больных. Показаниями к выполнению идеальной эхинококэктомии считали:

- ↪ наличие эхинококковых кист в доступных сегментах (S II, III, V, VI) печени;
- ↪ локализация кист в левой классической доле печени независимо от их размеров;
- ↪ размеры кист не более 10 см в диаметре в других локализациях органа.

Нами разработана техника выполнения радикальной эхинококэктомии путем вылушивания эхинококковой кисты с элементами атипичной резекции печени. Техника разработанного метода идеальной эхинококэктомии состояла в следующем: отступая от паразитарной кисты на расстояния 1,5–2 см с помощью электроножа рассекается глиссонова капсула печени вокруг ее периметра. Затем производится рассечение и электрокоагуляция паренхимы и мелких сосудисто-протоковых структур, при этом сосуды диаметром более 2 мм прошиваются лигатурой.

Встречающиеся по мере продвижения в глубь органа, паренхима и сосудисто-протоковые элементы печени обрабатываются элек-

троножом. После мобилизации по всему периметру киста удаляется целиком вместе с фиброзной капсулой, иногда даже с частью паренхимы печени.

По объему различаем три вида операции цистоперицистэктомии: тотальную, субтотальную и парциальную. К радикальной цистоперицистэктомии отнесли тотальное или субтотальное удаление фиброзной капсулы эхинококковой кисты, которые выполнены у 80 (49,4%) больных.

Техника тотальной цистоперицистэктомии состояла в удалении паразитарной кисты вместе с полным иссечением фиброзной капсулы на границе со здоровой паренхимой печени с помощью электрокоагуляции и хирургического скальпеля с предварительным наложением гемостатических и механических швов.

Суть техники субтотальной перицистэктомии состояла почти в полном иссечении паразитарной кисты, за исключением оставления небольших участков фиброзной капсулы вблизи проекции крупных сосудов и желчных протоков, без формирования остаточной полости.

Показаниями к тотальной и субтотальной цистоперицистэктомии у 80 больных гидатидозным эхинококкозом печени считали:

- наличие больших и гигантских кист;
- обызвествленных кист;
- локализацию кист в доступных сегментах (S II, III, V, VI) печени;
- краевые и поверхностные расположения кист.

Показаниями к выполнению сочетанных радикальных оперативных вмешательств при гидатидозном эхинококкозе считали:

- ✓ двойную локализацию кист в несмежных сегментах печени;
- ✓ множественные кисты в обеих долях печени;
- ✓ наличие условий для выполнения сочетанной резекции печени и других радикальных операций.

Резекции печени в сочетании с радикальной цистоперицистэктомией произведены у 7 больных, резекция печени – с идеальной эхинококэктомией – у 4 и идеальная эхинококэктомия – с радикальной цистоперицистэктомией – у 3 пациентов с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

В контрольной группе выполнены 4 вида традиционных методов оперативных вмешательств (табл. 3).

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств  
в контрольной группе больных ГЭП

Характер операций	Число больных	
	абс.	%
Эхинококкэктомия + капитонаж по Делбе	48	32,0
Эхинококкэктомия + инвагинация фиброзной капсулы в остаточную полость	46	30,7
Эхинококкэктомия + оментопластика	38	25,3
Эхинококкэктомия + парциальная ЦПЭ + абдоминализация остаточной полости	30	20,0
Всего	162	100,0

Техника выполнения операции эхинококкэктомии печени в нашей клинике заключалась в следующем: после тщательного отграничения операционного поля и окружающих органов и тканей марлевыми тампонами, смоченными 70°C фурациллином, производится пункционная аспирация эхинококковой жидкости иглой большего диаметра, снабженной боковыми отверстиями и соединенной с электроотсосом.

После удаления паразитарной жидкости рассекают фиброзную капсулу, удаляют хитиновую оболочку с помощью щипцов, затем производится антипаразитарная обработка остаточной полости термическим способом.

Методом выбора антипаразитарной обработки остаточной полости при операциях по поводу эхинококкоза печени считали термический способ, предложенный проф. Б.А. Акматовым (1994). При этом под воздействием подогретого до 70°C раствора фурациллина с экспозицией 10 мин в самой полости, в зоне 2 см вокруг фиброзной капсулы и ткани печени создается достаточно высокая (до 60°C) температура, которая губительно действует на зародышевые элементы эхинококковой кисты. Термический метод обработки остаточной полости был использован у всех оперированных больных.

Способ капитонажа ликвидации остаточной полости по Delbet технически осуществляли путем поэтапного наложения кетгуттовых кисетных швов на стенки фиброзной капсулы,

начиная со стороны дна полости кисты. Однако данный способ оказался не безопасным в связи с возможностью ранения кровеносных сосудов и желчных протоков в процессе наложения кисетных швов, которое наблюдали у 5 пациентов.

Метод инвагинации в остаточную полость печени свободных участков фиброзной капсулы произвели у 46 больных ГЭП. Техника выполнения данной операции заключается в инвагинации свободных краев фиброзной капсулы в остаточную полость с помощью вворачивающих швов снаружи во внутрь и в несколько рядов.

В 38 наблюдениях для ликвидации остаточной полости нами применен метод оментопластики – с помощью лоскута сальника на питающей ножке. Показаниями к методу оментопластики считали наличие глубоко расположенных эхинококковых полостей, когда невозможно было ликвидировать остаточную полость способом капитонажа.

Метод оментопластики технически осуществляется следующим образом: выкраивается лоскут большого сальника с учетом соответствия размерам остаточной полости, которая достаточно туго заполняется сальником, края которого фиксируются отдельными швами к наружному краю фиброзной капсулы. Данную операцию, однако, не всегда удается технически осуществить, из-за слабого развития сальника, при больших и множественных кистах, выраженном спаечном процессе. В случаях инфицирования полости в послеоперационном периоде у 4 больных наблюдали нагноение и секвестрацию погруженного участка сальника.

При больших и гигантских поддиафрагмальных кистах и отсутствии коммуникаций с желчными протоками у 30 больных производили эхинококкэктомию в сочетании с парциальной цистоперицистэктомией и абдоминализацией остаточной полости. Данная методика операции показана при неосложненных, небольших и средних размерах эхинококковых кист, не имеющих коммуникации с желчными протоками.

После радикальных оперативных вмешательств осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 18 (12,0%)

больных, а после традиционных методов операций – у 55 (33,9%). Рецидивы после традиционных операций наблюдали у 6 больных в сроки от 1 года до 10 лет (3,7%), а после радикальных вмешательств рецидивы заболевания и летальных исходов не наблюдали. Умерла больная от гнойных осложнений традиционных операций и летальность составила 0,7%.

Таким образом, применение рациональных и усовершенствованных методов радикальных оперативных вмешательств при гидатидозном эхинококкозе печени позволяют снизить число послеоперационных осложнений в 3 раза, а частоту рецидивов и показатель летальности довести до нуля.

#### Литература

1. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Федотовских Г.В. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // *Анналы хирург. гепатологии.* – 2006. – Т. 11. – №3. – С. 180–181.
2. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. – Томск: Красное знамя, 1997. – 607 с.
3. Ахунбаев И.К., Ахунбаева Н.И. Эхинококкоз легкого и его хирургическое лечение. – Фрунзе, 1977. – 200 с.
4. Джоробеков А.Д., Тюреканов К.Э., Егиналиев А.С., Сарыгулов Т.А. Хирургическое лечение цистобилиарных свищей при эхинококкозе печени // *Анналы хирург. гепатологии.* – 2006. – Т. 11. – №3. – С. 195.
5. Buttenschoen K., Buttenschoen C. Echinococcus granulos infection: the challenge of surgical treatment // *Langenbecks Arch. Surg.* – 2003. – Vol. 388. – P. 218–230.
6. Gollackner B., Friedrich L., Auer H et al. Radical surgical therapy of abdominal cystic hydatid disease: factors of recurrence // *World. J. Surg.* – 2000. – Vol. 24. – P. 717–721.
7. Pedrosa I., Saiz A., Arrozola J. et al. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications // *Radiographics.* – 2000. – Vol. 20. – P. 795–817.