

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ

Комилов С.О., Мирходжаев И.А., Хикматов Ж.С.,

Бухарский государственный медицинский институт.

✓ Резюме

Проанализированы результаты оперативного лечения 67 больных с множественными и рецидивными эхинококкозом печени. У 46 больных имело место первично множественный эхинококкоз печени (МЭП). Рецидивные формы ЭП встречались у 18 больных. До операции: осложнения в виде прорыва кисты в билиарные пути 22% случаев, плевральную полость 11% в брюшную полость 5,6%. Клиника механической желтухи выявлена у 28%, нагноение кисты 22% больных. При лечении МЭП с учетом локализации кист и характера осложнений применены следующие операции: идеальная эхинококкэктомия 17,4%, цистперикистэктомия у 17,4%, эхинококкэктомия сочетанием с цистперикистэктомией у 13%, полизакрытая эхинококкэктомия 52,2% больных. У больных осложненным ЭП с развитием клиники механической желтухи выполнены эндоскопические папилосфинктеротомии с наружным дренированием. Анализы результатов хирургического лечения МЭП и рецидивных ЭП показало, что наиболее эффективным методом оперативного лечения является идеальная эхинококкэктомия. По показаниям выполнены наружное дренирование остаточной полости (ОП) и билиарных путей, которые являются методом выбора при лечении больных с МЭП и РЭП. Эхинококкэктомия печени из мини доступа создают благоприятные условия для строгого соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности.

Ключевые слова: множественный эхинококкоз печени, идеальная эхинококкэктомия, цистперикистэктомия, наружное дренирование, мини-лапаротомия.

КЎП СОНЛИ ВА ҚАЙТАЛАНУВЧИ ЖИГАР ЭХИНОКОККИНИ ДАВОЛАШДА ХИРУРГИК УСУЛЛАРНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Комилов С.О., Мирходжаев И.А., Хикматов Ж.С.,

Бухоро давлат тиббиёт институти.

✓ Резюме

Кўп сонли ва қайталанувчи жигар эхинококкини 67 беморда оператив даволаш натижалари таҳлил қилинди. 46 беморда бирламчи кўп сонли ва 18 беморда қайталанувчи жигар эхинококки аниқланди. Операциягача 22% ҳолларда эхинококк кистасининг ўт йўллари, 11% плевра бўшлиғига, 5,6%-қорин бўшлиғига ёрилгани, механик сариқлик 28% ва кистанинг йиринглагани 22% беморларда аниқланди. Эхинококкнинг жойлашган жойи ва асратларининг турига қараб 17,4% ҳолларда идеал эхинококкэктомия, 13%-эхинококкэктомия, цистперикистэктомия билан биргаликда ва 52,2% беморларда ярим ёпиқ эхинококкэктомия бажарилди. Механик сариқлик белгилари кузатилганда эндоскопик папилосфинктеротомия амалиёти бажарилди. Хирургик даволаш натижалари таҳлилида идеал эхинококкэктомия усулининг самарадорлиги юқорилиги аниқланди. Кўрсатмалар бўлганда қолдиқ бўшлиқни ва ўт йўллари ташқи дренажлаш даволашнинг асосий усули экани хулоса қилинди. Минилапаротомия усули кўрсатма асосида қўлланилганда эса апаразитар ва антипаразитар тамойилларига қаттиқ риоя қилиниши таъкидланди.

Калит сўзлар: кўп сонли жигар эхинококкози, идеал эхинококкэктомия, цистперикистэктомия, ташқи дренажлаш, минилапаротомия.

OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT METHODS FOR MULTIPLE AND RECURRENT FORMS OF LIVER ECHINOCOCCUS

Komilov S.O., Mirxodjaye I.A., Hikmatov J.S.,

Chair of Faculty and Hospital Surgery, Urology Bukhara State Medical Institute.

✓ Resume

The results of surgical treatment of 67 patients with multiple and recurrent echinococcosis of the liver were analyzed. 46 patients had primary multiple liver echinococcosis (MLE). Recurrent forms of EP were observed in 18 patients. Before the operation, the cyst burst into the biliary tract in 22% of cases, into the pleural cavity in 11% and 5.6% into the abdominal cavity. The clinic of obstructive jaundice was detected in 28%, cyst suppuration in 22% of patients. In the treatment of MLE, taking into account the localization of cysts and the nature of complications, the following operations were used: ideal echinococcectomy in 17.4%, cystpericystectomy in 17.4%, echinococcectomy in combination with cystpericystectomy in 13%, polyclosed echinococcectomy in 52.2% of patients. Endoscopic papilosphincterotomy with external drainage was performed in patients with complicated EP with the development of obstructive jaundice. Analysis of the results of surgical treatment of MLE and recurrent EL showed that the most effective method of surgical treatment is ideal echinococcectomy. According to the indications, external drainage of the residual cavity (RC) and biliary tract was performed, which is the method of choice in the treatment of patients with MLE and RLE. Echinococcectomy of the liver from a mini access creates favorable conditions for strict adherence to the principles of aparasiticity and antiparasiticity.

Key words: multiple liver echinococcosis, ideal echinococcectomy, cystpericystectomy, external drainage, minilaparotomy.

Актуальность

Наиболее радикальным и современным методом лечения больных эхинококкозом печени (ЭП) является хирургический [1,3]. Традиционно выполняемый метод открытой эхинококкэктомии в полной мере не удовлетворяет хирургов, ибо частота развивающихся послеоперационных осложнений остается высокой, достигая от 35 до 40% [1,4,5]. Множественное поражение эхинококковыми кистами печени встречается в 6,4-44% случаев [6,7,8]. Чаше рецидивирование приходится именно на долю множественных форм эхинококка печени (МЭП).

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения МЭП и РЭП.

Материал и методы

Проанализированы результаты оперативного лечения 67 больных с множественными эхинококкозом печени (МЭП). У 46 больных имело место первично - множественный ЭП, при этом локализация кист в правой доли печени наблюдались у 20 (43%) больных, в левой доле печени наблюдались у 8 (17%), в обеих долей печени у 18 (40%) больных. Рецидивные формы ЭП имели место у 21 больных. Неосложненные формы МЭП встречались у 28, осложненные формы у 18 больных. В дооперационном периоде наблюдались нижеследующие осложнения: прорыв кисты в билиарные пути у 4(22%), прорыв в брюшную полость у 1 (5,6%), прорыв в плевральную полость у 2(11%), сдавление желчных путей с развитием клиники механической желтухи у 5 (28%), обызвествление у 2 (11%), нагноение кист у 4(22%) больных. При множественной эхинококкозе печени выполнены следующие оперативные вмешательства: идеальная эхинококкэктомия у 8 (17,4%), цистперии-цистэктомия у 8 (17,4%), эхинококкэктомия сочетанием с цистперии-цистэктомией у 6 (13%), полузакрытая эхинококкэктомия у 24 (52,2%) больных.

Наибольший процент операции составили варианты с наружным дренированием остаточной полости (ОП), в 17 случаях были использованы варианты уменьшения остаточных полостей (частичная перицистэктомия, инвагинация, капитонаж). Остаточная полость печени обработана бетаденом, губительно действующие на зародышевые элементы паразита.

В 4-х случаях при осложненном ЭП произошел прорыв содержимого кисты в билиарный тракт. Этим больным выполнена эндоскопическая папилло-сфинктеротомия (ЭПСТ), санация внепеченочных желчных путей декасаном+открытая эхинококкэктомия печени с дренированием остаточной полости. В послеоперационном периоде проведена антипаразитарная и гепатотропная терапия. После операции традиционной эхинококкэктомии печени в раннем послеоперационном периоде развились нижеследующие осложнения: экссудативный плеврит у 3(6,5%), аллергическая реакция у 2 (4,3%), формирования желчного свища в 6 (13%), абсцесс брюшной полости 1(2%) случаев. Чаше всего при поддиафрагмальной локализации эхинококковых кист печени в послеоперационном периоде наблюдалось развитие реактивного характера скопление жидкости в правой плевральной полости. В диагностике экссудативного плеврита наряду с полипозиционным рентгенологическим исследовани-

ем большое значение представляет УЗИ плевральной полости. Преимуществом метода УЗИ является то, что в плевральной полости скопление жидкости объемом около 10 мл четко определяется эхоэнографически, тогда как при рентгеноскопии жидкость в плевральной полости выявляется при объеме более 100 мл. Под контролем УЗИ можно определить глубину, локализацию и возможность повторных пункций без повреждения внутренних органов. Всем трем больным с реактивным плевритом производилась ежедневная пункция плевральной полости с последующим использованием антибиотика широкого спектра внутриплеврально в течении 5-7 дней. Критерием эффективности пункционной санации плевральной полости служила ликвидация явлений интоксикации и отсутствие накопления экссудата. Желчестечение при наружном дренировании ОП у 6 больных, прекратились к 15-16 суткам консервативного лечения. В послеоперационном периоде для контроля регрессии ОП печени выполняли программные УЗИ. Полная редукция ОП у оперированных больных наступила к 54+11 суткам больных. В 6 случаях после операции по поводу МЭП наблюдался рецидив заболевания, которое успешно удалось вылечить путем пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под контролем ультрасонографии. После традиционной и миниинвазивных методов лечения МЭП проведен 3 курса антипаразитарной терапии альбендазолом (10-12мг/кг/сутки) в течении 28 дней. С интервалом перерыва 1 месяц. В хирургии МЭП обязательным является интраоперационная ультрасонография печени, с целью профилактики резидуальных форм ЭП.

У 21 рецидивными формами МЭП больных, кисты локализовались в основном в VII, VIII сегментах печени. Диагноз устанавливали на основании УЗИ, КТ, МРТ, реакции иммуноферментного анализа (ИФА). Всем больным выполнены чрескожные минимально инвазивные хирургические вмешательства - минилапаротомия. Показаниями к подобным вмешательствам явились сонографические картины эхинококковых кист I, II, III типов по Н.Gharbi, нагноение остаточных полостей печени размером 8-10 см, тяжесть общего состояния больных. Техника выполнения чрескожных вмешательств из мини доступа под УЗ-контролем была следующей: все манипуляции выполнялись под внутривенным кетоналовым обезболиванием. Перед вмешательством проводили УЗИ, определяли место выполнения минилапаротомии, соблюдая принципы антипаразитарности, пунктировали кисту или же полость, эвакуировали жидкость, по ходу иглы расширяли рану, санировали и дренировали полости полихлорвиниловыми дренажами. Антипаразитарную обработку остаточной полости осуществляли раствором бетаденом с экспозицией 15 минут. Сроки дренирования полостей составили в среднем 16,8+4 дней.

Результат и обсуждения

После миниинвазивных вмешательств у двух больных по поводу реактивного плеврита выполнены пункционные способы извлечения жидкости из плевральной полости. Других осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде не наблюдали. Больным с рецидивными ЭП в послеоперационном пери-

оде проводили химиотерапию альбендазолом в дозе 10-12 мг/кг/сутки, рекомендованная ВОЗ (1983).

Проведенный анализ результатов хирургического лечения множественного эхинококкоза печени у больных показал, что интраоперационные осложнения не столь значительны – 4,2%. Отмечены явные преимущества наружного дренирования неуменьшенной фиброзной полости перед вариантами дренирования уменьшенной полости (оментопластика, капитонажный и инвагинационные способы).

Выводы

Таким образом, наиболее эффективными методами оперативного лечения МЭП следует считать идеальную эхинококкэктомию, цистперицист-эктомию, при которых риск рецидивирования заболевания сведены к нулю, а из открытых методов эхинококкэктомии – наружное дренирование остаточной полости с неоднократной обработкой остаточной полости бетаденом. Что касается эхинококкэктомии печени из мини доступа создаются благоприятные условия для соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности, являясь малотравматичной операцией – сокращает сроки пребывания больного в стационаре, отсутствие каких-либо осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ахметов Д.Г. Радикальные операции при гидатидозном эхинококкозе печени "Анналы хирургической гепатологии", 2007, т. 12, №3, с.41.
2. Шевченко Ю.Л., Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. Хирургия 2007, с.49-55;
3. Шангереева Р.Х. "Хирургическое лечение множественного эхинококкоза печени у детей", 2005г.
4. Азизода З.А., Курбонов К.М., Ризоев В.С. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени // Вест. Авиц. - 2019. - Т. 21. - № 1. - С. 116-120. doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-1-116-120
5. Амонов Ш.Ш., Рахмонов Д.А., Файзиев З.Ш. и др. Современные аспекты диагностики хирургического лечения эхинококкоза печени / Вест. Авиц. - 2019. - Т. 21. - № 3. - С. 480-488. doi: 10.25005/2074-0581-2019-21-3-480-488
6. Мирходжаев И.А., Комилов С.О. Хирургическое лечение эхинококкоза печени, легких на фоне беременности. Проблемы биологии и медицины, 2019, №4.2, с.80-82.
7. Масленникова Н.А., Тихонова Е.П., Михайлова Л.А. Клинические аспекты проявления эхинококкоза печени // Современные проблемы науки и образования.-2018-№5-URL: [http:// www.scins-education.ru/ru-article-view.id-27998](http://www.scins-education.ru/ru-article-view.id-27998).
8. Shamsiev J.A., Rakhmanov K.E., Davlatov S.S., Juraeva F.F. Results of surgical treatment of Live Echinococcus // Eur. Sci. Rev. - 2018. - № 7 (29). - P. 49-54.

Поступила 09.11. 2020