

УДК 616.36-002.951-089

ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЕЧЕНИ

Толстокоров А. С., Гергенретер Ю.С.

ГБОУ ВПО Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра хирургии и онкологии ФПК и ППС, Россия, г. Саратов, ГСП ул.Большая Казачья, 112)E-mail: hirurgiyafpk@mail.ru

В основу работы положен опыт хирургического лечения больных эхинококкозом печени (ЭП) с локализацией кист в 7-8 сегментах. Ключевыми этапами при выполнении эхинококкэктомии (ЭЭ) являются предотвращение рецидива заболевания и ликвидация остаточной полости. Оптимальное решение этих задач в первую очередь зависит от адекватного хирургического доступа. Использование торакофренолапаротомии облегчает задачу хирурга, позволяет снизить количество ранних послеоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты. К рецидиву ЭП приводят недиагностированные эхинококковые кисты, сохранение в фиброзной капсуле зародышевых элементов и обсеменение ими брюшной полости. Первым шагом профилактики рецидива заболевания является осуществление надежной антипаразитарной обработки полости кисты. Для обработки фиброзной капсулы использовали 90-100 % глицерин, 3 % перекись водорода. Следующим этапом операции, обеспечивающим благоприятное течение раннего послеоперационного периода, является выявление и ликвидация цистобилиарных свищей (ЦБС). При ЦБС с вовлечением сегментарных и более мелких протоков ликвидацию осуществляли плазменной коагуляцией устья свища и ушиванием атравматическим шовным материалом. Ликвидацию остаточной полости при неосложненном течении заболевания проводили путем иссечения свободной фиброзной капсулы и вворачивания оставшейся части в санитированную полость, у части больных остаточные полости были ликвидированы методом капитонажа, при наличии ЦБС на 2-3 дня в остаточной полости оставляли микроирригатор. Выполнение закрытой и полужакрытой эхинококкэктомии при ЭП в 7-8 сегментах остается наиболее распространенной операцией. Использование торакофренолюмботомического доступа в этих случаях позволяет тщательно обрабатывать полость кисты и ликвидировать ЦБС, что снижает частоту ранних послеоперационных осложнений и улучшает отдаленные результаты.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, эхинококкэктомия, торакофренолапаротомия, цистобилиарные свищи, остаточная полость.

TREATMENT OF HYDATID DISEASE AFFECTING THE SUPERIOR SURFACE OF LIVER

Tolstokorov A.S., Gergenreter J. S.

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, Russia (410012, Saratov, street B.Kazachya, 112), e-mail: hirurgiyafpk@mail.ru

The research is based on surgical treatment of patients suffering from liver hydatid disease (LHD) with cysts in segments 7 and 8. The key stages of hydatidectomy (HE) are prevention of disease recurrence and removal of residual cavity. The successful outcome depends on an appropriate approach. Thoraco-phreno-laparotomia makes the task easier for a surgeon, reduces the risk of post-surgical complications and improves long-term results. The recurrence of LHD is caused by undiagnosed hydatid cysts, remaining tapeworm eggs in fibrous capsule and their seeding in abdominal cavity. The first preventive measure of disease recurrence is anti-tapeworm treatment of a cyst cavity. A fibrous capsule was treated with 90-100% glycerol, 3% hydrogen dioxide. The following stage of the operation that makes the early post-surgical period more favourable is diagnosis and removal of cystobiliary fistulas (CBF). In the case of CBF with segmental and smaller ducts involved removal was performed with plasmic coagulation of a fistula opening and suture with atraumatic sutural material. Provided that a patient suffers from the noncomplicated disease, removal of a residual cavity was performed by means of resection of a free fibrous capsule and putting the remaining part into the sanitized cavity. In some cases residual cavities were removed with the use of capitonnage procedure; if there were CBF, a micro-irrigator was left in the residual cavity for 2-3 days. Closed and semi-closed hydatidectomy in LHD in segments 7 and 8 is still the most common operation. In these cases thoraco-phreno-lumbotomic access provides careful treatment of the cyst cavity and removes CBF. The procedure reduces the frequency of post-surgical complications and improves long-term results.

Keywords: liver hydatid disease, hydatidectomy, thoraco-phreno-laparotomia, cystobiliary fistulas, residual cavity.

Введение

В настоящее время в России и странах СНГ эхинококкоз печени (ЭП) является одной из наиболее распространенных составляющих современной хирургической гепатологии. В последние годы вопреки широкому внедрению высокоинформативных методов обследования и высокотехнологичных методов хирургического лечения больных с ЭП, их количество продолжает увеличиваться, более того, отмечается заметный рост частоты его осложненных форм и рецидивов заболевания [3,6]. По мнению многих хирургов решить эту проблему можно за счет выполнения радикальных операций в объеме резекции печени и перицистэктомии [2,3,7 и др.], однако доля этих операций у них составляет 27,33 %. Следует отметить, что проблема рецидива ЭП даже после выполнения радикальных вмешательств не может быть полностью решена. А.Н. Лотов с соавт. (2011) подчеркивают, что при выборе метода операции следует принимать во внимание паразитарную природу заболевания и реальную возможность повторного заражения [4]. Ф.Г. Назыров с соавт. (2011), анализируя результаты лечения 724 больных ЭП, пришел к выводу, что рецидив этого заболевания строго связан с областью первичной локализации паразитарной кисты лишь в 26,6 % наблюдений, что ставит под сомнение целесообразность радикальных операций, сопровождающихся достаточно большим количеством осложнений [1,5].

Главными критериями оценки эффективности хирургического лечения ЭП являются низкий уровень ранних послеоперационных осложнений, ликвидация остаточной полости, снижение количества рецидивов заболевания. Все эти проблемы успешно решаются путем совершенствования методик закрытой эхинококкэктомии.

Материалы и методы

В основу работы положен опыт хирургического лечения 87 больных ЭП с локализацией кист в 7-8 сегментах. У 9 больных кисты были небольших размеров до 5 см в диаметре, у 39 до 10 см, у 31 до 15 см и у 8 более 15 см.

Неосложненное течение заболевания диагностировано у 58 человек (66,7 %), у 29 (33,3 %) имело место осложненное течение в виде наличия цистобилиарных свищей (17), обызвествления кист (3), нагноения (8), у одного больного произошла перфорация кисты с прорывом ее содержимого в плевральную полость.

Сравнение результатов основных клинических и биохимических методов исследования крови у больного показал, что заметных различий их в лабораторных показателях нет. Однако по мере увеличения размеров кисты отчетливо прослеживается появление и нарастание признаков скрытой печеночной недостаточности. Так при размере кист более 15 см в диаметре у больных в 80 % наблюдений была отмечена гипо и диспротеинемия, в 40 % случаев — увеличение АСТ и АЛТ. При осложненном течении заболевания выявлено

увеличение С-реактивного белка.

Ключевыми этапами при выполнении эхинококкэктомии (ЭЭ) являются надежное предотвращение рецидива заболевания и максимально возможная ликвидация остаточной полости. Достижение необходимого эффекта при выполнении этих этапов операции возможно лишь при обеспечении полноценной ревизии полости кисты и свободных манипуляций для ликвидации ЦБС и остаточной полости. Оптимальное решение этих задач в первую очередь зависит от адекватного хирургического доступа.

При локализации кист в 7-8 сегментах печени даже при мобилизации правой доли печени наибольшие сложности возникают при ликвидации ЦБС и остаточной полости. При больших размерах кист манипуляции, выполняемые из правостороннего подреберного доступа весьма затруднительны. Наш опыт показывает, что использование торакофренолапаротомии облегчает задачу хирурга и позволяет снизить количество ранних послеоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты.

Обсуждение результатов

Из 87 больных с локализацией кист на диафрагмальной поверхности печени у 38 закрытая и полужакрытая эхинококкэктомии были выполнены из трансторакального доступа. Противопоказанием для использования этого доступа считаем размеры кист до 5 см в диаметре (12 больных), гигантские кисты более 20 см в диаметре (4 больных), а также нагноение кисты (8 больных).

Известно, что к рецидиву ЭП приводят наличие недиагностированных мелких эхинококковых кист, сохранение в фиброзной капсуле внедренных зародышевых элементов и обсеменение ими брюшной полости во время операции.

Первым шагом профилактики рецидива заболевания является осуществление надежной антипаразитарной обработки полости кисты. С этой целью используются различные активные химические вещества, однако большинство из них обладают или низкой противопаразитарной активностью или высокой токсичностью. Наиболее выраженным губительным действием на зародышевые элементы гидатидного эхинококка обладают 90 %-100% глицерин и 3 % перекись водорода. Более того, оболочки живых кист непроницаемы для этих веществ, что исключает их токсическое воздействие на организм больного.

У 58 больных с неосложненным течением заболевания для антипаразитарной обработки фиброзной капсулы использовали 90-100 % глицерин, при осложненном ЭП у 29 больных применяли 3 % перекись водорода.

Следующим этапом операции, обеспечивающим благоприятное течение раннего послеоперационного периода, является выявление и ликвидация цистобилиарных свищей. Это осложнение было выявлено у 17 больных, следует отметить, что при локализации кист в

7-8 сегментах ни разу не встретились ЦБС с тяжелой желтушной формой течения, обусловленной прорывом содержимого кисты в крупные желчные протоки. При выявлении ЦБС с вовлечением сегментарных и более мелких протоков, ликвидацию их осуществляли плазменной коагуляцией устья свища и ушивания его атравматическим шовным материалом. Ликвидацию остаточной полости при неосложненном течении заболевания у 49 больных выполняли путем иссечения свободной фиброзной капсулы и вворачивания оставшейся ее части в санированную полость, у 37 больных остаточные полости были ликвидированы методом капитонажа, при наличии ЦБС на 2-3 дня в остаточной полости оставляли микроирригатор.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде развились у 14 больных (16,1 %), у 4 больных 4,6 % эхинококкэктомия была выполнена из торакотомного доступа, у 10 — 11,5 % лапаротомного (табл.1).

Таблица 1

Характеристики послеоперационных осложнений

Осложнения	Количество наблюдений	
	Торакотомный доступ	Лапаротомный доступ
Инфицирование остаточной полости	-	1
Длительное желчеистечение	2	3
Скопление желчи	-	3
Желчный свищ	-	1
Правосторонний плеврит	2	-
Нагноение раны	-	2
Итого	4 (10,5 %)	10 (20,4 %)

Из таблицы видно, что наиболее частым осложнением у больных было истечение желчи по контрольному дренажу более 10 суток, после выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии у всех больных желчеистечение прекратилось. При инфицировании остаточной полости выздоровление наступило после трехкратных чрезкожных пункций. Летальных исходов мы не наблюдали.

Отдаленные результаты на протяжении 3-10 лет прослежены у 68 больных. Рецидив заболевания диагностирован у 3-х больных. У одного больного после ЭЭ из торакотомного доступа через 4 года после операции был выявлен рецидив в левой доле печени. У одного из двух больных после ЭЭ из лапаротомного доступа рецидив в 5 сегменте был диагностирован через 6 лет после операции, у второго больного рецидив в зоне первичной локализации кисты был обнаружен через 3 года.

Выводы

Выполнение закрытой и полужакрытой эхинококкэктомии при ЭП в 7-8 сегментах остается наиболее распространенной операцией.

Использование торакофренолюмботомического доступа в этих случаях позволяет более тщательно обработать полость кисты и ликвидировать ЦБС, что заметно снижает частоту ранних послеоперационных осложнений и улучшает отдаленные результаты.

Список литературы

1. Дашинова Н.М., Ранние послеоперационные осложнения при эхинококкозе печени / Н.М. Дашинова, К.М. Курбонов // Вестник хирургии. – 2008. - Т.167. - №5. - С. 68-70.
2. Журавлев В.А., Гидатидозный эхинококкоз печени. Вопросы хирургического лечения / В.А. Журавлев, В.М. Русинов, Н.А. Щербакова // Хирургия. – 2004. - № 4. – С. 51 - 54.
3. 3.Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов, Н.А. Назаренко // Анналы хирургической гепатологии . – 2011. Т. 16, № 4. – С.25 - 33.
4. Сберегающая хирургия при эхинококкозе печени / Лотов А.Н., Н.Р. Черная, С.А. Бугаев и соавт. // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 4. – С.11 — 18.
5. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени / Ф.Г. Назыров, А.В. Девятов, М.М. Акбаров, У.М. Махмудов, А.Х. Бабоджанов // Анналы хирургической гепатологии . – 2011. Т. 16, № 4. – С.19 - 24. Ташкент, Узбекистан.
6. Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической тактике / Скипенко, О.Г. Паршин, В.Д. Шатверян и соавт. // Анналы хирургической гепатологии . – 2011. Т. 16, № 4. – С. 34.
7. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени / Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Самохвалов А.В., Лотов А.Н. // Хирургия. - 2004. – 7. - С. 49.

Рецензенты:

Островский Н.В., д.м.н., профессор, главный врач ММУ Городская клиническая больница № 7 (Саратовский центр термических поражений), г. Саратов.

Норкин И.А., д.м.н., профессор, директор ФГБУ «СарНИИТО» Минздрава России, г. Саратов.