

## ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

М.И. РУСТАМОВ, З.И. МУРТАЗАЕВ, М.М. ДУСИЯРОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИДА ОПТИМАЛ ХИРУРГИК ТАКТИКАНИ АНИҚЛАШ

М.И. РУСТАМОВ, З.И. МУРТАЗАЕВ, М.М. ДУСИЯРОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

## CHOICE OF OPTIMAL SURGICAL TACTICS IN ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER

M.I.RUSTAMOV, Z.I. MURTAZAYEV, M.M. DUSIYAROV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

269 нафр беморда жигар эхинококкози сабабли операция бажарилган. 165 бемор асосий гуруҳни ташкил этди ва шартли 3 гуруҳга бўлинди: биринчи – 23 беморга лапароскопик, иккинчи-78 беморга минилапаротом, учинчи - 64 беморга лапаротом эхинококкэктомия бажарилган. Ўтказилган операция усуллари: киста экстирпацияси (перицистэктомия), ёпиқ эхинококкэктомия (42,42%), ярим ёпиқ эхинококкэктомия (15,15%), очик эхинококкэктомия (13,33%), Аскерханов бўйича оментопломбировка (21,21%). Кўп сонли кисталарда 34 беморда операция давомида бир вақтнинг ўзида 2-3 усул қўлланилди. Бизнинг тактикамизнинг асосий қисмини лапароскопик ревизия ташкил этди.

**Калит сўзлар:** *жигарэхинококкози, лапароскопик эхинококкэктомия, минилапаротом эхинококкэктомия, лапаротом эхинококкэктомия.*

269 patients have been operated on for echinococcosis. 165 patients of the main group were subdivided into three groups: in the first group of 23 patients there was performed laparoscopic echinococcectomy, in the second one of -78 patients –minilaparotomy , in the third one of 64 (38. 79%) patients - laparotomy.The methods of performed operations were the following: cystextirpation (pericystectomy) (7.88%), closed echinococcectomy (42,42%) half - closed echinococcectomy (15,15%), open echinococcectomy (13.33%) omentofilling according to Askerhanov (21.21 %). In numerous cysts in 34 patients there were used 2-3 one-moment methods during operations. The main stage of our tactics is presented by laparoscopic revision.

**Key words:** echinococcosis of the liver, laparoscopic echinococcectomy, minilaparatomic echinococcectomy, laparatomic echinacoccectomy.

За минувшее десятилетие в хирургии произошли события существенно изменившие принципы оперативного лечения многих заболеваний, развилась техника эндоскопической хирургии. Эндоскопическая хирургия - метод оперативного лечения заболеваний, когда радикальное вмешательство выполняется без широкого рассечения покровов, через точечные проколы тканей или естественные физиологические отверстия. Сконца 80 годов эти операции выполняются под контролем видеомониторов. Именно эндохирургия позволила самым радикальным образом перейти к выполнению минимально инвазивных вмешательств (1, 2, 7).

При всех неоспоримых преимуществах лапароскопической технологии ей присущи определенные недостатки, что не позволяет ей вытеснять конкурирующие традиционные методики при проведении эхинококкэктомии из печени [2, 5]. Трудности возникающие при эвакуации содержимого паразитарной кисты, изоляции брюшной полости с целью соблюдения асептичности, ликвидации остаточной полости в печени относятся к недостаткам чисто лапароско-

пической технологии [2, 6]. Соединение лапароскопической методики и хирургического вмешательства из минидоступа, сохраняя достоинства обеих методик, позволяют избежать эти недостатки (3, 4, 8).

**Материал и методы.** Эхинококкозом печени оперировано 269 больных. Основную группу составили 165 больных, которые условно разделены на 3 группы: первая –23 (13,94%) больных оперированных лапароскопическим путем, вторая - 78 (47,27%) больных оперированных минилапаротомным и третья - 64 (38,79%) больных оперированных лапаротомным доступом. 104 больных составили контрольную группу, которым в настоящее время можно было применение миниинвазивных оперативных вмешательств.

Лапароскопическая эхинококкэктомия с соблюдением принципов асептичности была предпринята у 25 больных с солитарными неосложненными гидатидными кистами печени. Локализация и расположение кисты в ткани печени имеют важное значение при планировании и выборе способа лечения. Как известно, до операции оценить выполнимость эндовидеохирур-

гического вмешательства на основании обычного ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) достаточно трудно. Важным этапом нашей тактики является лапароскопическая ревизия брюшной полости, после определения точной локализации оценки состояния кисты предпринимали дальнейшую тактику. Все манипуляции по эвакуации содержимого и введению антипаразитарных растворов в полость кисты осуществляли переключением двух ходового краника, прикрепленного к пункционной игле. Антипаразитарную обработку проводили 100% глицерином. После пункции, эвакуации содержимого, антипаразитарной обработки кисты удаляли хитиновую оболочку. Для ревизии остаточных полостей, полного удаления кутикулярной оболочки и выявления желчных свищей во всех случаях проводили эндоскопию остаточной полости печени. Ликвидация остаточной полости печени является заключительным этапом оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Чаще всего использовали вариант абдоминализации остаточной полости с оментопексией.

78 больным эхинококкэктомия из печени произведена через минилапаротомный доступ. Показаниями к выполнению этой операции являлись одиночные кисты в печени, диаметром до 15 см, расположенные во II,III,IV,V,VI, VII сегментах печени. При этом, операции завершали капитонажем остаточной полости.

64 больным эхинококкэктомия из печени произведена через широкие лапаротомные доступы. При этом в основной группе больных использовалась только верхнесрединная лапаротомия.

**Результаты и обсуждения.** 165 больным, оперированным эхинококкозом печени, выполнены различные варианты эхинококкэктомии. Использованы 5 типов операций: экстирпация кисты (перицистэктомия), закрытая эхинококкэктомия, полузакрытая эхинококкэктомия, открытая эхинококкэктомия, оментопломбировка по Аскерханову. У 34 (20,61%) больных с множественным эхинококкозом печени одновременно использовались 2-3 типа указанных операций, что диктовалось различиями в характеристике кист.

Закрытая эхинококкэктомия, заключающаяся полной ликвидацией остаточной полости в печени, выполнялась в различных вариантах. Показаниями к выполнению закрытой эхинококкэктомии являлись кисты без признаков воспаления с податливыми стенками фиброзной капсулы. Эта операция выполнена 70 (42,42%) пациентам.

Чаще всего закрытая эхинококкэктомия выполнялась путем шовной пластики. Ликвидация фиброзной полости капитонажем по Дельбе показана при кистах малых и средних размеров и выполнена в 28 (40%) случаях. При этом методе закрытие остаточной полости достигалось последовательным наложением кисетных швов на стенке фиброзной капсулы. К сожалению, метод не применим при ригидных стенках фиброзной капсулы, не поддающихся сближению из-за прорезывания швов, при больших полостях остаточной полости.

Ликвидация остаточной полости инвагинацией вворачивающими швами по Ю.С. Гилевичу показана при наличии ригидной фиброзной капсулы и расположении эхинококковых кист вблизи магистральных сосудов и желчных протоков и выполнена у 26 (37,14%) больных. У 16 (22,86%) больных капитонаж проведен по нашей методике (рац. предложение № 1508).

Весьма эффективным и простым методом закрытия остаточной полости являлась пломбировка сальником на питающей ножке, которая выполнена у 35 (21,21%) больных. Выраженные репаративные свойства сальника способствовали быстрой облитерации остаточной полости. Препятствием к выполнению этой операции являлись недостаточное развитие сальника, большие полости, множественные кисты, спаечный процесс брюшной полости.

При эхинококкозе печени, осложненном нагноением кист и цистобилиарными свищами, чаще всего проводили полузакрытую эхинококкэктомия. Этот тип операций выполнен 25 (15,15%) пациентам. Сущность операции заключалась в оставлении дренажей в ушиваемой остаточной полости печени. При необходимости в послеоперационном периоде дренаж подключали к вакуум отсосу.

При локализации кист у ворот печени, или из-за возможности повреждения внутривенных протоков вынужденным методом операции является открытая эхинококкэктомия, которая выполнена у 22 (13,33%) больных. Большие размеры полости вынуждают применять не только вертикальные дренажи, но и горизонтальное дренирование через контрапертуру с выведением этих дренажей на боковую заднюю стенку, чем обеспечивается отток содержимого.

Операция перицистэктомия (экстирпация кисты) – удаление эхинококковой кисты вместе с фиброзной капсулой, производилась при краевом расположении кист и их кальцинации. Операция заключается в полном иссечении фиброзной капсулы и она выполнена у 13 (7,88%) больных.

У 34 (20,61%) больных произведены операции по поводу осложненного эхинококкоза печени. 25 (15,15%) больным с нагноением кисты произведена полузакрытая эхинококкэктомия. После эхинококкэктомии и санации фиброзной капсулы остаточная полость печени закрывалась шовной пластикой. Учитывая наличие гнойной инфекции в облитерируемой полости оставляли дренажную трубку, которую в послеоперационном периоде подключали к пассивному вакуум отсосу. Через дренаж проводили санацию с введением раствора антисептика (1% раствор Диоксида). Активное введение дренажей в послеоперационном периоде после полузакрытой эхинококкэктомии позволяло существенно сократить число послеоперационных осложнений.

9 (5,45%) больных оперировано по поводу эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути. Клиническая картина перфорации кист в желчные пути протекала в 2 вариантах: тяжелая форма с клиникой механической желтухи и холангита и стертая форма с малозаметным началом и скудными симптомами.

Стертая форма заболевания наблюдалась у 6 больных. В этой группе больных клинические симптомы цистобилиарного свища были скудными или вовсе отсутствовали. Приступы болей в правом подреберье проходили быстро и в некоторых случаях отмечалась легкая субиктеричность. А у некоторых больных цистобилиарный свищ обнаруживался лишь во время операции.

При тяжелой форме заболевания, которая наблюдалась у 3 больных, клиническая картина характеризовалась выраженной симптоматикой и тяжестью течения. У всех больных отмечалась механическая желтуха, которая развивалась в результате обтурации желчных путей содержимым эхинококковой кисты. Присоединение инфекции проявлялось клиникой холангита. У больных отмечался выраженный болевой синдром, признаки интоксикации, повышение температуры тела до 39<sup>0</sup>. Тактика и объем операции при прорыве эхинококковой кисты в желчные пути зависел от степени поражения желчных протоков.

У 6 больных со стертой клиникой прорыва эхинококковых кист в желчные ходы во время операции и после проведения кистотомии обнаруживалось содержимое кист, окрашенные желчью. При ревизии фиброзной капсулы выявлялся цистобилиарный свищ. Свищ ушивался атрауматической иглой с не рассасывающейся нитью и во всех случаях производилась полузакрытая эхинококкэктомия.

При эхинококкозе печени, осложненном механической желтухой и холангитом, у 3 больных произведена полузакрытая эхинококкэктомия с

ушиванием устья цистобилиарного свища, холецистэктомия, холедохотомия и санация желчных протоков. Операция завершалась наружным дренированием холедоха.

При эхинококкозе печени, осложненным прорывом кист в желчные пути, механической желтухой и холангитом с признаками сужения терминального отдела холедоха, у 2 больных операция завершена проведением съемного транспеченочного дренажа.

**Выводы.** Лапароскопическая эхинококкэктомия отличается минимальной травматичностью. Интраоперационных осложнений при выполнении лапароскопической эхинококкэктомии не отмечали. Однако, технические трудности, связанные с удалением хитиновой оболочки и других включений препятствовали широкому применению этой операции.

Выполнение эхинококкэктомии через минилапаротомный доступ требует определенных навыков хирурга, использования малого ранорасширителя и инструментов с длинными браншами. Пневмоперитонеум при этой операции не продолжителен – только на этапе диагностической лапароскопии. Несомненным преимуществом этой операции является возможность визуального контроля и яркое освещение со стороны брюшной полости. Техническая простота операции в сравнении с чисто лапароскопической эхинококкэктомией позволили нам шире применять эту операцию.

В настоящее время показанием к эхинококкэктомии из широкого верхнесрединного лапаротомного доступа считаем случаи множественного эхинококкоза, рецидива болезни или ранее перенесенные лапаротомии, осложненное течение болезни, локализация кист в труднодоступных сегментах печени. При необходимости для создания адекватной экспозиции к диафрагмальной поверхности печени и задним ее сегментам (VII, VIII сегменты) пользовались ретрактором Сигала.

В хирургии эхинококкоза печени приоритетным считаем выполнение органосохраняющих операций. При не осложненном процессе считаем показанным выполнение закрытой эхинококкэктомии. При нагноившихся кистах выполняли полузакрытую эхинококкэктомию. Показанием к перичистэктомии являлись случаи краевого расположения эхинококковых кист, их кальцинация.

#### Литература:

1. Икрамов А.И., Джураева Н.М., Максудов М.Ф. Современные тенденции в лечении эхинококкоза печени и его осложнений. *Анналы хир. гепатологии*, 2005, том 10.-№2.-С.110.

2. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Беркинов У.Б., Рихсиев И.Т. Малоинвазивные вмешательства в хирургии эхинококкоза // Хир. Узб., 2007.- №1.С.27-30.
3. Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Кушмурадов Н.Е. Гнойные заболевания легких и плевры: Метод. рекомендации // Ташкент.-2014.-94 с.
4. Нишанов Х.Т., Яриев А.Р., Исонтурдиев У. Лапароскопическое лечение эхинококковых кист // Анн. хир. гепатологии. 2005, том 10.-№2.-С.123.
5. Файзиев Т.О. Малоинвазивная хирургия при эхинококкозе печени заднего ската // Анн. хир. гепатологии. Москва. 2005,10 том. -№ 2.-С. 131.
6. Харнас П.С., Мусаев Ю.А., Легоньков Ю.А., Харнас С.С. Послеоперационная противогельминтная терапия в лечении больных эхинококкозом печени // Анналы хирургической гепатологии. 2005. том 10.-№2.-С.133.
7. Sakamoto, Tsukasa; Gutierrez et al. Pulmonary complications of cystic echinococcosis in children in Uruguay // Pathology International. – 2005.– Vol.50.–P.497–503.
8. Yang Y.R., Williams G.M., Craig P.S., Sun T., Yang S.K., Cheng L., Vuitton D.A., Giraudoux P. et., al. Hospital and community surveys reveal the severe public health problem and socio-economic impact of human echinococcosis in Ningxia Hui Autonomous Region, China. Tropical Medicine and International Health 2006 11:6 880.

## ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

М.И. РУСТАМОВ, З.И. МУРТАЗАЕВ,  
М.М. ДУСИЯРОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

269 больных были оперированы по поводу эхинококкоза печени. 165 больных составляющих основную группу были условно разделены на три группы: первая – 23 больным проведена лапароскопическая, вторая -78 больным минилапаротомная, третья - 64 больным лапаротомная эхинококкэктомия. Методы проведенных операции: экстирпация кисты (перицистэктомия) (7,88%), закрытая эхинококкэктомия (42,42%), полужакрытая эхинококкэктомия (15,15%), открытая эхинококкэктомия (13,33%), оментопломбировка по Аскерханову (21,21%). При множественных кистах у 34 больных во время операций использованы одномоментно 2-3 методы. Основным этапом нашей тактики составляет лапароскопическая ревизия.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, лапароскопическая эхинококкэктомия, минилапаротомная эхинококкэктомия, лапаротомная эхинококкэктомия.