



пузыря с одной стороны создает условия для уплотнения тканей в этой зоне, а с другой – стимулирует активность соединительной ткани переходного эпителия мочевого пузыря и иммунокомпетентных клеток регионарных лимфатических узлов, способствуя заживлению.

#### Вывод

Результаты экспериментальных исследований убедили нас в целесообразности применения коллоста в качестве коллагеновой матрицы для создания межсвищевых барьеров при оперативном лечении постлучевых пузырно-влагалищных свищей.)

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Кан Д.В. «Руководство по акушерской и гинекологической урологии», 2-е изд. – М: Медицина, - 1986. - С. 49-67.
2. Лоран О.Б., Дементьева А.В., Твердохлебов Н.Е. «Лечение больных со сложными мочевыми свищами» // Врач, - 2008. - №8. С.45-47.

ПОСТУПИЛА 19.05.2014

УДК 616.36-089:576:895.121.56

Г.Д. Одишелашвили, Д.В. Пахнов, Л.Г. Одишелашвили

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Астраханский Государственный Медицинский Университет,  
Кафедра госпитальной хирургии.*

*Россия, 414000, г. Астрахань, ул. Бакинская 121. E-mail: Pahnov1@mail.ru*

Цель: разработать метод хирургического лечения эхинококкоза печени (паразитарного заболевания, занимающего огромную главу хирургической гепатологии) Представляет серьезную социальную и экономическую проблему для многих стран мира. Актуальность проблемы обусловлена постоянно возрастающим уровнем заболеваемости эхинококкозом в России, отсутствием единства мнений специалистов по ключевым вопросам, касающимся диагностики, стратегии и тактики лечения, профилактики рецидивов инвазии.

Материалы и методы: 123 случая хирургического лечения эхинококкоза печени с различными объемами хирургического вмешательства, разработан и предложен новый метод лечения.

Результаты: операцией выбора при эхинококкэктомии является операция - открытая эхинококкэктомия с облитерацией остаточной полости.

Заключение: использование методики приводит к уменьшению травматичности самой операции, минимальной кровопотере (как во время операции, так и после нее) и позволит отказаться от применения кровезаменителей, вместе с этим послеоперационный период у этой группы больных (по сравнению с больными, которым были произведены закрытая эхинококкэктомия, резекция печени, гемигепатэктомия) с использованием широкого лапаротомного доступа, протекает гораздо легче, активизация больных происходит в более ранние сроки.

Ключевые слова: эхинококкоз, печень, облитерация, повидон-йод.



G.D. Odishelashvili, D.V. Pahnov, L.G. Odishelashvili

# SURGICAL TREATMENT OF HEPATIC ECHINOCOCCOSIS

*Astrakhan State Medical University,**Hospital Surgery Department.**121 st. Bakinskaya, Astrakhan, 414000, Russia. E-mail: Pahnov1@mail.ru*

**Purpose:** to evaluate different methods of surgical treatment of liver echinococcosis. Hydatid disease of the liver is one of important problems of surgical hepatology. It represents a serious social and economic problem at many countries. The relevancy of the problem is due to the ever-increasing incidence of echinococcosis in Russia, the lack of consensus of experts on key issues relating to the diagnosis, strategy and tactics of treatment, relapse prevention of infestation.

**Materials and Methods:** results of surgical treatment of 123 patients with liver hydatidosis are analyzed.

**Results:** an analysis of the results of treatment showed that the operation of choice is open echinococectomy with obliteration of residual cavity.

**Summary:** use of this technique reduces the surgical trauma, provides blood loss during intervention and after it and allows to eliminate blood products. Parameters of postoperative period in this group of patients were better than in patients after cystopericystectomy and liver resection.

**Keywords:** echinococcosis, liver, obliteration, povidone-iodine.

## Введение

По данным ВОЗ, из 50 миллионов человек, ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 миллионов причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. Этот класс болезней остается ведущим в структуре причин смерти человечества в XXI веке и занимает в разных странах второе, третье, а иногда и первое место. Про оценке Всемирного банка, экономический ущерб, исчисляемый в сотнях миллиардов долларов в год, представляет серьезную социальную и экономическую проблему для многих стран мира

Ситуация, связанная с паразитарными заболеваниями в России, остается сложной. Даже в 1992 году смертность мужчин в России от инфекционных болезней была в 4 раза выше, а женщин - в 1,2 раза по сравнению со странами Северной Европы [1]. В 1992 г. на территории России было зарегистрировано 164 случая эхинококкоза у людей в 31 регионе (заболеваемость 0,11 на 100 тыс. человек). Превышение среднего по России показателя заболеваемости отмечено в Архангельской (0,25), Астраханской (0,89), Оренбургской (1,32), Пермской (0,93) областях, в республиках Алтай (0,5) и Саха-Якутия (2,2) [2]. На основании сопоставления показателей регистрируемой заболеваемости эхинококкозами с результатами иммунологических обследований было установлено, что поправочный коэффициент к регистрируемой заболеваемости равен 3, а истинное число заболевших в стране в 1992 году составляло примерно 500 человек. С учётом длительности течения заболевания общее число больных эхинококкозами в России могло достигать 50 тысяч человек [3]. За 10 лет произошел значительный рост заболеваемости населения эхинококкозом. К 2002 году число первично выявляемых больных увеличилось до 800 [4]. Средний показатель заболеваемости эхинококкозом в России составляет 0,4 на 100 тысяч человек с многократным его превышением в эндемичных по эхинококкозу районах: Чукотском АО - 9,1, Карачаево-Черкессии - 6,7, Дагестане - 5,2, Оренбург-

ской области - 4,2, Саратовской области и Ставропольском крае - 1,8 [5].

Несмотря на то что первые попытки хирургического лечения паразитарных кист истории медицины приписывают Гиппократу, до настоящего времени нет единства мнений специалистов в выборе оптимальной стратегии лечения эхинококкоза. Некоторые источники сообщают о положительных результатах лечения альбендазолом [6,7]. Другие сводят область применения химиотерапии без хирургического вмешательства только к пациентам с неоперабельными вариантами или отказавшимся от операции. Третьи выполняют вмешательство на печени после курса химиотерапии. Четвертые указывают на то, что проведение лечения альбендазолом до операции смертельно опасным и абсолютно противопоказанным в связи с размягчением стенки паразита в ходе лечения и многократно возрастающей опасностью разрыва кисты. Наконец, пятые отмечают низкую эффективность химиотерапии даже после удаления гидатид.

Таким образом, актуальность проблемы обусловлена постоянно возрастающим уровнем заболеваемости эхинококкозом в России, отсутствием единства мнений специалистов по ключевым вопросам, касающимся диагностики, стратегии и тактики лечения, профилактики рецидивов инвазии. Неподготовленность врачей общей практики вне эндемичных регионов к диагностике и рациональному лечению эхинококкоза повышают актуальность проблемы.

В настоящее время основным и наиболее эффективным в лечении больных с эхинококковыми кистами печени (ЭКП) остается хирургический метод [8;9]. Вместе с тем, в последнее десятилетие традиционному оперативному методу лечения больных с ЭКП появилась альтернатива, основанная на малоинвазивных технологиях, заключающаяся в чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под ультразвуковым наведением [10;8;9].

Цель исследования - разработать оптимальный метод хирургического лечения эхинококкоза печени



## Материалы и методы

Проанализировано 123 истории болезни больных находившихся на стационарном лечении в хирургических клиниках г. Астрахани и области, ЦББНВВБ, Медсанчасти «Астраханьгазпром», Клинической больницы № 2 ФМБА России, Отделенческой больницы ст. Астрахань-1, Городской клинической больницы №3, БУ РК «Республиканская больница им. П.П. Жемчужева» с 2000 по 2014гг.с эхинококкозом печени.

В представленном материале мужчин в 1,5 раза больше, чем женщин. Это объясняется рядом обстоятельств, главными из которых являются характер трудовой деятельности, бытовые условия. Самому молодому было 19 лет, а самому пожилому – 75 лет. Чаще всего эхинококкоз выявляют у людей в возрасте от 51 до 60 лет – 35 (28,3%), от 41 до 50 лет – 34 (28,2%), от 31 до 40 лет – 30 (24%). От 61 до 70 лет – 14 (11,3%), меньше всего от 71 до 80 лет – 7 (5,6%) и от 21 до 30 лет – 3 (2,6%).

Из 123 больных у 14 было сочетание эхинококкоза печени с локализацией в других органах. У 26 больных – селезенка; у 1 – поджелудочная железа; у 1 – матка; у 2 – толстая кишка; у 1 – правое легкое; у 3 – большой сальник; у 3 – брюшина. По локализации кист больше всего имелись на правой доле печени – 84 (68,1%), на левой доле – 39 (31,9%), на диафрагмальной поверхности – 42 (34%), передней поверхности – 71 (57%), боковой – 8 (6,4%) и задней поверхности – 2 (2,6%). Наибольшее количество кист пришлось на 5 сегмент – 66 (53%) и на 3 сегмент – 23 (11%) наименьшее на 8 сегмент – 4 (3,2%)

Одиночные паразитарные кисты печени наблюдались в 80 случаях (73%), две и более – в 43 (27%), размеры варьировались от 2,0 до 28,0 см в диаметре. Первичный эхинококкоз был выявлен у 121 (99,4%) больных, рецидив – у 2 (1,6%), резидуальный – у 1 (0,8%) больного. Осложненные формы заболевания отмечены у 8 пациентов, в 6 случаях определялось нагноение кисты, 1 больная оперирована по поводу разрыва эхинококковой кисты, осложненной механической желтухой. У 84 (68,1%) больных использовали косой подреберный доступ, по нашему мнению, наиболее удобный при манипуляции на правой доле печени, позволяющий произвести полноценную её ревизию. Срединная лапаротомия была выполнена в 39 (31,9%) случаях, при сочетании эхинококкоза печени и вентральной грыжи. Данный доступ удобен при локализации кист на левой доле печени. С целью определения достоверности результатов исследования использовался непараметрический критерий Манна-Уитни. Для статистической обработки материала применяли программу Statistica 6.0.

## Результаты

Радикальность хирургического вмешательства напрямую связана с полнотой ликвидации остаточной полости. Хирургическому лечению подверглись 123 больных. При хирургических вмешательствах производили цистэктомию – 8 (6,5%), закрытую эхинококкэктомию – 35 (28,4%), открытую эхинококкотомия – 33 (26,8%), резекцию пораженной части печени – 4 (3,2%),

правостороннюю гемигепатэктомию – 1 (0,8%), резекцию левой доли печени – 2 (1,6%), марсупиализацию – 30 (24,3%), лапароскопически-ассистированную эхинококкэктомию – 10 (8,1%). К выбору метода оперативного вмешательства подходили дифференцированно. Эхинококкэктомию с предварительным вскрытием полости кисты произведена в 33 (26,8%) случаях. В основном это были больные с большими и гигантскими эхинококковыми кистами, осложненными нагноением, с плотной, ригидной и нередко кальцинированной стенкой. При проведении операции соблюдали принципы антипаразитарности, применяя различные сколексоцидные растворы для обработки остаточной полости, а также надежно отграничивали эхинококковую кисту марлевыми тампонами от брюшной полости. Для антипаразитарной обработки эхинококковых кист применялись традиционные методы. После эхинококкэктомии свободные части фиброзной капсулы иссекали, остаточная полость дренировалась трубками с широким просветом, края ложа кисты сводились узловыми швами. Недостатками данного вида операции являются длительное закрытие остаточной полости кисты, возникновение гнойных и желчных свищей. Атипичная (клиновидная) резекция печени выполнена у 6 (4,8%) пациентов с периферическим расположением небольшой эхинококковой кисты, что является радикальным хирургическим вмешательством. При тотальном и множественном поражении одной из долей печени выполняли гемигепатэктомию – 1 наблюдение (0,8%). Закрытая эхинококкотомия произведена 35 (28,4%) больным. Однако эту операцию не всегда удается выполнить ввиду высокой вероятности повреждения крупных сосудов и желчных протоков. Вынужденная марсупиализация остаточной полости выполнена 30 (24,3%) больным с осложненным эхинококкозом печени. У 25 больных была применена разработанная методика облитерация остаточной полости. У 20 (16,2%) больных эта методика была применена при открытой эхинококкэктомии (Рис.1), и у 5 (4%) наружное дренирование остаточной полости выполняли при внутривенном расположении солитарных эхинококковых кист неправильной формы при невозможности устранения остаточной полости ушиванием наглухо, ввиду технических трудностей и опасностью повреждения важных анатомических структур печени. После открытой эхинококкэктомии, производили дренирование остаточной полости полихлорвиниловой трубкой 24-27 Fr с боковыми отверстиями. Послеоперационный период у этой группы больных, по сравнению с больными, у которых были произведены закрытая эхинококкэктомию, резекция печени, гемигепатэктомию с использованием широкого лапаротомного доступа, протекал гораздо легче, активизация больных происходила в более ранние сроки. Случаев кровотечения и желчеистечения не было. Швы снимались на 9-10 сутки, раны зажили первичным натяжением. С первых суток производилось ежедневное двухкратное промывание полости кисты раствором хлоргексидина 0,05% и введение препарата повидон-йод 10% с пережатием дренажной трубки на 15 минут, процедуру выполняли до полной ликвидации полости кисты.

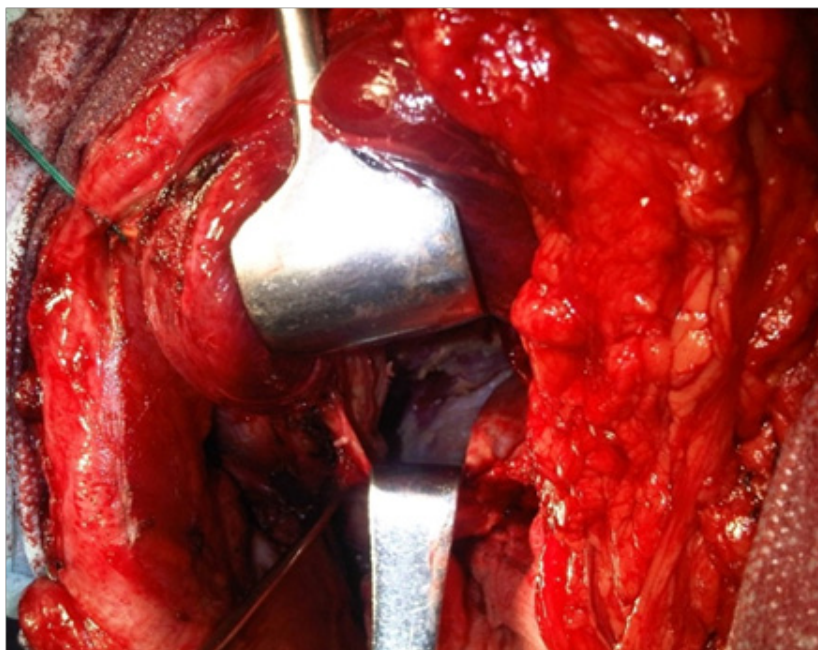


Рис.1. Больная А. Открытая эхинококкэктомия

У исследуемой группы больных облитерация остаточной полости наступила в среднем на 10-15 суток после операции. Нормализация показателей АЛТ и АСТ в крови наступала на 5-6 суток после операции, что доказывает нетоксичность данного препарата на печень. Все больные выздоровели и были выписаны в удовлетворительном состоянии. Послеоперационный койко-день составил 12,5. Сравнение результатов лечения больных с применением непараметрического критерия Манна-Уитни показало, что в этой группе пациентов облитерация полостей статистически достоверно происходит в более короткие сроки, чем в контрольной ( $p < 0,001$ ).

Комбинированная эхинококкэктомия применялась при множественном поражении печени, когда количество паразитарных кист было более двух. Поддиафрагмальное расположение эхинококковых кист печени является наименее удобным для выполнения оперативных вмешательств. Именно при такой локализации эхинококковых кист в послеоперационном периоде часто отмечаются застой раневого отделяемого и формирование поддиафрагмальных абсцессов, что обуславливает необходимость широкого дренирования поддиафрагмального пространства.

Все операции заканчивались дренированием брюшной полости двумя полихлорвиниловыми трубками, которые подводились в подпеченочное и поддиафрагмальное пространства. Послеоперационный период протекал гладко. Случаев кровотечения в раннем периоде не было. В 1 случае после правосторонней гемигепатэктомии и при 4-х резекций левой доли понадобилось переливание эритроцитарной массы и однокрупной плазмы во время и после операции. При исследовании клинических и биохимических показателей крови было установлено, что изменению подвергались Аланинаминотрансфераза (АЛТ) и Аспартатаминотрансфераза (АСТ). Где видно, что увеличение АЛТ и АСТ достигает своего максимального уровня через 1 сутки после операции соответственно: АЛТ -  $1,55 \text{ ммоль/л} \pm 0,05$  ( $p < 0,05$ ), АСТ -  $0,95 \text{ ммоль/л} \pm 0,03$  ( $p < 0,05$ ), нормализация которых наступает АЛТ на 5 сутки, АСТ на 6 сутки после операции. Остальные функциональные показатели не изменялись.

Анализ результатов хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени показал, что из 123 оперированных больных у 9 (7,3%) пациентов наблюдались различные осложнения (табл. 1).

Таблица 1.

## Анализ результатов хирургического лечения

| Осложнения     | Количество больных | Исход         |
|----------------|--------------------|---------------|
| Нагноение раны | 2                  | Выздоровление |
| Желчный свищ   | 2                  | Выздоровление |
| Кишечный свищ  | 1                  | Выздоровление |
| Плеврит        | 1                  | Выздоровление |
| Рецидив кисты  | 3                  | Выздоровление |
| Всего          | 9                  | Выздоровление |





Таким образом, у пациентов контрольной группы на фоне встречающихся осложнений имели единичные случаи и возникли после радикальных вмешательств (гемигепатэктомия, резекция печени). Данные осложнения были ликвидированы без дополнительных оперативных вмешательств при помощи консервативной терапии. Рецидив заболевания отмечен в трех случаях, из которых две больные ранее оперированы с осложненными формами в других клиниках. Летальных исходов не было.

### Обсуждение

Проведенный анализ полученных результатов показал, что операцией выбора при эхинококкэктомии является операция - открытая эхинококкэктомия с облитерацией остаточной полости. Ее использование влечет уменьшение травматичности самой операции, минимальной кровопотери во время операции и после нее и позволит отказаться от применения кровезаменителей. Вместе с этим послеоперационный период у этой группы больных,

по сравнению с больными, которым были произведены закрытая эхинококкэктомия, резекция печени, гемигепатэктомия с использованием широкого лапаротомного доступа, протекает гораздо легче, активизация больных происходит в более ранние сроки.

### Выводы

Применение данной методики хирургического лечения эхинококкоза печени приводит к удешевлению стоимости лечения больных с данной патологией и сокращает сроки временной нетрудоспособности больных. Повидон-йод 10%, как лекарственный препарат для облитерации остаточной полости, оказывает стимулирующее действие на образование соединительной ткани в остаточной полости, не вызывает гепатотоксического действия, не имеет побочных эффектов, что позволяет рекомендовать разработанный способ в широкую клиническую практику.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Прохоров Б.Б. Состояние здоровья населения России. Россия в окружающем мире: аналитический ежегодник. - М: МНЭПУ. - 1998. - С.82-100.
2. Сергеев В.П., Акимов Р.Ф., Романенко Н.А., Фролова А.А. Распространенность трихинеллеза и эхинококкозов в России в 1992г. // ЗНиСО. - 1993. - №3. - С. 11-13
3. Романенко Н.А. Гельминтозы // Медицинская газета. - 1996. - № 52, 56. - С. 52 - 56.
4. Лысенко А.Я., Владимирова М.Г., Кондрашин А.В., Майори Дж., Клиническая паразитология/Руководство; [под общ. Ред. Лысенко А.Я.]. - Женева: ВОЗ. - 2002. - 752 с.
5. Ахмедов И.Г. Патогенетическое обоснование определения понятия «рецидив эхинококковой болезни» // Анналы хирургии. - 2004. - № 2. - С. 73-76.
6. Stankovic N., Ignjatovic M., Nozic D. et al. Liver hydatid diseases morphological changes of protoscoleces after albendazole therapy // Vojnosanit Pregl. - 2005. - Vol. 62. № 3. - P.175-179; 101.
7. De Rose F., Teggi L. Treatment of echinococcus granulosus hydatid disease with albendazole // Ann Trop Mod Parasitol. - 1990. - Vol. 84. - P. 831-836.
8. Вишневский В.А., Кахаров М.А., Камолов М.М. Радикальные операции при эхинококкозе печени // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тезисов XII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. - Ташкент, 2005. - С. 106.
9. Рудаков В.А., Полуэктов Л.В. Криохирургия в лечении эхинококкоза и непаразитарных кист печени // Анналы хир. Гепатологии. - 1997. - № 2. - С. 20-24.
10. Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. - СПб: Предприятие ЭФА, 2002. - 448 с.

ПОСТУПИЛА 11.04.2014