

## **Оперативные вмешательства при эхинококкозе, их классификация**

Б. И. Альперович  
Кафедра хирургических болезней №2  
Сибирского государственного медицинского  
университета (ректор – проф. В.В. Новицкий)  
Томск

## **Surgical Interventions in Echinococcosis and Their Classification**

B. I. Alperovich

Surgical Diseases Department № 2  
Siberian Medical University (Rector- Professor V.V. Novitsky),  
Tomsk

Со времен отца медицины Гиппократом ведется оперативное лечение эхинококкоза. Современные вмешательства начинают осуществляться с конца прошлого века. Volkinann (1874, 1876) осуществил двухмоментную открытую эхинококкотомию). Во время первого этапа операции производился разрез брюшной стенки над кистой и тампонада раны тампонами с карболовой кислотой. Во время второго этапа полость кисты вскрывалась и после опорожнения заживала вторичным натяжением. Аналогичное вмешательство произвел Lindeman (1871, 1879), одномоментно с подшиванием краев опорожненной полости кисты к брюшной стенке. Thornton (1883), Konig (1890) осуществили закрытую операцию, заключающуюся во вскрытии, опорожнении кисты с последующим ушиванием ее стенок и наложением глухого шва брюшной стенки. Такое же вмешательство произвел Billroth (1890), но оно почти не нашло отражения в литературе, поскольку автор наполнил полость кисты тампонами с 10% йодоформно-глицериновой эмульсией и больной погиб от отравления. Особое место в хирургическом лечении эхинококкоза занимают отечественные ученые А.Л. Бобров и С.И. Спасокукоцкий, которые внесли большой вклад в решение кардинальных вопросов оперативных вмешательств и тактики хирурга при этом заболевании. А.А. Бобров (1894) широко применял закрытую одномоментную эхинококкотомию в лечении эхинококкоза. Он обрабатывал полость кисты с целью предупреждения рецидивов заболевания настойкой йода. Широкое применение этих вмешательств, хорошие результаты операций и авторитет А.А. Боброва весьма способствовали распространению этого вмешательства при эхинококкозе. Оно почти в неизменном виде применяется и в настоящее время. Для обеззараживания полости кисты и предупреждения рецидивов заболевания после удаления герминативной оболочки и содержимого кисты использовали формалин (Frauke, 1900; Deve, 1901; С.И. Спасокукоцкий, 1926). С.И. Спасокукоцкий предложил использовать 9% раствор формалина для обработки полости кисты. В 1926 году он предложил осуществлять закрытую одномоментную эхинококкотомию при нагноившейся эхинококковой кисте. Эта операция производилась при асептическом некрозе паразита (когда при наличии гноя в полости кисты отсутствовали симптомы гнойника печени). Дальнейшее совершенствование этой операции проходило по пути совершенствования методов облитерации остаточной полости после, удаления герминативной оболочки кисты. Закрытая одномоментная эхинококкотомию нашла широкое применение в хирургии эхинококкоза. Ее защищали и применяли ряд отечественных хирургов. Примерно и то же время была осуществлена операция иссечения эхинококковой кисты вместе с фиброзной капсулой (Lawson-Tait, 1887). Впоследствии это вмешательство пропагандировали Н.И. Напалков и А.В. Мельников. В связи с мас-

сивными кровотечениями, осложнявшими иссечение кист с фиброзной капсулой, это вмешательство было оставлено большинством хирургов, тем более, что закрытая одномоментная эхинококкотомия давала не худшие непосредственные и отдаленные результаты. В 1888 Loretta впервые в мире выполнил при эхинококкозе резекцию участка печени с кистой. В России это вмешательство было впервые осуществлено в 1918 году С.П. Федоровым. Это несравненно более радикальное вмешательство из-за трудностей и опасностей резекции печени применялось отечественными хирургами достаточно редко. А.В. Мельников в 1956 году собрал сведения о 159 резекциях печени при эхинококкозе, осуществленных отечественными хирургами.

До настоящего времени нет единой терминологии при обозначении операций по поводу эхинококкоза. О.Б. Милонов считал, что радикальной операцией и методом выбора при этом является удаление паразитарной кисты вместе с фиброзной капсулой. Он назвал это вмешательство радикальной эхинококкэктомией. (Чаще эту операцию называют современные хирурги перицистэктомией.) Операцию закрытой эхинококкотомии автор считал нерадикальной. Эхинококкэктомия или перицистэктомия - весьма травматичное вмешательство. Еще В.С. Семенов (1950) привел убедительные данные, характеризующие отрицательные моменты этого вмешательства - при большой травматичности операция весьма кровава, поскольку кровеносные сосуды, оттесняемые растущей кистой располагаются по периферии фиброзной капсулы, огибая ее. В.С. Семенов убедительно показал, что результаты резекций печени при эхинококкозе значительно лучше, чем после перицистэктомии, хотя первая операция несравненно радикальнее. Б.И. Альперович утверждает, что перицистэктомия должна применяться в хирургии эхинококкоза только в редких случаях краевого расположения эхинококковых кист.

Операция при эхинококкозе печени имеет цель удалить из организма эхинококковые кисты с их содержимым и при этом не оставить в печени или где-либо в брюшной полости сколексы и дочерние пузыри эхинококка.

При решении вопроса о принципиальных сторонах вмешательства, вероятно, следует исходить из положения, что кнаружи от материнского пузыря при живом паразите никогда не встречаются зародышевые элементы эхинококка. Таково мнение абсолютного большинства авторов. Особняком находится положение, высказанное П.И. Напалковым, утверждавшим, что вне фиброзной капсулы имеются зародышевые элементы паразита. Такого же мнения придерживается В.А. Рудаков. По нашему мнению многолетнее изучение морфологии эхинококкоза позволяет утверждать, что при живом паразите сколексы вне фиброзной капсулы никем пока не обнаружены. Они могут проникать в толщу трещин фиброзной капсулы и даже вне ее при погибшей материнской кисте, т.е. при осложненном эхинококкозе. В связи с этим радикализм оперативного вмешательства находится в прямой зависимости от способа обработки стенок кисты после удаления герминативной оболочки эхинококковой кисты и дочерних пузырей. От этого же зависит время облитерации кисты после закрытой эхинококкотомии.

Следовательно, радикальность оперативного вмешательства при эхинококкозе зависит от полноценности удаления материнских пузырей с их содержимым при предотвращении попадания зародышевых элементов (дочерних пузырей и сколексов) в рану и оставления их в ней.

В связи с изложенным предлагаем следующую классификацию оперативных пособий при эхинококкозе:

- 1) закрытая одномоментная эхинококкотомия при неосложненном или нагноившемся эхинококкозе (А.А. Бобров, 1897, С.И. Спасокукоцкий, 1926);
- 2) открытая одномоментная эхинококкотомия (Volkman, 1894);
- 3) вылушивание паразита вместе с фиброзной капсулой или перицистэктомия или эхинококкэктомия (А.В. Мельников, 1955)-,
- 4) резекция печени.

На основании многолетнего опыта хирургического лечения эхинококкоза печени полагаем, что закрытая одномоментная эхинококкотомия является достаточно радикальной операцией, простой по исполнению, хорошей по непосредственным и отдаленным результатам. Она дает такие положительные результаты при неосложненном эхинококкозе, при единичных нагноившихся кистах. При этом важным моментом вмешательства является предупреждение попадания зародышевых элементов в рану.

дышевых элементов (сколексов, дочерних пузырей) в брюшную полость и способ обработки стенок фиброзной капсулы после удаления кисты. Последний должен гарантировать уничтожение оставленных в полости кисты пузырей и сколексов, а также при осложненном эхинококкозе уничтожение зародышевых элементов эхинококка, возможно проникших в толщу фиброзной капсулы или за пределы ее. За последние три года в Томском гепатологическом центре для этой цели используется криодеструкция фиброзной капсулы после удаления материнского пузыря и содержимого его. Это мероприятие повышает радикализм вмешательства, позволяет достичь скорейшей облитерации остающейся полости и предупреждает рецидивы заболевания.

В случаях, когда хирург не уверен в полном удалении содержимого кисты, более приемлемым является открытая эхинококкотомия. Она также служит операцией выбора при нагноившихся кистах, когда они протекают аналогично абсцессам печени.

Удаление эхинококковой кисты с фиброзной капсулой или перицистэктомию следует применять в случаях краевого расположения эхинококковых кист.

При множественных кистах, занимающих долю или половину печени, операцией выбора является резекция печени. По нашему мнению, она должна осуществляться по принципам атипичной резекции, по принципиально возможно использование любой методики, которая разработана и апробирована в данном лечебном учреждении.

Применение предложенной классификации оперативных вмешательств при эхинококкозе вероятно поможет практическому врачу.

#### **Комментарий\***

**Проф. А.А. Мовчун**

История развития хирургии эхинококкоза печени богата именами известных хирургов, как в нашей стране, так и за рубежом, принимавших активное участие в разработке различных способов оперативного лечения этого заболевания. Однако и до настоящего времени продолжают развиваться различные классификации оперативных вмешательств и способов воздействия на зародышевые элементы паразита с целью профилактики рецидивов. Очередной попыткой в этом направлении является статья Б.И. Альперовича "Оперативные вмешательства при эхинококкозе, их классификация". Предлагаемую автором классификацию оперативных пособий при эхинококкозе нельзя считать удачной, так как используемая терминология вызывает множество вопросов, не уточняет применяемую в настоящее время классификацию и, что немаловажно, не отражает тактику хирурга относительно остаточной полости. Классификация, предложенная О.Б. Милоновым в 1982 г. наиболее систематизирована, унифицирована и широко применяется в практической хирургии.

В монографии "Хирургия эхинококкоза" (Б.В. Петровский, О.Б. Милонов, П.Г. Дееничин—София. 1985 г.) написано: "тотальное удаление фиброзной капсулы абсолютно противопоказано при расположении кисты в глубине печени, в проекции или рядом с крупными кровеносными сосудами и желчными ходами, а так же при очень больших размерах кист. Выполнять перицистэктомию показано лишь при небольших кистах, при поверхностном или краевом их расположении и обызвествлении фиброзной капсулы". Однако с внедрением новых инструментальных и фармакологических средств и развитием хирургии печени в последнее время перицистэктомию стали выполнять чаще. В случаях выявления проходящих крупных трубчатых структур печени возможно оставление фрагмента фиброзной капсулы на сосудах. Остаточную полость в этих случаях можно не ушивать, а операцию заканчивать дренированием брюшной полости.

На основании многолетнего опыта хирургического лечения эхинококкоза печени полагаем, что выполнение резекции печени (в классическом его понимании) при эхинококкозе нецелесообразно, так как не исключен рецидив заболевания или реинвазия. При кистах, занимающих половину печени или долю, можно говорить о эхинококкэктомии с иссечением фиброзной капсулы и распластанных па нем небольших фрагментов паренхимы печени, но не о резекции печени.

Радикализм оперативного вмешательства при эхинококкозе печени зависит не только от полноценности удаления зародышевых элементов паразита, но в значительной степени от качества антипаразитарной обработки эхинококковых кист и остаточной полости фиброзной капсулы. Поэтому среди мер профилактики рецидивов важную роль играет надежное обезвреживание зародышевых элементов паразита во время операции. С этой целью использовались различные химические и физические агенты, не получившие широкого применения ввиду низкой противопаразитарной активности, громоздкости некоторых технических средств и неудобства применения в труднодоступных отделах брюшной полости. Предлагаемый автором метод криодеструкции фиброзной капсулы, как метод профилактики послеоперационных рецидивов, вряд ли будет иметь широкое применение в связи с имеющимися в настоящее время высокоэффективными и более простыми методами противопаразитарной обработки эхинококковых кист и остаточных полостей. Применяемая нами методика интраоперационной обработки с использованием 80% глицерина в качестве противопаразитарного агента обеспечивает профилактику послеоперационных рецидивов, проста в применении, не удлиняет послеоперационный койко-день и, что не маловажно, значительно дешевле предлагаемой автором криодеструкции фиброзной капсулы.

\*Статья проф. Б.И. Альперовича содержит много дискуссионных положений. Проф. А.Д. Мовчун высказывает свое мнение по затронутой проблеме. Редколлегия призывает других хирургов также принять участие в обсуждении такого важного и спорного вопроса