

Классификация методов хирургического лечения эхинококкоза

А.З. Вафин

Кафедра
хирургических
болезней №1
Ставропольской
государственной
академии (ректор –
проф. Б.Д.Минаев

Classification of Surgical Methods of Management of the Liver Hydatid Echinococcosis

A.S.Vatin

Surgical Department №1
(Director - Prof. B.D.Minaev)
Stavropol State Medical Academy.

Операции, используемые при хирургическом лечении эхинококкоза из-за их разнообразия называются устаревшими терминами (Ф.Г. Назыров, 1999; Б.И. Альперович, 1999). Кроме того, ряд оперативных пособий имеет разные названия, что является причиной терминологической путаницы и создает трудности для сравнительного анализа данных литературы по эхинококкозу.

До настоящего времени единственным радикальным способом лечения эхинококкоза остается хирургический. Он прошел большой путь не оправдавшихся надежд и ошибок от пункций кисты (Ette, 1833; Murlati, 1864), инъекций в кисту антисептиков (Heidelberg, Boinet, 1859; Simon, 1866), марсупиализации (Lindemann Kischer, 1878). Поскольку марсупиализация заключалась во вскрытии кисты, удалении ее содержимого и оставлении открытой наружу остаточной фиброзной полости, она получила название открытой эхинококкотомии.

Позже Thornthorn (1833) и А.Д. Бобров (1894) стали ушивать края разреза опорожненной кисты и способ этот получил название закрытой эхинококкотомии. Ушитая наглухо остаточная полость нередко нагнаивалась, поэтому Delbet (1896) предложил способ ликвидации остаточной полости путем капитонажа. Позже от способа Thornthorn-Боброва отказались и основным стал способ ликвидации остаточной полости методом капитонажа, но он унаследовал термин «закрытая эхинококкотомия». В иностранной литературе он фигурировал как способ Delbert'a, в советской и современной - как способ Боброва-Спасокукоцкого, т.к. С.И. Спасокукоцкий первым в России (1912) произвел подобную операцию при эхинококкозе легкого и позже (1926) предложил способ антипаразитарной обработки остаточной полости 2% раствором формалина в глицерине.

Вместе с бурным развитием хирургии и анестезиологии изменились и способы лечения эхинококкоза, разработанные в конце XIX века. С появлением возможности широкой лапаротомии, торакотомии и их сочетания перестали применяться способы открытой эхинококкотомии типа марсупиализации при эхинококкозе печени и способ А.А. Вишневого при осложненной нагноением и прорывом в плевральную полость эхинококковой кисты легкого. Совершенствовались способы антипаразитарной обработки кист, методы ликвидации остаточных полостей. С учетом этих изменений О.Б. Милонов (1974, 1976, 1985) отмечал несоответствие термина «закрытая эхинококкотомия по Боброву» сути способа, т.к. при этом способе удаляются все элементы паразита и он должен называться «эхинококкэктомией» и предлагает отражать в названии операции характер удаления паразитарной кисты и способ ликвидации остаточной полости.

Классификации О.Б.Милонова методов хирургического лечения эхинококкоза сохранила привычные термины «открытая» и «закрытая» эхинококкэктомия только для обозначения метода удалений паразита - открытая со вскрытием кисты и закрытая - без вскрытой кисты. Эта классификация широко обсуждалась в печати, на Всесоюзной конференции «Диагностика и лечение эхинококкоза» в 1987 г в г Баку она была рекомендована для применения и последние 10 лет используется в публикациях российских хирургов. Диссонансом этому звучит попытка Н.И.Альперовича (1999) вернуться к старой классификации, не соответствующей состоянию современной хирургии эхинококкоза и, как совершенно точно отмечает А.А.Мовчун, не отражающей самого главного в операции - тактики хирурга в отношении остаточной полости.

Нами классификация методов хирургического лечения эхинококкоза О.Б.Милонова используется с 1985 г с рядом дополнений в следующем виде:

СПОСОБЫ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

1. Закрытая - без вскрытия кисты:

- «идеальная»,
- резекция органа с кистой.
- удаление органа с кистой,
- цистперцистэктомия.

2. Открытая - с пункцией или вскрытием кисты и удалением ее содержимого.

3. Сочетанная - при множественном эхинококкозе - сочетание закрытого удаления одних и открытого удаления других кист

МЕТОДЫ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ

1. Полная ликвидация остаточной полости путем:

- капитонажа,
- инвагинации фиброзной капсулы,
- тампонады сальником, оментопластики,
- тотальной резекции фиброзной капсулы (открытой перцистэктомии)
- субтотальной резекции фиброзной капсулы с аплатизацией остающейся (неудаляемой) площадки фиброзной капсулы.

2. Неполная ликвидация остаточной полости с ее наружным дренированием после:

- капитонажа,
- инвагинации фиброзной капсулы,
- тампонады сальником и т.д.

3. Только наружное дренирование остаточной полости.

4. Внутреннее дренирование остаточной полости - цисто-дигестивные анастомозы.

Приведенная классификация позволяет отразить в названии операции большинство хирургических пособий, применяемых в хирургии эхинококкоза печени, легких и брюшной полости, унифицировать терминологию различных хирургических клиник, сравнивать результаты лечения эхинококкоза отечественных и зарубежных хирургов и оставляет возможность и простор для ее дальнейшего совершенствования.

КОММЕНТАРИИ к статье А.З.Вафина «Классификации методов хирургического иссечения эхинококкоза»

ПРОФ. А.А.МОВЧУН (НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ХИРУРГИИ МОСКВА)

Статья А.З.Вафина является откликом на дискуссию, начатую журналом «Анналы хирургической гепатологии» (т.4, №1, 1999) в обсуждении такого важного и спорного с научной и практической точки зрения Ставропольского краевого центра по диагностике, лечению и профилактике эхинококкоза вопроса.

Предлагаемую автором классификацию, основанную на многолетнем опыте работы, нельзя считать окончательной, так как она содержит много дискуссионных вопросов, а изменения и используемая терминология не уточняют используемую в настоящее время классификацию О.Б.Милонова (1974, 1976, 1985).

Так, дополнительное введение в группе «Закрытая эхинококкэктомия» термина «цистперицистэктомия», по нашему мнению, является недостаточно обоснованным, так как этот метод вмешательства в принципе не отличается от «идеальной эхинококкэктомии», при которой также удаляется эхинококковая киста вместе с фиброзной капсулой.

К сказанному следует добавить, что выполнение цистперицистэктомии из печени без предварительной антипаразитарной обработки крайне опасно, так как в любой момент может произойти вскрытие кисты и обсеменение брюшной полости зародышевыми элементами паразита, что неизбежно приведет к рецидиву заболевания.

Также нам кажется, что введение термина «сочетанная эхинококкэктомия» не правомерно, т.к. не отражает сути выполняемого хирургического вмешательства при множественном эхинококкозе.

Раздел «методы ликвидации остаточной полости», описанный в статье является ничем другим, как конкретизацией способов устранения остаточной полости, указанными в классификации О.Б.Милонова. Так, ликвидация остаточной полости может быть полной (капитонаж, инвагинация) и неполной, когда перечисленные при полной ликвидации способы, сочетаются с наружным дренированием остаточной полости. Однако, не совсем ясно, почему в предлагаемой классификации А. З. Вафина не рассматриваются сочетанные методы ликвидации остаточной полости, выполняемые при множественном и распространенном эхинококкозе, о чем указано в классификации О.Б.Милонова (Б.В.Петровский, 1980).

Вообще, нам кажется, что введение в классификацию «способов ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии» и конкретизация различных методов излишне, так как каждая операция является «творчеством» хирурга и объединить все практически невозможно, особенно в век бурного технического развития, когда при эхинококкозе стали применяться лапароскопические и пункционные методы лечения, криодеструкция, полимерные заполнители и др.

Новым в предлагаемой А.З.Вафиным классификации является введение понятия «внутреннее дренирование остаточной полости - цистодигестивным анастомозом».

Это новое понятие в хирургии эхинококкоза и оно заслуживает критического обсуждения.

Во-первых, термин «цистодигестивный анастомоз» может быть неправильно понят хирургами, а именно в том, что анастомоз накладывается с эхинококковой кистой, а по сути - с остаточной полостью.

Во-вторых, по литературным и нашим данным показания к данному виду вмешательства не обсуждены на расширенных симпозиумах и конференциях по эхинококкозу, а число выполняемых вмешательств крайне мало, чтобы делать практические выводы и включать этот вид вмешательств в классификацию.