

Лучевые методы исследований в диагностике и лечении гнойных осложнений эхинококкоза печени

Ф. Г. Назыров,
Х. А. Акилов, А. И. Икрамов,
Н. М. Джураева,
Ф. А. Ильхамов,
С. С. Агзамходжаев

Научный центр хирургии им. акад. В. Вахидова (дир. – проф. Х.А. Акилов) Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкент

В работе представлен опыт диагностики и лечения 240 больных с нагноившимся эхинококкозом печени и 62 больных с остаточными полостями после эхинококкэктомии из печени. Проведен сравнительный анализ чувствительности и специфичности УЗИ и КТ в диагностике указанной патологии.

Рассмотрены возможности использования пункционных методов лечения у пациентов с осложненными эхинококковыми кистами печени, показания и противопоказания к таким интервенционным вмешательствам.

Обоснованы показания к чрескожным методам лечения нагноившихся остаточных полостей печени, выбор метода радиологического контроля в зависимости от локализации, размеров и содержимого патологического очага.

Radiologic Diagnosis and Management in Liver Hydatidosis Septic Complications

F. G. Nazirov,
Kh. A. Akilov,
A. I. Ikramov,
N. M. Jouraeva,
F. A. Ilkhamov,
S. S. Agzamkhojaev

V. Vakhidov Scientific Center of Surgery (Director – Prof. Kh. A. Akilov), Tashkent, Uzbekistan

An experience of diagnosis and management of 240 complicated liver hydatidosis and 62 remnant cavities after hydatidectomy is presented. Specificity and sensitivity of CT and US are comparatively analysed. Possibilities, indications and contraindications of percutaneous management in complicated liver hydatidosis are evaluated.

Indications of the percutaneous management of remnant suppurated collections in the liver after hydatidectomy, choice of radiological diagnostic tool in accordance to its size, localisation and content are substantiated.

Введение

Несмотря на прогрессивное развитие современных технологий и внедрение их в медицинскую практику, разработку новых методов диагностики и хирургического лечения, многие тактические аспекты в гепатологии остаются дискуссионными [1, 6].

Это в немалой степени касается и эхинококкоза печени (ЭП), особенно его гнойных осложнений. Значительный рост за последние годы общего количества больных с этим заболеванием повлек за собой и увеличение частоты выявления гнойных осложнений ЭП, которые составляют, по данным разных авторов, от 14 до 23% [2, 4, 5]. Поэтому такие вопросы, как, например, целесообразность и возможность пункционного лечения нагноившегося ЭП, роль и место малоинвазивных чрескожных вмешательств в лечении осложненных остаточных полостей после эхинококкэктомии в качестве альтернативы традиционным хирургическим методам, вызывают значительный интерес. Они были предметом обсуждения на многочисленных конференциях и симпозиумах хирургов-гепатологов [3, 9, 10], и до настоящего

времени по этим проблемам высказывается множество порой кардинально противоположных мнений.

Материал и методы

С 1990 по 1999 г. Научный центр хирургии им. акад. В. Вахидова накопил опыт лечения 1650 больных ЭП. При этом нагноение полости кисты отмечено у 240 (14.6%) больных.

Среди больных были 104 женщины и 136 мужчин. Возраст больных от 7 до 76 лет, большинство из них составили пациенты от 20 до 50 лет.

Кисты локализовались преимущественно в правой доле печени – у 184 (76.6%) больных, в левой доле печени – у 34 (14.2%), в области междолевой зоны – у 14 (5.8%) и в воротах печени – у 8 (3.3%) больных. В подавляющем большинстве наблюдений – 212 (88.3%) – нагноившиеся кисты печени были солитарными. Лишь у 28 (11.6%) больных нагноившаяся киста правой доли печени сочеталась с множественными кистами правой и левой долей печени. Сочетанные поражения других органов (легких, селезенки, брюшной полости) наблюдались у 16 (6.6%) больных.

Специфичность и чувствительность КТ и УЗИ в диагностике гнойных осложнений эхинококкоза (показатели в процентах)

Вид исследования	Раздельное		Совокупное	
	специфичность	чувствительность	специфичность	чувствительность
КТ	87.5	92.6	91.3	94.4
УЗИ	84.4	90.4		

С 1995 по 1999 г. под нашим наблюдением находилось также 62 пациента с осложненными остаточными полостями после эхинококкэктомии из печени. В 35 наблюдениях первичная операция произведена в абдоминальных отделениях центра, остальные 32 больных поступили из различных регионов республики. Мужчин было 23, женщин – 39. Большинство остаточных полостей (46) располагалось в правой доле печени.

Причинами образования нагноившихся остаточных полостей печени (НОПП) явились раннее удаление дренажных трубок из остаточной полости гидатиды (27) и выпадение дренажа по неосторожности самих пациентов (35).

Диагностика и лечение нагноившегося ЭП

Диагностика нагноившегося ЭП базировалась на известных общеклинических, инструментальных методах исследования, из которых наиболее информативными и неинвазивными следует считать компьютерную томографию (КТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) [7, 8, 11].

При этом ультразвуковое сканирование выполнялось нами во всех случаях и служило основным скрининг-методом выявления кистозных образований как печени, так и всей брюшной полости.

КТ, обладающая способностью аксиальной визуализации тканей, позволила определить точную топографическую локализацию очага, связь его с крупными сосудами (печеночными, нижней полой и портальной венами), а также избрать наиболее рациональный доступ к полости нагноившейся кисты.

Несмотря на высокую чувствительность в определении очаговых образований, специфичность изолированных КТ и УЗИ составила 87.5 и 84.4% соответственно. Одним из методов увеличения специфичности данных исследований при подозрении на нагноившийся ЭП должно быть, по нашему мнению, комплексное использование УЗИ, нативной и контрастной КТ.

Совокупное применение этих методов обеспечивает в 92–94% наблюдений постановку достоверного диагноза (см. таблицу).

Обладающая возможностью денситометрии КТ еще на дооперационном этапе позволила выявить наряду с нагноением полости кисты наличие в последней дочерних пузырей, что, с нашей точки зрения, очень важно для ответа на вопрос, следует ли лечить нагноившийся эхинококк с помощью пункции.

Оперативное лечение после установления диагноза проведено 236 больным. У 186 из них операционным доступом была верхняя срединная лапаротомия, у 50 пациентов с локализацией кисты в проекции VI–VII сегмента печени – правый подреберный разрез.

Основные этапы оперативного вмешательства: вскрытие полости кисты, обработка ее с применением лазерных и плазменных потоков, капитонажа, дренирования и (реже) тампонирования остаточной полости.

По данным дооперационных диагностических исследований и интраоперационным заключениям, дочерние живые паразиты даже в нагноившейся кисте печени встречаются в 64% случаев [5].

В связи с этим использование пункционных методов в лечении нагноившейся эхинококковой кисты должно быть сведено к минимуму. Конкретных показаний к применению этих манипуляций не может быть. Такие факторы, как технические трудности полного удаления содержимого нагноившейся кисты; опасность обсеменения и гнойного инфицирования брюшной полости; невозможность адекватной обработки полости кисты *ad oculus*; трудности визуализации, обнаружения и ликвидации желчных свищей; невозможность выполнения перцистэктомии и капитонажа остаточной полости, позволяют высказать крайне осмотнительное отношение к возможности чрескожных манипуляций. Немаловажно также, что в большинстве наблюдений чрескожные вмешательства значительно увеличивают сроки нахождения дренажа в кисте, снижая тем самым качество жизни пациентов.

Мы использовали чрескожное пункционное дренирование в 4 наблюдениях. У больного с рецидивирующим ЭП на 8–9-е сутки после очередной операции при УЗИ обнаружена нагноившаяся остаточная полость и резидуальная киста на

границе VII и VIII сегментов правой доли печени с подозрением на нагноение. Сначала под контролем КТ дренирована остаточная полость, располагавшаяся в VI сегменте печени, затем из-за отсутствия эффекта и сохранения гектической температуры дренирована и полость эхинококковой кисты – получены гной и множественные дочерние пузыри, которые еще в течение 4–5 дней вымывались из остаточной полости. Больной выписан в удовлетворительном состоянии с дренажной трубкой.

Чрескожное дренирование под контролем УЗИ проведено у 2 больных с резидуальным ЭП и нагноением полости кисты. Показанием к малоинвазивному лечению был категорический отказ больных от открытой хирургической операции.

Еще в одном наблюдении малоинвазивное вмешательство под контролем КТ выполнено при ошибочной трактовке абсцесса печени как непаразитарного перед началом его чрескожного лечения.

В связи с этим считаем, что при любых чрескожных вмешательствах по поводу очаговых образований печени хирург должен быть насторожен в отношении вероятности паразитарной этиологии очага. Особенно это касается регионов, эндемичных по данной нозологии.

Диагностика и лечение нагноившихся остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени

Диагностика НОПП не вызывала особых затруднений и основывалась на жалобах больных (повышение температуры тела, ознобы, слабость и т.д.), данных объективного осмотра и радиологических методов исследования. При этом УЗИ, обладающая преимуществами технической простоты исполнения, возможностью неоднократно выполнения, быстроты исследования и отсутствия радиационного фона, должна быть, по нашему мнению, основным скрининг-методом выявления данного осложнения.

КТ выполнена у 34 пациентов. Показанием к ней в большинстве наблюдений послужила нетипичная локализация НОПП (ворота печени, проекция VII–VIII сегментов).

Метод ликвидации нагноившихся остаточных полостей определялся нами с учетом локализации, размеров и характера содержимого гнойной полости. При этом выявлены значительные преимущества КТ-исследования. Устанавливая точное топографическое расположение очага, его размеры, плотность содержимого, еще на дооперационном этапе можно решить основные вопросы тактики ведения подобных больных. Это определение необходимости открытого лапаротомного доступа либо возможности малоинвазивного чрескожного лечения, выбор способа радиологического контроля (КТ либо УЗИ), диаме-

тра дренажа (на основании денситометрического анализа плотности НОПП).

Традиционная лапаротомия выполнена нами в 11 наблюдениях. При этом дооперационное определение точного топографического расположения очага позволило использовать методику минилапаротомных разрезов.

Основными показаниями к проведению лапаротомии при НОПП были: большой размер очага (более 15 см) в сочетании с нетипичной его локализацией (область ворот печени, левой доли и проекции VII–VIII сегментов купола печени), наличие в полости выявленного при УЗИ и КТ густого содержимого с частями оставшейся хитиновой оболочки.

Операция заключалась во вскрытии, санации НОПП, “выпаривании” некротических масс высокоэнергетическим лазерным и плазменным потоками, дренирование и (реже) тампонирование остаточной полости.

У 51 пациента выполнены малоинвазивные чрескожные вмешательства. При этом в 16 наблюдениях использовался КТ-метод радиологического контроля, в 35 – дренирование под контролем УЗИ.

При чрескожном дренировании использовали специальные самофиксирующиеся катетеры типа malecot и pig-tail. Под местной анестезией на участке, выбранном при КТ либо УЗИ, производили разрез кожи длиной 0,5–1 см и через него в очаг на заданную глубину вводили стилет-катетер. Дренированную полость промывали теплым раствором фурацилина с добавлением протеолитических ферментов. С первых же суток начинали программу лазерного воздействия, заключающуюся в последовательном применении ультрафиолетового и гелий-неонового лазеров с облучением через световод с параллельным чрескожным магнитолазерным облучением.

При больших (более 10 см) очагах выполняли двухкатетерное дренирование. Наличие жидкостного компонента позволяло ограничиться тонкими катетерами, а получение густого содержимого (гной или обрывки хитиновой оболочки) требовало использования катетеров диаметром 12 F и более. Несмотря на довольно большие сроки лечения (от 2 до 6 нед.), такая тактика чрескожных вмешательств увенчалась успехом у всех больных.

Регулярный контроль за динамикой размера, объема, характера дренированной полости осуществляли методом УЗИ и фистулографии, при необходимости – КТ-исследованием. Дренажную трубку удаляли после полного прекращения отделяемого и ликвидации полости. Средний срок нахождения дренажа в полости составил 23.9 ± 4.7 сут. Летальных исходов, связанных с применением данного метода, мы не отмечали. В 4 наблюдениях длительное истечение гноя по дренажу вынудило нас выполнить лапаротомию – были обнаружены оставленные во время первой

операции хитиновые оболочки паразита, которые и поддерживали инфекцию.

Таким образом, нагноение полости эхинококковой кисты является одним из наиболее частых осложнений ЭП и составляет 12–16%. В большинстве случаев нагнаиваются солитарные кисты преимущественно правой доли печени.

Диагностика нагноившихся кист должна основываться на совокупном применении УЗИ, нативной и контрастной КТ. Это позволяет в 92% наблюдений поставить правильный дооперационный диагноз.

Основным методом лечения нагноившегося ЭП должен быть традиционный хирургический, а чрескожные интервенционные вмешательства могут выполняться лишь в крайних случаях (неоднократный рецидивный эхинококкоз, категорический отказ больных от лапаротомии и др.).

При нагноившихся остаточных полостях печени после эхинококкэктомии методом выбора может быть использование малоинвазивных чрескожных методов лечения под контролем УЗИ и КТ.

При больших размерах нагноившихся остаточных полостей (более 15–20 см), а также при их труднодоступной локализации (область ворот печени, левая доля и проекция VIII сегмента) либо при выявлении в полости остатков хитиновой оболочки и густого содержимого вопрос должен решаться в пользу лапаротомии.

Список литературы

1. Гальперин Э.И., Насиров Ф.Н., Карагулян С.Р. К вопросу о лечении остаточных полостей после операций по поводу эхинококкоза // Диагностика и лечение эхинококкоза. Баку, 1987. С. 88–89.
2. Ильхамов Ф.А., Вахидов А.В. Малоинвазивные чрескожные вмешательства при нагноившихся остаточных полостях в печени после эхинококкэктомии // Хирургия. 1997. № 2. С. 21–23.
3. Кузин Н.М., Лотов А.Н., Авакян В.Н. и др. Диагностика и малоинвазивные методы лечения непаразитарных кист печени // Хирургия. 1996. № 5. С. 16–20.
4. Мовчун А.А., Шатверян Г.А., Абдуллаев А.Г., Мовчун В.А. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени // Хирургия. 1997. № 2. С. 28–30.
5. Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени // Анналы хир. гепатол. 1999. Т. 4. № 1. С. 11–16.
6. Назыров Ф.Г., Закиров К.Н., Акилов Х.А., Девятков А.В. Современная диагностика и хирургическое лечение паразитарного поражения печени // Анналы хир. гепатол. Т. 2 (приложение). С. 51.
7. Нуднов Н.В., Кошелева Н.И., Кутын Г.К. и др. Пункционные методы диагностики и лечения под контролем УЗ, КТ и рентгентелевизионного изображения // Вестн. рентгенол. 1997. № 2. С. 26–30.

8. Попадин Н.В., Димитрова В.К. Сравнительные данные компьютерной томографии и эхографии при заболеваниях органов брюшной полости // Клин. хир. 1991. № 10. С. 70–71.
9. Шехтер Ю.И., Юдин А.Л. Результаты диагностических и лечебных пункций ряда внутренних органов под контролем компьютерной томографии // Вестн. рентгенол. 1990. № 5–6. С. 20.
10. Kollar A., Molnar P., Arany A. Percutaneous interventional treatment with alcohol sclerotherapy of symptomatic liver cysts and polycystic liver diseases // Europ. Radiol. 1997. V. 17. P. 349.
11. Gossios K.J., Kontoyiannis D.S. et al. Uncommon location of hydatid disease: CT appearances // European Radiology. 1997. V. 7. P. 1303–1308.

Рецензия на статью “Лучевые методы исследований в диагностике и лечении гнойных осложнений эхинококкоза печени”

Рецензируемая статья посвящена решению важной научно-практической задачи – снижению частоты ошибок в диагностике и лечении при осложненном эхинококкозе печени и остаточных полостях после эхинококкэктомии, что позволит улучшить результаты лечения эхинококкоза печени.

В диагностике и лечении эхинококкоза печени и его осложнений существует ряд дискуссионных и окончательно не решенных вопросов, что связано: с трудностью дифференциальной диагностики между осложненным (нагноение) эхинококкозом печени и отложениями в остаточной полости после эхинококкэктомии (при первом на современном этапе развития хирургии опасны минихирургические вмешательства, при вторых операцией выбора является пункционный метод лечения под контролем УЗИ или КТ). Сложности возникают в оценке диагностических возможностей лучевых методов исследования при определении показаний к хирургическому лечению и к отказу от пункционных методов. В рецензируемой статье Ф.Г. Назырова и соавт. обобщен большой клинический опыт оценки диагностических и лечебных возможностей современных лучевых методов исследования. Достоверно доказано, что специфичность и чувствительность совокупного применения различных лучевых методов исследования значительно выше отдельного.

Авторами статьи подтвержден важный факт наличия живых паразитов даже в нагноившейся эхинококковой кисте, в этом случае различные пункционные методы лечения крайне опасны ввиду возможности обсеменения брюшной полости. Вместе с тем следовало бы подчеркнуть, что лишь в отдельных случаях может быть применен пункционный метод лечения нагноившихся эхи-

нококковых кист печени. При тяжелом соматическом состоянии пациента либо при его категоричном отказе от хирургического метода лечения производится вынужденная операция. Изложение недостатков пункционного метода лечения осложненного эхинококкоза возражений не вызывает.

Заслуживают внимания описанные диагностические и лечебные возможности лучевых методов исследования при оценке осложненных нагноением остаточных полостей в печени после

эхинококкэктомии. Доказано, что современный пункционно-дренажный способ лечения (под контролем УЗИ или КТ) является операцией выбора. Однако этот метод малоэффективен, и в подобных ситуациях показана хирургическая методика – адекватное дренирование остаточной полости, в случае же обнаружения желчных свищей – их ликвидация либо наружное дренирование желчных протоков.

Проф. А.А. Мовчун