

Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени

Ф. Г. Назыров.

Ф. А. Ильхамов

*Научный центр хирургии
им. акад. В.В. Вахидова
(директор - профессор
Ф.Г. Назыров), Ташкент*

В статье представлены результаты хирургического лечения 315 пациентов с осложненным эхинококкозом печени за последние 10 лет (1988-1997 гг.)

Осложненные формы заболевания отмечены в 30.2% из числа всех пациентов, оперированных по поводу эхинококкоза печени. У 40.6% больных диагностированы нагноившиеся эхинококковые кисты, у 11.4% - механическая желтуха, обусловленная сдавлением желчных протоков паразитарной кистой; прорыв содержимого кисты в желчные пути обнаружен в 36.5% случаев, в грудную полость - в 3.8%, в брюшную полость - в 2.9% случаев; портальная гипертензия явилась осложнением эхинококкоза печени в 2.9%, обызвествление кисты - в 1.9% случаях.

В статье предлагаются оптимальные операции при каждом виде из осложнений эхинококкоза печени.

По поводу осложненного эхинококкоза печени у 26.6% больных выполнена закрытая, у 41.9% - полужакрытая, у 21.6% - открытая эхинококкэктомия. У 6.7% больных произведена перичистэктомия, у 1.3% - резекция левой доли печени, у 1.9% - наложен цистоэнтероанастомоз. 48 (15.2%) пациентам помимо операций по поводу осложненных эхинококковых кист выполнены вмешательства на соседних органах: у 32 - на внепеченочных желчных путях, у 12 - на органах грудной полости, у 4 - спленэктомия.

Послеоперационные осложнения отмечены у 82 (26%) пациентов, частота летальных исходов составила 2.5%.

В заключении отмечается, что заметного улучшения результатов хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени можно добиться путем выполнения патогенетически обоснованных современных методов операции с использованием лазерной (как высоко-, так и низкоэнергетической), плазменной и ультразвуковой техники.

Surgical Treatment of Complicated Hepatic Echinococcosis

F. G. Nazzyrov.

F. A. Ilkhamov

*Academician V.V.
Vakhidov Research Centre
of Surgery, (Director -
Professor F.G. Nazzyrov),
Tashkent*

The article deals with outcomes of surgical treatment of 315 patients with complicated hepatic echinococcosis over the last decade (1988-1997).

Complicated forms of the disease were observed in 30.2% of all the patients operated on for hepatic echinococcosis. 40.6% of patients had developed suppurative echinococcal cysts, 11.4% - mechanical jaundice induced by constriction of the bile duct with parasitic cyst; the cystic contents penetrated to the bile ducts in 36.5% of cases, to the chest cavity - in 3.8%, to the abdominal cavity - in 2.9%; portal hypertension was a complication of hepatic echinococcosis in 2.9%, and calcification of the cyst - in 1.9%.

The article suggests optimal operations in each type of complications of hepatic echinococcosis.

Of all the patients operated on for complicated hepatic echinococcosis, 26.6% underwent closed, 41.9% - semiopen, and 21.6% - open echinococcectomy. 6.7% were subjected to pericystectomy, 1.3% - to resection of the left hepatic lobe, 1.9% - to cystoenteroanastomosis. 48 (15.2%) patients, in addition to operations for complicated echinococcal cysts, underwent surgery on adjacent organs: 32 - on the extrahepatic bile ducts, 12 - on thoracic organs, and 4 underwent splenectomy.

Postoperative complications were observed in 82 (26%) patients, the mortality rate amounting to 2.5%.

The article concludes that considerably better outcomes of surgical treatment for complicated hepatic echinococcosis may be achieved by carrying out pathogenetically substantiated present-day surgical methods using laser (both high- and low-intensity), plasmatic and ultrasonic equipment.

Эхинококкоз является наиболее широко распространенным в Узбекистане тяжелым паразитарным заболеванием. В хирургических учреждениях Республики ежегодно производится более 1,5 тысяч операций по поводу эхинококкового поражения различных органов [5, 6].

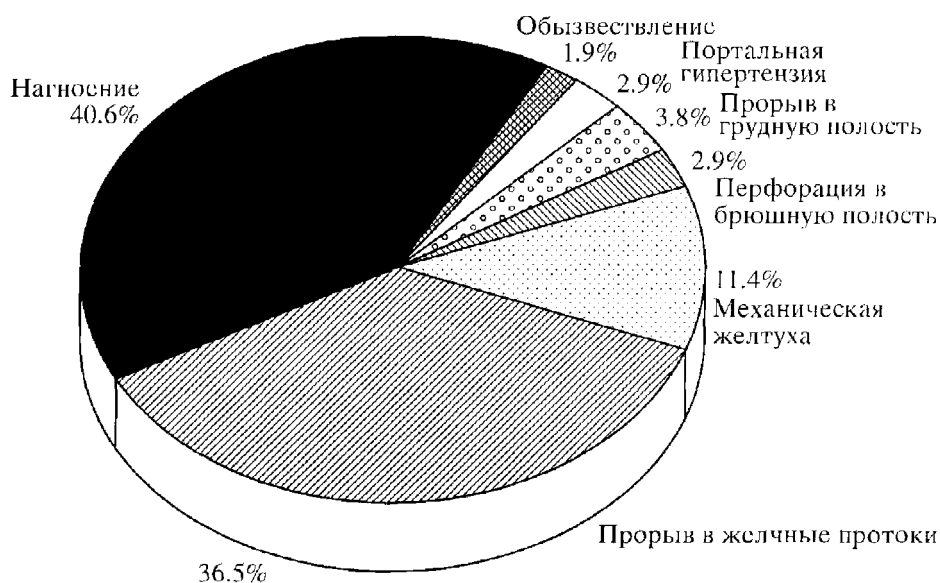
Такие факторы, как недостаточно высокая осведомленность населения (особенно сельского) о путях передачи этой болезни, пренебрежение мерами предупреждения заболевания, неполная охваченность этого контингента людей профилактическими медицинскими осмотрами, обуславливают учащение случаев тяжелых, осложненных форм поражения печени эхинококком [2, 4, 8].

Материал и методы

В последние годы в клинике НЦХ МЗ Узбекистана им. академика В.В. Вахидова, являющегося ведущим хирургическим центром Республики, ежегодно по поводу эхинококкоза оперируются около 300 больных, в том числе более 200 человек - с эхинококкозом печени (ЭП).

За 10-летний период (1988—1997 гг.) по поводу ЭП оперированы 1044 больных. У 315 из них обнаружены осложненные формы заболевания, что составило 30.2%. Возраст больных колебался в пределах от 15 до 66 лет, из них женщин 171 (54.3%), мужчин 144 (45.7%). Среди наших пациентов 34 (10.8%) были жителями г. Ташкента, 82 (26%) - из городов - областных центров Республики, а 199 (63.2%) проживали в сельской местности. 53 (16.8%) больных ранее были оперированы по поводу эхинококкоза различной локализации.

Виды осложнений эхинококкоза печени и их частота отражена на диаграмме (рисунок). Так, из всех 315 больных с осложненным эхинококкозом печени, нагноение содержимого паразитарной кисты обнаружено у 40.6%, прорыв в желчные протоки - у 36.5%, сдавление желчных протоков с развитием механической желтухи - у 11.4%. У 12 больных (3.8%) диагностирован прорыв содержимого кисты печени в органы грудной клетки, в т.ч. у 7 больных отмечена печеночно-плевральная, у 5 больных — печеночно-легочно-бронхи-альная форма этого осложнения. У 9 (2.9%) больных обнаружена перфорация содержимого кисты в свободную брюшную полость, у стольких же пациентов особенности локализации паразитарной кисты обусловили развитие портальной гипертензии: в 6 (1.9%) случаях в печени обнаружена обызвествленная эхинококковая киста.



Осложнения эхинококкоза печени.

Инфицирование (нагноение) содержимого паразитарной кисты — это наиболее часто встречающееся осложнение, диагностика которого не представляет особых трудностей. В наших наблюдениях 32 больных поступили с яркой клинической картиной гнойной интоксикации, у 71 пациента такие явления имели место раньше (до обращения к нам), а у остальных 25 развитие этого осложнения произошло без ярких клинических проявлений.

Диагноз устанавливался на основании анамнестических, объективных данных, с помощью результатов клинических анализов крови и ультразвукового исследования (УЗИ), в 12 случаях использовалась компьютерная томография (КТ).

Ранее наиболее часто выполняемой операцией при нагноившихся эхинококковых кистах печени являлась открытая эхинококкэктомия. Внедрение в клинику высокоэнергетических СО-2- и YAG-лазерных, и особенно плазменных хирургических установок, с помощью которых производится коагуляция и выпаривание гнойно-некротических тканей стенок кисты (стерилизация стенок и антипаразитарная обработка), позволили шире применять закрытые и полузакрытые методы завершения операции, а также производить абдоминализацию остаточной полости с оментогепатопексией, когда после обработки содержимого кисты производится максимально возможное иссечение свободной фиброзной капсулы и покрывающей ее атрофированной печеночной паренхимы с оставлением неудаленной фиброзной капсулы в свободном сообщении с органами брюшной полости или подшиванием к ней пряди большого сальника.

Прорыв в билиарные протоки второе по частоте осложнение ЭП, диагностировано нами у 115 пациентов. Клиническое проявление этого осложнения прежде всего зависит от диаметра билиарного протока, куда произошел прорыв и от размера самого свища.

Мы наблюдали 28 пациентов, поступивших с клинической картиной острой обструкции билиарных путей, осложнившейся механической желтухой (МЖ) и гнойным холангитом (ГХ). Точный диагноз при этом устанавливался с помощью комбинации УЗИ и эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ). У остальных 87 пациентов прорыв в желчные пути обнаружен во время полостной операции, когда со стороны полости кисты отмечались точечные желчные свищи фиброзной капсулы.

При явной клинике осложнения с развитием МЖ и ГХ лечебные мероприятия начинаются сразу после диагностической ЭРХГ: при этом выполняется максимально возможная широкая эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с целью дооперационной билиарной декомпрессии. Эндоскопическая операция завершается назобилиарным дренированием. Далее дренаж используется как для декомпрессии, санации билиарного дерева и введения антибиотиков, так и для проведения кварцевого световода при эндобилиарном гелий-неоновом лазерном облучении, сеансы которого проводятся как в до-, так и в послеоперационном периоде. Адекватная дооперационная эндоскопическая декомпрессия билиарного дерева была достигнута у 16 из 28 пациентов.

Во время основного метода лечения - полостной операции выявляли и ликвидировали желчный свищ путем лазерной, плазменной коагуляции его устья или ушивания атравматическим шовным материалом; далее производили временную (дренирование по Холстеду или Керу) или постоянную (холедоходуоденостомия) декомпрессию билиарного дерева. Операцию завершали путем полузакрытой (капитонаж полости с оставлением тонкого ниппельного дренажа) или закрытой эхинококкэктомии (капитонаж, ушивание полости с подворачиванием свободных краев стенки вовнутрь), а в 4 случаях наложен цистозентероанастомоз (так называемая операция внутреннего дренирования остаточной полости).

Механическая желтуха, развившаяся вследствие сдавления внепеченочных желчных путей растущей эхинококковой кистой, обнаружена у 36 пациентов. Выраженность клинического проявления этого осложнения значительно варьировала от субклинических форм до случаев МЖ, осложненных ГХ. (Диагноз устанавливался на основании лабораторных данных, результатов УЗИ и ЭРХГ.)

У 9 пациентов непосредственно после ЭРХГ произведена дооперационная ЭПСТ в сочетании с назобилиарным дренированием. Адекватная декомпрессия билиарных протоков достигалась только во время полостной операции, которую стремились завершить с использованием метода абдоминализации остаточной полости с оментогепатопексией, гарантирующего максимальный декомпрессионный эффект.

Одно из тяжелых осложнений ЭП, прорыв в грудную полость, диагностирован нами у 12 пациентов. Диагноз устанавливался на основании характерных клинических данных с помощью УЗИ, полипозиционной рентгенографии грудной клетки, рентгеновской томографии, бронхологических исследований (бронхография, бронхоскопия) и КТ.

У 7 больных с печеночно-плевральной формой осложнения лечебные манипуляции начинали с пункции и дренирования правой плевральной полости. Вторым этапом выполнено вмешательство

на осложненной эхинококковой кисте через абдоминальный доступ: в 2 случаях выполнена закрытая, в 2 - полужакрытая, в 3 — открытая эхинококкэктомия.

У 5 пациентов обнаружена печеночно-легочно-бронхиальная форма осложнения, у 4 больных произведено одномоментное вмешательство на правом легком (2 - эхинококкэктомия, 2 — нижняя лобэктомия) с диафрагмотомией и эхинококкэктомией из печени. У 1 больного первым этапом произведена эхинококкэктомия из правого легкого с ушиванием дефекта на куполе диафрагмы; вторым этапом через лапаротомный доступ выполнена эхинококкэктомия из правой и левой долей печени.

Перфорацию в брюшную полость содержимого эхинококковых кист печени мы наблюдали у 9 пациентов, у 7 из них наступила перфорация нагноившихся кист. У 5 больных это осложнение вызвало развитие диффузного гнойного перитонита, у 4 больных - распространенного гнойного (3) и серозно-фибринозного (1) перитонита.

Операция заключалась в открытой или полужакрытой эхинококкэктомии и завершалась тщательной санацией и антипаразитарной обработкой брюшной полости с обязательным использованием метода низкочастотной ультразвуковой кавитации поддиафрагмального, подпеченочного

Виды операций	Количество	
	абс.	%
Закрытая эхинококкэктомия	84	26.6
Полужакрытая эхинококкэктомия	132	41.9
Открытая эхинококкэктомия	68	21.6
Перицистэктомия,	21	6.7
в т.ч.: тотальная (5)		
частичная (16)		
Резекция левой доли печени	4	1.3
Цистозэнтероанастомоз	6	1.9
Всего	315	100.0

пространства, боковых каналов, малого таза и всех других "заинтересованных" областей брюшной полости.

Портальная гипертензия как осложнение у больных ЭП обнаружена у 9 больных. Она была связана с локализацией кист в области ворот печени (6) и селезенки (3). Диагноз устанавливался на основе сочетания УЗИ, эзофагогастродуоденоскопии, в 5 случаях — спленопортографии (2) и лапароскопии (3).

Операцией выбора в этих случаях является эхинококкэктомия с абдоминализацией остаточной полости (5), при невозможности выполнить ее - открытая эхинококкэктомия (3) или наложение цистозэнтероанастомоза (1).

Обызвествление эхинококковой кисты печени мы наблюдали у 6 пациентов. Диагностировали его с помощью УЗИ, обзорной рентгенографии брюшной полости и КТ.

Операцией выбора при этом осложнении считаем тотальную (или субтотальную) перицистэктомию, которую выполнили у 5 больных. Выполнение этой операции существенно облегчается использованием плазменной хирургической установки или YAG-лазера.

Результаты и обсуждение

Общий перечень выполненных операций при осложненном эхинококкозе печени приведен в табл. 1.

Учитывая различные взгляды хирургов на терминологию по видам операций при эхинококкозе печени [1, 7], не дискутируя ни с одним из них, перед изложением материала хотели бы уточнить свое мнение к этому вопросу.

Эхинококкэктомией мы называем операцию, заключающуюся в последовательном вскрытии фиброзной капсулы кисты, удалении хитиновых оболочек, дочерних (внучатых) пузырей, гидатидной жидкости с зародышевыми элементами и антипаразитарной обработке стенок остаточной

полости. Идеальной эхинококкэктомией мы называем вмешательство, при котором эхинококковая киста удаляется целиком без нарушения целостности фиброзной капсулы. Перицистэктомией называем операцию, когда эхинококкэктомия завершается тотальным или частичным удалением фиброзной капсулы.

Таблица 2. Оперативные вмешательства, выполненные у больных с осложненным эхинококкозом печени (помимо эхинококкэктомии)

Виды оперативных вмешательств	Количество
Вмешательства на внепеченочных желчных путях	32
в т.ч.:	
холецистэктомия	9
холецистэктомия + эндоскопическая папилосфинктеротомия	9
холецистэктомия + наружное дренирование холедоха	11
холецистэктомия + холедоходуоденостомия	3
Вмешательства на органах грудной клетки	12
в т.ч.:	
дренирование плевральной полости	7
одномоментная эхинококкэктомия из легких	4
двухмоментная эхинококкэктомия из легких	1
Спленэктомия	4
Всего	48

Таблица 3. Послеоперационные осложнения и летальность при осложненном эхинококкозе печени

Виды осложнений	Частота (абс./%)	Летальные исходы
Желчный свищ	23/7.3	—
Нагноение остаточной полости	18/5.7	—
Поддиафрагмальный абсцесс	6/1.9	1
Подпеченочный абсцесс	3/0.95	—
Несостоятельность швов холедоходуоденоанастомоза	1/0.3	1
Несостоятельность швов цистэнтероанастомоза	1/0.3	1
Внутрибрюшное кровотечение	3/0.95	2
Продолжающийся перитонит	2/0.6	2
Эмпиема плевры	2/0.6	1
Пневмония	10/3.2	—
Нагноение раны	13/4.2	—
Всего	82/26.0	8(2.5%)

Разделяя эхинококкэктомию на открытую, полужакрытую и закрытую, мы имеем в виду использованный способ ликвидации остаточной полости. Закрытой считаем эхинококкэктомию, когда достигается полная ликвидация остаточной полости (капитонаж, подворачивание свободных стенок вовнутрь полости, подшивание свободных наружных стенок ко дну кисты).

Эхинококкэктомиию считаем полузакрытой при значительном уменьшении остаточной полости одним из вышеназванных способов с обязательным оставлением в полностью неликвидированной полости тонкой ниппельной дренажной трубки. Открытой называем эхинококкэктомиию, когда производим наружное дренирование остаточной полости без попытки ее ликвидации или уменьшения размеров.

Помимо непосредственных операций по поводу осложненных эхинококковых кист, у 48 (15.2%) пациентов выполнены те или иные вмешательства на соседних органах. Перечень и характер этих вмешательств приведен в табл. 2.

В послеоперационном периоде у 82 (26.0%) пациентов отмечены различные осложнения, которые в 8 (2.5%) случаях привели к летальному исходу. Наши показатели частоты послеоперационных осложнений и летальности находятся практически в тех же пределах соответствующих показателей (частота осложнений от 6.4 до 62.8%, летальность от 0.9 до 6.4%), достигнутых целым рядом хирургов, занимающихся этой проблемой [2-4, 8—10]. Характер и частота осложнений у наших пациентов приведены в табл. 3.

Таким образом, осложненный эхинококкоз печени является серьезной проблемой современной хирургической гепатологии, содержащей целый ряд нерешенных вопросов и спорных моментов.

Большие возможности в улучшении непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения этой категории больных связаны во-первых, с выполнением патогенетически обоснованных современных способов оперативных вмешательств, во-вторых, с использованием на этапах операции высокоэнергетических лазерных и плазменных хирургических установок, низкочастотного ультразвука, а также низкоинтенсивных "терапевтических" лазеров в до-, интра- и послеоперационном периоде.

Список литературы

1. *Альперович Б.И.* Хирургия печени и желчных путей. Томск. Изд-во "Красная заря". 1997. 605 с.
2. *Гульмурадов Т.Г., Норов А.Н., Паллаев М.Г.* Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени // *Анналы хирургической гепатологии* 1997. № 2 (приложение). С. 36.
3. *Загидов М.З., Шахназаров А.М., Османов, А.О. др.* Лечение прорвавшегося в желчные протоки нагноившегося эхинококка печени. Там же. С. 38-39
4. *Заривчацкий М.Ф.* Жизнеугрожающие осложнения запущенных форм эхинококкоза печени. Там же. С. 39-40.
5. *Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т., Ещанов А.Т., Дурманов Б.Д.* Эпидемиологические аспекты эхинококкоза. // *Медицинский журнал Узбекистана.* 1997..№3. С. 59-62.
6. *Назыров Ф.Г., Закиров К.Н., Акилов Х.А., Девятков А.В.* Современная диагностика и хирургическое лечение паразитарного поражения печени // *Анналы хирургической гепатологии* 1997. Т. 2 (приложение). С. 51.
7. *Петровский Б.В., Милонов, О.Б., Дееничин П.Г.* Хирургия эхинококкоза. М.: Медицина, 1985. 216 с.
8. *Тимошин А.Д., Османов А.О.* Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени // *Анналы хирургической гепатологии.* 1997. Т. 1 (приложение). С. 64.
9. *Bilge A. Sozuer E M.* Diagnosis and surgical treatment of hepatic hydatid disease // *Surgery.* 1994. V. 8 №2. С. 77-81.
10. *Ulualp K. M., Aydemir I., Senturk H. et all.* Management of intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver // *World Journal of Surgery.* 1995. V. 19. №5. С. 720-724.