

УДК 616.089-36.128-089.78

З.А.АЗИЗЗОДА, К.М.КУРБОНОВ, К.Р.НАЗИРБОЕВ

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ**

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино

Поступила в редакцию 01.04.2019 г.

В статье проанализированы результаты хирургического лечения 340 больных с эхинококкозом печени. Больные были распределены на контрольную группу (n=170), где были произведены традиционные открытые оперативные вмешательства с последующим проведением химиотерапии с альбендазолом в послеоперационном периоде, и основную группу (n=170), где были выполнены миниинвазивные вмешательства с соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности во время операции, а также с проведением в пред- и в послеоперационном периоде химиотерапии с альбендазолом. Рецидивы эхинококкоза печени были диагностированы у 38 больных. При этом в основной группе они отмечались у 12 (3.5%) больных и в контрольной группе – у 26 (12.1%). Всем из них были выполнены радикальные оперативные вмешательства.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, рецидив, миниинвазивная технология, химиотерапия.

Республика Таджикистан относится к регионам, эндемичным в отношении эхинококкоза. Распространенность эхинококкоза в республике, выявляемая по обращаемости за медицинской помощью, составляет 5.62 на 100 тыс. населения и имеет устойчивую тенденцию к росту. За год в хирургических отделениях республики по поводу эхинококковых кист оперируются около 650-700 больных [1,2].

Коэффициент послеоперационной смертности пациентов составляет в среднем 2.2-3.5%, послеоперационных осложнений 5-11%, а в 6.5-12.5% случаев после операции наблюдаются рецидивы, требующие длительного восстановительного периода [3-5].

В последние годы при хирургическом лечении эхинококкоза печени широко применяется миниинвазивная технология, являющаяся альтернативой традиционным хирургическим вмешательствам [6,7].

Важным и главным в хирургии эхинококкоза печени являются отдаленные результаты его хирургического лечения. Основным критерием его эффективности является частота возникновения рецидивов заболевания. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения и противорецидивной терапии у больных может профилактики и ранней диагностики рецидивов заболевания [8-11].

Адрес для корреспонденции: Назирбоев Кахрамон Рузубоевич. 734003. Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, Таджикский государственный медицинский университет.
E-mail: dr.hero85@mail.ru

Целью исследования явилась оценка отдаленных результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени и его осложнений.

Методы исследования

В работе приведены результаты лечения 340 больных с эхинококкозом печени, оперированных в хирургических отделениях Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе, ГУ Комплекс здоровья «Истиклол» и Московского клинического центра им. А.С.Логина за период 2008-2018 гг. Больные были распределены на две группы: основную и контрольную по 170 человек каждая.

При хирургическом лечении больных в основной группе предпочтение отдавалось применению миниинвазивных хирургических вмешательств и высокой технологии. При лечении больных контрольной группы применены традиционные открытые вмешательства.

Диспансеризация пациентов после операции включала контрольное обследование каждые 6 месяцев. В комплекс обследования входило ультразвуковое исследование (УЗИ) печени и брюшной полости, забор проб крови для проведения серологической диагностики иммуноферментным методом (ИФА), а также обзорная рентгеноскопия органов грудной клетки. Длительность диспансерного наблюдения составила до 5 лет.

Статистическая обработка материала проводилась методами описательной статистики с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0. Данные были описаны в виде абсолютных значений и их доли (%).

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно цели настоящего исследования традиционные открытые методы хирургического лечения ЭП и его осложнений были выполнены всем пациентам контрольной группы (табл.1).

Таблица 1

Характер традиционных хирургических вмешательств при ЭП и его осложнениях у больных контрольной группы (n=170)

Характер оперативных вмешательств	Количество	%
Традиционная органосохраняющая эхинококкэктомия:	123	72.3
Закрытая эхинококкэктомия	37	21.8
Открытая эхинококкэктомия	86	50.5
Радикальные и условно-радикальные оперативные вмешательства:	47	27.7
Тотальная перицистэктомия	17	10
Субтотальная перицистэктомия	20	11.8
Резекция печени	10	5.9
Всего	170	100

В 123 (72.3%) наблюдениях выполнялись традиционные органосохраняющие эхинококкэктомии, при этом в 37 случаях выполнялась закрытая, а в 86 – открытая эхинококкэктомия. При проведении операции соблюдали принципы антипаразитарности, применяя различные сколексоцидные растворы для обработки остаточной полости, а

также надежно ограничивали эхинококковую кисту марлевыми тампонами от брюшной полости. Для антипаразитарной обработки эхинококковых кист применяли 30% раствор хлорида натрия с экспозицией 10-12 минут, а также 80% глицерин с экспозицией 8-10 минут, спиртовой раствор йода 5% с экспозицией 8-10 минут.

Ликвидацию остаточной полости после удаления паразитарных элементов и обработки стенок фиброзной капсулы производили различными методами.

На долю радикальных и условно-радикальных оперативных вмешательств при ЭП и его осложнений пришлось 47 (27.7%) случаев. При этом тотальная (n=17) и субтотальная перицистэктомия была выполнена 37 (21.7%) больным. В 10 (5.8%) случаях производили резекцию печени.

При хирургическом лечении больных основной группы (n=170) предпочитали применение миниинвазивных хирургических вмешательств и высокой технологии.

Характер и количество миниинвазивных вмешательств приведены в табл. 2.

Таблица 2

Характер миниинвазивных вмешательств у пациентов основной группы при ЭП и его осложнений

Характер миниинвазивных вмешательств	Количество	%
Открытая эхинококкэктомия из мини доступа	39	22.9
Эхоконтролируемые пункционно-дренирующие вмешательства + ЛЭЭ	20	11.8
Эхоконтролируемые пункционно-дренирующие вмешательства + традиционная эхинококкэктомия	19	11.1
Лапароскопическая эхинококкэктомия	29	17.1
Лапароскопическая резекция печени	10	5.9
Транспапиллярное эндоскопическое удаление элементов эхинококковых кист с НБД + традиционная открытая эхинококкэктомия	5	2.9
Видеолапароскопическая холедохотомия с удалением эхинококковых элементов. Дренажирование холедоха+традиционная открытая эхинококкэктомия	4	2.3
Лапароскопическая перицистэктомия	12	7.1
Традиционная открытая эхинококкэктомия+видеоэндоскопия остаточной полости	20	11.8
Роботические и робото-ассистированные вмешательства	12	7.1
Всего	170	100

Как видно из представленной таблицы, в 39 (22.9%) наблюдениях выполнялась открытая эхинококкэктомия из различных минидоступов с использованием набора инструментов «Мини-Ассистент».

В 39 (22.9%) наблюдениях на первом этапе произведены эхоконтролируемые вмешательства с санацией, обработкой полости кисты сколецидными препаратами и дренированием остаточной полости, на втором этапе выполнялась лапароскопическая эхинококкэктомия (n=20) и традиционная эхинококкэктомия (n=19).

Лапароскопическая эхинококкэктомия производилась в 29 (17.1%) случаях, из них в 10 (5.9%) случаях производили лапароскопическую резекцию печени и в 12 (7.1%) – лапароскопическую перицистэктомию.

В 5 (2.9%) наблюдениях при механической паразитарной желтухе (МПЖ) на первом этапе производили эндоскопические транспапиллярные вмешательства (n=5) и видеолапароскопическая холедохотомия с удалением элементов эхинококковой кисты из просвета общего желчного протока (n=4), на втором этапе производили традиционную эхинококкэктомию (n=9). Роботические вмешательства были выполнены в 12 (7.1%) наблюдениях.

В 20 случаях при больших и гигантских эхинококковых кистах, локализованных в труднодоступных сегментах печени у пациентов основной группы, выполняли традиционную эхинококкэктомию с видеоскопией остаточной полости. При этом выявленные цистобилиарные свищи коагулировались.

Отдаленные результаты лечения ЭП и его осложнений были изучены у 215 больных, из них у 110 больных основной группы и у 105 – контрольной группы, в сроки от 1 года до 5 лет. Пациентам контрольной группы был назначен альбендазол. Курс терапии альбендазолом был назначен только после операции в течение 1 месяца (1 курс противорецидивной терапии). Пациентам основной группы химиотерапия альбендазолом проводилась до выполнения миниинвазивного вмешательства в течение 2-4 недель и после операции в течение 2-х месяцев.

Доза лекарственного препарата определялась по стандартной схеме: пациентам с массой тела >60 кг назначали в суточной дозе 800 мг в 2 приёма по 400 мг на протяжении всего лечения, пациентам с массой тела <60 кг в суточной дозе из расчета 15 мг/кг двумя равными частями.

Рецидивы эхинококкоза печени были диагностированы у 38 больных. При этом пациентов основной группы было 12 (5.5%), контрольной группы – 26 (12.1%).

В срок до 3 лет после операции рецидив заболевания наблюдался у 7 больных основной группы и у 17 – контрольной группы. Проведенный анализ данных 38 пациентов с рецидивным эхинококкозом печени (РЭП) показал, что рецидивы после первой операции через 3-4 года (поздние) были диагностированы у 5 больных основной группы и у 9 – контрольной группы.

Среди исследуемых больных с РЭП в 21% наблюдений были лица, которые отказались от проведения курсов послеоперационной химиотерапии в связи с побочными действиями химиопрепаратов. Это, очевидно, и являлось одной из причин развития рецидивов заболевания.

Ультразвуковой метод диагностики (УЗИ) рецидива эхинококковой болезни, как самый эффективный, проведен всем пациентам. У 7 (18.4%) больных из 38, у которых были выявлены признаки рецидива болезни, использованы компьютерная или магнитно-резонансная томография, показанием для проведения последних служили трудности

дифференциальной диагностики с непаразитарными кистами, наличие множественных поражений печени, сочетанный эхинококкоз, диагностика осложнений.

У 124 (57.6%) больных были проведены исследования на наличие специфических антител к *Echinococcus granulosus* методом иммуноферментного анализа (ИФА). Позитивные результаты получены у 26 (20.9%) больных. Метод иммуноферментного анализа позволил поставить окончательный диагноз больным при затруднительных случаях диагностики.

Оперативное лечение больных с РЭП, как известно, сопряжено с дополнительными техническими и интраоперационными трудностями, обусловленными спаечным процессом вокруг печени. Из 38 больных с РЭП оперированы 22 (57.8%). При рецидивных ЭП в 19 случаях выполнялись традиционные открытые оперативные вмешательства (табл. 3).

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств при РЭП (n=22)

Характер операции	Количество	%
Тотальная перицистэктомия	11	50
Резекция печени	8	36.3
Лапароскопическая резекция печени	3	13.7
Всего	22	100

Консервативное лечение альбендазолом, как окончательный метод лечения РЭП, применено всем 22 пациентам. Послеоперационные осложнения наблюдались у 4 больных, летальные исходы не отмечались.

Таким образом, применение миниинвазивной высокой технологии при хирургическом лечении эхинококкоза печени и его осложнений, соблюдение принципов апаразитарности и антипаразитарности во время операции, применение в пред- и послеоперационном периоде противорецидивной терапии с альбендазолом снижает риск развития рецидива эхинококкоза печени с 12.1 до 5.5%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гульмурадов Т.Г., Амонов Ш.Ш., Прудков М.И., Сангов Д.С. Минимально-инвазивная хирургия эхинококкоза печени. - Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения, 2015, №2, с. 29-33.
2. Сангов Д.С., Назаров Ф.Н., Гульмурадов Т.Г. Видеоэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени. – Здравоохранение Таджикистана, 2013, №3, с.53-57.
3. Дурлештер В.М., Андреев А.В., Кулаков А.А., Токаренко Е.В. Лечение рецидивного эхинококкоза брюшной полости, забрюшинного пространства и средостения с применением чрескожных миниинвазивных технологий.- Анналы хирургической гепатологии, 2015, №3, с. 129-132.
4. Меджидов Р.Т., Султанова Р.С., Меджидов Ш.Р. Профилактика рецидива абдоминального эхинококкоза. – Анналы хирургической гепатологии, 2014, №3, с. 63-67.
5. Manterola C., Urrutia S. Infected Hepatic Echinococcosis: Results of surgical treatment of a consecutive series of patients. – Surgicalinfections, 2015,(16), №5, pp. 553-557.

6. Мадаминов Э.М. Результат малоинвазивного варианта эхинококкэктомии печени. - Наука, новые технологии и инновации, 2015, №1, с. 111-112.
7. Мукантаев Т.Е. Лапароскопическая эхинококкэктомия у пациентов с эхинококкозом печени. - Казанский медицинский журнал, 2015, №6 (2), с. 138-143.
8. Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Мнацакян Э.Г., Бакаева Т.М., Сафошкина Е.В., Хрипунова А.А. Отдаленные результаты лечения больных с эхинококкозом печени, оперированных традиционным способом и с применением высокотемпературных (плазменных) технологий. - Вестник хирургии им.И.И.Грекова, 2008, №1, с. 96-99.
9. Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С., Бекшоков А.С., Бучулаева Н.А., Бабаева О.К. Возможности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза. - Хирургия, 2015, №6, с.77-80.
10. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Акбаров М.М., Махмудов У.М., Бабаджанов А.Х. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени. - Анналы хирургической гепатологии, 2011, №4. с.19-24.
11. Pakala T., Molina M., Wu G.Y. Hepatic echinococcal cysts: A Review. - J Clin Transl Hepatol, 2016 Mar 28, 4(1), pp. 39-46.

З.А.АЗИЗЗОДА, К.М.ҚУРБОНОВ, Қ.Р.НАЗИРБОЕВ
НАТИЧАҲОИ ДУРИ ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ ЭХИНОКОККОЗИ
ЧИГАР ВА ОРИЗАҲОИ ОН

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Дар мақола натиҷаҳои таъбаботи чарроҳии 340 беморони эхинококкози чигар таҳлил карда шудааст. Беморон ба гурӯҳи санҷишӣ (n=170), ки ба онҳо амалиётҳои чарроҳии кушода ва баъдан дар давраи баъдичарроҳӣ гузаронидани таъбаботи химиотерапия бо албендазол, ва гурӯҳи асосӣ (n=170), ки амалиётҳои миниинвазивӣ бо риоя намудани принсипҳои апаразиторӣ ва антипаразиторӣ, инчунин бо гузаронидани таъбаботи химиотерапия бо албендазол дар давраи пеш ва баъдичарроҳӣ, тақсим карда шудааст. Ретсидивӣ (такроршавӣ) эхинококкози чигар дар 38 беморон таъхис карда шуд. Дар ин маврид ин риванд дар гурӯҳи асосӣ дар 12 (5.5%) бемор ва дар гурӯҳи санҷишӣ – дар 26 бемор (12.1%) мушоҳида карда шуд. Ба ҳамаи онҳо амалиётҳои чарроҳии радикалӣ гузаронида шуд.

Калимаҳои калидӣ: эхинококкози чигар, ретсидив, технологияи миниинвазивӣ, химиотерапия.

Z.A.AZIZZODA, K.M.KURBONOV, K.R.NAZIRBOEV
LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER
ECHINOCOCCOSIS AND ITS COMPLICATIONS

Avicenna Tajik State Medical University

The article analyzes the results of surgical treatment of 340 patients with liver echinococcosis. The patients were assigned to the control group (n = 170), where traditional open surgical interventions were performed followed by chemotherapy with postoperative

albendazole and the main group (n = 170), where minimally invasive interventions were carried out with observance of the principles of anti-parasitism and anti-parasitism during surgeries, as well as chemotherapy with albendazole in the pre- and postoperative period. Relapses of liver echinococcosis were diagnosed in 38 patients. At the same time, in the main group they were observed in 12 (5.5%) patients and in the control group – in 26 (12.1%). All of them underwent radical surgery.

Key words: liver echinococcosis, relapse, minimally invasive technology, chemotherapy.

[HTTP://JOURNALS.ANRT.RU](http://journals.anrt.ru)
[HTTP://ELIBRARY.RU](http://elibrary.ru)
[HTTP://CYBERLENINKA.RU](http://cyberleninka.ru)