

УМЕНЬШЕНИЕ ЧАСТОТЫ РЕЦИДИВОВ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

С. Г. Четвериков, Закария Мохаммад Ахмад

Одесский национальный медицинский университет,
Центр реконструктивной и восстановительной медицины, г. Одесса

REDUCTION OF THE RECURRENCES AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS RATE IN SURGICAL TREATMENT OF HEPATIC ECHINOCOCCOSIS

S. G. Chetverikov, Zakariya Mokhammad Akhmad

Эхинококкоз человека является важной медицинской и социальной проблемой юга Украины, где имеются эндемические очаги заболевания. В этом регионе ежегодно диагностируют до 120 новых случаев эхинококкоза. Общепринятые методы оперативного лечения эхинококкоза печени травматичны, сопровождаются большой частотой осложнений и рецидивов, инвалидизацией пациентов в послеоперационном периоде. Использование миниинвазивных видеоэндоскопических и ультразвуковых технологий, эффективных методов обработки стенок остаточной полости после эхинококкэктомии либо резекционных вмешательств на паразитарной кисте в сочетании с противорецидивной медикаментозной терапией после операции открывает новые перспективы в лечении этого заболевания [1 — 3]. Минимизация операционной травмы позволяет уменьшить частоту осложнений, тяжесть течения послеоперационного периода, продолжительность реабилитации, улучшить качество жизни больных при эхинококкозе [4, 5].

Цель исследования — определить пути уменьшения частоты рецидивов и послеоперационных осложнений в лечении эхинококкоза печени.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты обследования и лечения 326 больных по поводу эхинококкоза пече-

Реферат

Проанализированы результаты обследования и лечения 326 больных по поводу эхинококкоза печени, у которых выполнены 449 хирургических вмешательств. У 123 из них диагностирован рецидив заболевания, применены лапароскопическое, лапаротомное или пункционное оперативные вмешательства. Проведение активного скринингового обследования населения эндемичных по эхинококкозу районов, использование эффективных интраоперационных методов предупреждения диссеминации инвазивного материала в брюшной полости, антипаразитарной химической и термической обработки содержимого кисты и стенок остаточной полости после эхинококкэктомии, послеоперационное профилактическое применение антипаразитарной медикаментозной терапии позволило значительно (до 1,3 % в последние 5 лет) уменьшить частоту рецидивирования эхинококкоза печени.

Ключевые слова: эхинококкоз печени; хирургическое лечение; рецидивы; профилактика.

Abstract

Results of examination and treatment of 326 patients, suffering hepatic echinococcosis, in whom 449 surgical interventions were performed, were analyzed. In 123 of them the disease recurrence was diagnosed, and laparoscopic, laparotomy and puncture interventions were applied. Conduction of active screening examination of population in the regions, endemic for echinococcosis, application of effective intraoperative methods for prophylaxis of abdominal dissemination of invasive material, usage of antiparasitic chemical and thermal processing of cystic contents and its walls, left after echinococsectomy performance, postoperative prophylactic application of antiparasitic medicinal therapy have had permitted to lower the hepatic echinococcosis recurrence rate (down to 1.3% in last 5 yrs).

Key words: hepatic echinococcosis; recurrences; prophylaxis.

ни, оперированных с 1996 по 2012 г. в Одесской областной клинической больнице, Университетской клинике и других клинических базах. Сочетанное поражение печени и легких обнаружено у 57 (17,5%) больных, диссеминированный эхинококкоз с поражением двух органов и более — у 29 (8,9%).

Поражение эхинококкозом правой доли печени отмечено у 172 (52,8%) больных, левой доли — у 83 (25,4%), правой и левой долей — у 71 (21,8%). Одна паразитарная киста выявлена у 169 (51,8%) больных, по 2 паразитарных кисты и более — у

50%. Мужчин было 142, женщин — 184, возраст — от 8 до 72 лет, в среднем (42,3 ± 6,8) года. У всех больных проведены общеклинические исследования, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, у 164 — компьютерная или магниторезонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

У 326 пациентов в общей сложности выполнено 449 хирургических вмешательств по поводу эхинококкоза печени. У 123 пациентов диагностирован рецидив заболевания,

у них применяли лапароскопическое, лапаротомное или пункционное оперативное вмешательство. У 80 (17,8%) больных использовали лапароскопический доступ, у 261 (58,1%) — лапаротомный, у 108 (24,1%) — пункционное лечение паразитарных кист под контролем УЗИ.

Остаточную полость после эхинококкэктомии обрабатывали 1% раствором повидон—йода, обладающим выраженным бактерицидным и сколексоцидным действием, он не раздражает брюшину и менее часто, чем другие растворы антисептиков, вызывает осложнения. У 93 (20,7%) больных использованы оригинальные термические методы обработки стенок остаточной полости.

После операции, начиная с 2002 г., пациентам назначали вормил (альбендазол) по 10 мг/кг массы тела в сутки (в среднем по 1 таблетке 400 мг дважды в сутки) в течение 4 нед. При рецидивном и диссеминированном эхинококкозе печени назначали от 2 до 4 курсов длительностью 1 мес.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В целях более детального изучения влияния определенных компонентов комплексного лечения эхинококкоза печени на частоту рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений пациенты распределены на группы в зависимости от сроков выполнения операции, оперативного доступа, метода вмешательства на паразитарной кисте и

проведения медикаментозной противорецидивной терапии.

В зависимости от сроков выполнения операции выделены группы пациентов, оперированных в период с 1996 по 2001 г., с 2002 по 2006 г. и с 2007 по 2012 г. С 2002 по 2006 г. в Одесской области работала областная программа борьбы с эхинококкозом, создан областной Центр хирургической паразитологии. С 2000 г. для лечения эхинококкоза печени начали использовать лапароскопический оперативный доступ; с 2002 г. — для интраоперационной профилактики рецидивов назначали водный раствор повидон—йода, применяли термические методики обработки стенок остаточной полости после эхинококкэктомии и альбендазол для медикаментозной профилактики рецидивов. К 2007 г. сформулирован алгоритм выбора метода лечения эхинококкоза печени в зависимости от размеров и локализации паразитарной кисты, наличия осложнений эхинококкоза. Эти методы унифицированы для всех хирургических клиник Одесской области.

В отличие от предыдущих наших исследований, мы контролировали возникновение рецидива эхинококкоза не только в течение первого года после операции, но и в более отдаленные сроки (до 18 лет), результаты оказались намного хуже, чем при наблюдении в сроки до 12 мес.

С 1996 по 2001 г. оперированы 55 пациентов. В последующие годы у 32 (58,2%) из них диагностирован рецидив заболевания. С 2002 по 2006 г. оперирован 241 пациент, ре-

цидив диагностирован у 82 (34,0%) из них. С 2007 по 2012 г. оперированы 153 пациента, рецидив выявлен у 9 (5,9%) (см. таблицу).

На общую частоту рецидивирования существенно влияет дооперационный разрыв паразитарной кисты с диссеминацией ее содержимого по брюшной полости либо наличие первично диссеминированного эхинококкозного поражения с высокой вероятностью оставления резидуальной паразитарной кисты малых размеров. Определенную поправку на реальную вероятность рецидивирования вносят наблюдения повторной диагностики эхинококкоза печени через 5 лет и более после первого оперативного вмешательства, которые (при отсутствии убедительных данных о старении паразитарной кисты) можно отнести в группу повторного инфицирования эхинококкозом и возникновения повторного заболевания, не связанного с предыдущим.

Проанализировав эти факторы, мы определили частоту истинных рецидивов эхинококкоза печени, обусловленных недостатками метода лечения либо погрешностями его исполнения. Эта частота постепенно уменьшалась по мере накопления опыта лечения больных эхинококкозом печени.

Выделены основные направления профилактики рецидивирования эхинококкоза. До операции огромное значение имеет своевременная диагностика заболевания, до возникновения осложнений либо разрыва паразитарной кисты с диссеминацией инвазивного материала

Анализ рецидивирования эхинококкоза при использовании различных методов оперативных вмешательств и противорецидивной терапии

Показатель	Число наблюдений в различные периоды							
	1996 – 2001		2002 – 2006		2007 – 2012		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Общее число рецидивов эхинококкоза	32	58,2	82	34,0	9	5,9	123	27,4
Дооперационный разрыв кисты либо диссеминированный эхинококкоз	8	14,5	25	10,4	4	2,6	37	8,2
Реинвазия (выявление мол одой кисты через 5 лет и более после первой операции)	9	16,4	34	14,1	3	2,0	46	10,2
Частота истинных рецидивов эхинококкоза печени	15	27,3	23	9,4	2	1,3	40	8,9

ла по брюшной полости. Раннее выявление пациентов с эхинококкозом печени в эндемичных районах Одесской области позволило уменьшить частоту обнаружения диссеминированного заболевания с 14,5% — до 2001 г. до 10,4% — во время работы областной программы борьбы с эхинококкозом — в 2002 — 2006 гг. и до 2,6% — по результатам работы областного Центра хирургической паразитологии по активной диспансеризации населения эндемичных районов. Наряду с уменьшением частоты выявления заболевания в запущенной стадии, активная санитарно—просветительная работа, обязательные эпидемиологические обследования по месту жительства пациентов с эхинококкозом, дегельминтизация домашних животных, активное сотрудничество с Управлением ветеринарной медицины и эпидемиологической службы на территории эндемичных районов позволили также значительно снизить вероятность повторного инфицирования эхинококкозом и появления новых больных с эхинококкозом печени. Если до начала систематической работы в этом направлении частота повторного заражения составляла 16,4%, то в последние годы она уменьшилась до 2%.

Вторым основным направлением профилактики рецидивирования эхинококкоза являются интраоперационные мероприятия, которые включают тщательное отграничение зоны вокруг кисты турундами, смоченными 1% раствором повидон—йода, отказ от попыток выполнения идеальной эхинококкэктомии при высоком риске разрыва кисты и диссеминации инвазивного материала.

Обязательным этапом операции считаем пункцию кисты толстой иглой на отсосе с эвакуацией жидкого содержимого, обеззараживание полости кисты 1% раствором повидон—йода, удаление хитиновых оболочек кисты электроотсосом диаметром 10 мм.

Лапароскопический доступ благодаря созданию пневмоперитонеума имеет преимущества по сравнению с лапаротомным в связи с вы-

равниванием градиента давления в кисте (15 — 20 мм рт. ст.) по сравнению с давлением в брюшной полости (10 — 12 мм рт. ст. при пневмоперитонеуме), что уменьшает угрозу подтекания содержимого кисты мимо пункционной иглы. Кроме того, лапароскопия дает возможность более эффективной визуализации стенок остаточной полости после удаления хитиновых оболочек. Важным для профилактики местных рецидивов эхинококкоза является эффективная антипаразитарная обработка стенок остаточной полости после удаления паразитарной кисты. В настоящее время методом выбора является химическая обработка 1% раствором повидон—йода. При наличии старых либо осложненных паразитарных кист в дополнение к химической проводим термическую обработку стенок остаточной полости путем диатермокоагуляции с использованием шаровидного электрода, зажима, через смоченный изотоническим раствором натрия хлорида марлевый шарик, ультразвукового хирургического инструмента для денатурации отложений фибрина на стенках остаточной полости и, возможно, оставшихся после химической обработки жизнеспособных эхинококковых сколексов.

Важным приемом, частично препятствующим рецидиву эхинококкоза, а в большей мере — возникновению послеоперационных осложнений, в частности, нагноения остаточной полости, является частичное иссечение стенок фиброзной капсулы с истонченной паренхимой печени при поверхностной локализации паразитарных кист либо при их больших размерах с выходом на поверхность печени. Этот прием минимально увеличивает травматичность операции, уменьшает площадь стенок кисты, на которых возможен рецидив, и предупреждает формирование после операции замкнутой и ригидной полости в печени, дренирование которой не всегда предупреждает ее нагноение.

При осложненных паразитарных кистах важным приемом, предупреждающим нагноение остаточной полости и возникновение реци-

дива, является ее промывание 1% раствором повидон—йода после операции

Формирующаяся вокруг паразитарной кисты фиброзная капсула практически полностью препятствует проникновению к паразиту любых антипаразитарных препаратов. Поэтому консервативное лечение эхинококковых кист со сформированной фиброзной капсулой и диаметром более 3 см бесперспективно. Иная ситуация возникает после операции, во время которой удаляют паразита, разрушают частично либо полностью фиброзную капсулу, давая доступ лекарственным средствам к остаточной полости после удаления паразита. При таком условии послеоперационное назначение антипаразитарных препаратов имеет смысл и позволяет значительно уменьшить частоту возникновения рецидивов заболевания. В настоящее время используем альбендазол в дозе 10 мг/кг массы тела в сутки в течение 1 мес. При диссеминированном эхинококкозе, осложненных паразитарных кистах либо нарушении правил апаразитарности во время оперативного вмешательства проводим несколько курсов длительностью 1 мес с перерывом между ними 2 нед. Такое медикаментозное сопровождение оперированных пациентов позволило более чем в 3 раза уменьшить частоту рецидивов — до 1,3% в последние 5 лет.

Мы не придерживаемся агрессивной хирургической тактики при эхинококкозе печени, которую применяют при опухолевом поражении органа. Оптимальными, на наш взгляд, являются выполнение эхинококкэктомии с частичной резекцией стенок паразитарной кисты, различных вариантов атипичной резекции печени, латеральной сегментэктомии — при множественном диссеминированном поражении отдельных сегментов печени. Такая минимизация операционной травмы, наряду с внедрением миниинвазивных лапароскопических и пункционных методов лечения эхинококкоза печени, позволила значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений и избе-

жать послеоперационной летальности в последние 8 лет.

Таким образом, проведение активного скринингового обследования населения эндемичных по эхинококкозу районов, использование эффективных интраоперационных методов профилактики диссеминации инвазивного материала в

брюшной полости, антипаразитарной химической и термической обработки содержимого кисты и стенок остаточной полости после эхинококкэктомии, послеоперационное профилактическое назначение антипаразитарной медикаментозной терапии позволяют значительно уменьшить частоту рецидивиро-

вания эхинококкоза печени. Минимизация травматичности оперативного вмешательства путем использования лапароскопических и пункционных методов позволяет уменьшить частоту осложнений и летальность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нишанов Ф. Н. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика / Ф. Н. Нишанов // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2011. — Т. 170, № 2. — С. 91 — 94.
2. Сберегающая хирургия при эхинококкозе печени / А. Н. Лотов, Н. Р. Черная, С. А. Бугаев [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. — 2011. — Т. 16, № 4. — С. 11 — 18.
3. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени / Ф. Г. Назыров, А. В. Девятов, М. М. Акбаров [и др.] // Там же. — С. 19 — 24.
4. Мошківський Г. Ю. Сучасні можливості комплексного мініінвазивного лікування ехінококових кіст печінки / Г. Ю. Мошківський // Клін. хірургія. — 2009. — № 9. — С. 14 — 17.
5. Dziri C. Hydatid disease — continuing serious public health problem: introduction // World J. Surg. — 2001. — Vol. 25, N 3. — P. 1 — 3.

