



В. В. Грубнік, Ю. М. Кошель,
О. І. Ткаченко

ЩОДО ДЕЯКИХ АСПЕКТІВ СУЧАСНОГО ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ

Одеський національний
медичний університет

© Колектив авторів

Резюме. Представлено результати лікування 159 хворих на ехінококоз печінки у віці від 17 до 72 років. З них було 105 жінок (66 %) та 54 чоловіка (36 %). Солітарні кісти спостерігались у 119 хворих (74,8 %), множинні у 40 (25,2 %). Ураження правої долі виявлено у 108 (67,9 %), лівої у 42 (26 %). У 9 пацієнтів було комбіноване ураження. З 159 пацієнтів 104 було виконано лапаротомну, а 25 хворим — лапароскопічну ехінококектомію; 30 хворим виконано пункційне дренивання. У випадку лапаротомних операцій без лазерної обробки порожнини кісти ліжко-день склав 15; у випадку лазерної обробки він зменшився до 10,5. При лапароскопічній ехінококектомії він склав 12 ліжко-днів. При пункційному дрениванні середній ліжко-день склав 9 днів.

Ключові слова: ехінокок, печінка, лікування.

Вступ

Наявність в Одеській області ендемічних вогнищ ехінококозу дозволило накопичити достатньо великий досвід хірургічного лікування даної патології [1, 5].

За даними різних авторів [2, 3] ехінококкове ураження печінки зустрічається у 52–83 % випадків ехінококозу людини.

З них у 58–65 % випадків захворювання зустрічається у жінок у відносно молодому і середньому віці (від 25 до 55 років). Частота ураження різних відділів печінки неоднакова. Так, у правій частині печінки ехінококові кісти локалізуються в 50–65 % випадків, у лівій — у 25–35 %, у квадратній та спігелієвій частці — у 4 %. Частіше зустрічаються поодинокі кісти, однак останнім часом почастишали випадки множинного, а також тотального ураження печінки ехінококозом. Нерідкі випадки, коли окремі ехінококові кісти досягають гігантських розмірів, займаючи 2/3 черевної порожнини, виповнюючи порожнину малого тазу та призводячі до різних ускладнень [7].

Матеріали та методи досліджень

З 2010 року по теперішній час у хірургічних відділеннях Одеської обласної клінічної лікарні лікувались 159 хворих на ехінококоз печінки у віці від 17 до 72 років. З них 105 жінок (66 %) і 54 чоловіки (36 %). Поодинокі кісти спостерігались у 119 хворих (74,8 %), множинні — у 40 (25,2 %). Правобічну локалізацію ураження було виявлено у 108 (67,9 %) хворих, лівобічна — у 42 (26 %). У ряді випадків спостерігалось поєднане ураження органів: печінки і легень — у 14 (8,8 %) хворих, печінки і селезінки — у 2 (1,2 %), печінки та діафрагми — у 3 (1,8 %), тотальне ураження печінки — у 3 (1,8 %), множинні ураження печінки, підшлункової залози, органів заочеревинного простору, органів ма-

лого тазу, брижі поперечної ободової кишки — у 6 (3,8 %).

Частота ускладнень ехінококозу печінки за нашими даними досягає 18,8 %. Такі ускладнення, як нагноєння кісти, реактивний плеврит, спайкова хвороба нами спостерігались у 19 випадках. У 2 випадках спостерігалась перфорація кісти у вільну черевну порожнину, у 5 — перфорація в жовчні шляхи, в 1 — перфорація в плевральну порожнину з утворенням цисто-бронхіальної нориці, у 3 випадках — здавлення нижньої порожнистої вени з відповідною клінічною симптоматикою, в 3 — звапніння кісти, в 1 — казуїстичний випадок перфорації виразки дванадцятипалої кишки в порожнину кісти.

У клініці застосовувались всі відомі на сьогоднішній день методики хірургічних втручань, що базуються на органозберігаючих принципах. Враховуючи великий накопичений досвід використання хірургічних лазерів у клініці, останні широко використовувались при лікуванні ехінококозу печінки. Крім хірургічних методів лікування застосовувалось малоінвазивне пункційне лікування та хіміотерапія ехінококових кіст печінки.

Результати досліджень та їх обговорення

З 159 104 хворих були прооперовані лапаротомним шляхом та 25 лапароскопічним. Оперативні втручання проводилися під ендотрахеальним наркозом. Для доступу використовувались середньолапаротомні розрізи, іноді, при локалізації процесу в 7,8 сегментах — розріз по Федорову, при поєднаному ураженні діафрагмальної поверхні печінки і легень — торакофренолапаротомія.

За період з 2010 року в клініці «відкрито» ехінококектомію не виконували жодного разу. «Напівзакрита» ехінококектомію було викона-



но у 18 хворих з кістами, що ускладнені нагноєнням, цистобілярними норицями, у випадках гігантських розмірів кіст, що склало 17,3 %.

«Закрита» ехінококкектомію з ліквідацією залишкової порожнини різними методами було виконано у 58 хворих (55,76 %).

У 5 хворих з крайовим розташуванням кісти і з ознаками звапніння виконували перицистектомію (4,8 %).

У 16 хворих з невеликими периферично розташованими кістами вдалося виконати «ідеальну» ехінококкектомію — видалення кісти без порушення хітинової і фіброзної оболонок (15,4 %).

Резекцію печінки було виконано у 4 хворих (3,8 %). Показанням до неї були наявність множинних кіст в сегментах печінки, а також крайове розташування звапнілих кіст.

У 3 хворих (3,9 %) з поєднаним ураженням печінки і селезінки була виконана також спленектомія.

Оперативне втручання з використанням лазерного випромінювання виконано у 54 хворих.

Лазерне випромінювання нами використовувалося для санаційної обробки залишкової порожнини після ехінококкектомії, для «заварювання» жовчних нориць, для виконання «ідеальної» ехінококкектомії, перицистектомій [4, 5].

Для розтину і обробки кісти використовувався портативний СО-2 лазер LST-20/01 і неодимовий лазер «Радуга-1». Установка LST-20/01 має малі габарити і масу 2,6 кг, автономну систему охолодження та діапазон вихідної потужності від 1 до 20 Вт, що дозволяє здійснювати лазерний вплив як в постійному, так і в імпульсному режимі.

Лазерна установка «Радуга-1» має вихідну потужність 50 Вт і дозволяє здійснювати втручання як в контактному, так і в безконтактному режимі. Контактне розсічення тканин виконувалося за допомогою спеціальних наконечників.

При використанні лазерної техніки методику операцій були наступними. Після пункції кісти та видалення хітинової оболонки порожнину фіброзної капсули обробляли розфокусованим лазерним променем потужністю до 20 Вт (СО-2 лазер) або 40-50 Вт («Радуга-1»). Критерієм закінчення лазерного опромінювання було утворення коагуляційного струпа чорно-сірого забарвлення та заварювання дрібних жовчних нориць. На великі жовчні нориці наклали шви вікриловою ниткою на атравматичній голці. Надлишок фіброзної капсули висікали лазерним скальпелем, а залишкову порожнину було ліквідовано шляхом капітонажу з використанням ввертаючого кісетного шва.

За локалізації кісти в проекції воріт печінки і за відсутності вираженої фіброзної капсули,

після видалення паразита та лазерної обробки жовчні нориці ушивались, а капітонаж залишкової порожнини не проводили і порожнину залишали відкритою.

«Ідеальна» ехінококкектомія виконувалася при периферично розташованих неускладнених кістах з допомогою контактної АІГ-лазерної скальпелі (торцем світловода або сапфіровим наконечником) з малою потужністю випромінювання (10-15 Вт). Після видалення цілого паразита порожнину фіброзної капсули та великі жовчні нориці додатково коагулювали розфокусованим променем і зашивали.

Ми солідарні з іншими хірургами в тому, що видалення фіброзної капсули паразита дуже ризиковано і веде до травматизації та можливих ускладнень [1]. Однак у ряді випадків при периферичній локалізації кісти, використовуючи лазерний скальпель, паразита можна видалити разом з фіброзною капсулою.

Резекцію печінки при лікуванні гідатидозного ехінококозу слід виконувати за дуже суворими показаннями. Дане втручання було виконано у 4 хворих. З них у 2 хворих спостерігали множинні різного діаметру і частково ускладнені кісти, у 1 — периферично розташована кіста діаметром до 8 см з ознаками нагноєння, у 1 — периферично розташована зваплена кіста. При виконанні резекції печінки також широко використовували лазерне випромінювання.

З метою запобігання жовчовитіку у клініці застосовується методика контактної лазерної облітерації жовчних нориць [4]. Дана методика полягає в наступному: в просвіт жовчної нориці діаметром не більше 3 мм вводили торець кварцевого світловоду, що представляє собою термічний наконечник. При підведенні по волокну неодимового лазерного випромінювання потужністю 15-20 Вт і одночасному видаленні світловоду відбувалася облітерація нориці за рахунок термічної коагуляції вистилаючих його тканин. При цьому досягався стійкий, надійний жовчостаз.

Хірургічна тактика при множинному ураженні ехінококозом органів черевної порожнини залежить від ступеня ураження органів, від стану хворого, що визначає ризик оперативного втручання. У всіх випадках ми прагнули одночасного видалення всіх виявлених ехінококових кіст, однак в умовах з високим операційним ризиком, хірургічне втручання виконувалося в кілька етапів. Спочатку віддаляли ускладнені та «потенційно небезпечні» кісти, а через 1,5-2 місяці проводила наступний етап оперативного лікування.

Серед усіх ускладнень ехінококозу печінки найбільш небезпечним є виникнення цистобілярної нориці, хірургічне лікування якої



становить певні труднощі, а післяопераційний період нерідко протікає з ускладненнями. У клініці з такими ускладненнями спостерігалися 5 хворих. Лікування цих хворих було диференційованим. Так, у 2 пацієнтів з клінікою механічної жовтяниці, гострого холангіту, печінкової недостатності, вираженої інтоксикації застосовували багатоетапне лікування. Лікувальну тактику починали з декомпресії біліарного тракту і ліквідації клініки гострого холангіту. У хворих виконували ендоскопічну ретроградну холангіографію з ендоскопічною папілосфінктеротомією; із загальної жовчної протоки видаляли фрагменти оболонок паразита. Потім для санації жовчних проток виконувалось назобіліарне дренивання жовчних шляхів. Наступним етапом проводилося оперативне втручання, як спрямоване на ліквідацію жовчної нориці, залишкової порожнини, ревізію та санацію жовчних шляхів, за необхідності — холецистектомію. Проводили лікування гнійного холангіту та боротьбу з печінковою недостатністю. У 3 хворих зі стертою клінічною картиною — періодичними болями у правому підбер'ї, субіктерічністю склер, оперативне лікування полягало в санації залишкової порожнини, ліквідації жовчних нориць методом лазерної коагуляції їх гирл і ушиванням П-подібними швами великих жовчних нориць, ліквідації залишкової порожнини. У 1 хворого проведена закрити ехінококктомію з капітонажем залишкової порожнини, у 1 — напівзакрита ехінококктомія (капітонаж на дренажі), у 1 — абдомінізація залишкової порожнини з оментопексією і проведено холецистектомію. Перфорація кісти з проривом її вмісту у вільну черевну порожнину є показанням для термінового оперативного втручання. Нами спостерігалися 2 випадки перфорації кісти у вільну черевну порожнину. Ці хворі надійшли ургентно з клінікою перитоніту. Було виконано серединну лапаротомію. В обох випадках виявлена перфорація паразитарної кісти, що нагноїлася. Хірургічна тактика зводилася до ехінококктомії та дренивання залишкової порожнини двохпросвітним дренажем. У післяопераційному періоді хворі отримали профілактичний курс лікування вормілом.

Нами спостерігався казуїстичний випадок перфорації виразки ДПК у порожнину кісти. Хірургічна тактика при цьому полягала в роз'єднанні патологічного сполучення, ехінококктомії з інвагінацією надлишку фіброзної капсули в залишкову порожнину й ушивання її до дренажів; висічення виразки ДПК і дуоденопластики. Середній ліжко-день при лапаротомних втручаннях без опромінення склав 15 днів, при лазерному опроміненні він знизився до 10,5 днів.

Поряд з лапаротомними втручаннями у клініці були виконані лапароскопічні хірургічні втручання 25 хворим, що склало 15,7 % від всієї групи хворих. Показами до лапароскопічних ехінококктомій були кісти з поверхневою локалізацією на передній та нижній поверхні печінки, відсутність дочерніх кіст, та діаметр кіст до 10 см. Перед пункцією кісти зону операції обкладали салфетками, що змочені антипаразитарними розчинами. Технічно обробка ехінококової кісти при лапароскопічних втручаннях виконується у вигляді зовнішнього дренивання, пломбування порожнини великим чепцем, абдомінізації решткової порожнини і т. інше. Перевагою лапароскопічного втручання є значне зменшення тривалості ліжко-дня до 12 днів, зменшення відсотків нагноєння післяопераційних ран. Недоліком є неможливість застосування цього методу у випадках внутрішньопечінкової локалізації, розташуванні у 7-8 сегменті, множинних кістах печінки.

Крім хірургічних методів лікування в клініці широко застосовується малоінвазивне пункційне лікування ехінококових кіст печінки.

Раніше черезшкірна черезпечінкова пункція ехінококових кіст вважалася неприпустимою маніпуляцією з-за небезпеки обсіменіння черевної порожнини сколексами паразита і розвитку анафілактичного шоку. Однак на сучасному етапі, коли накопичено великий позитивний досвід пункційного лікування паразитарних кіст, коли удосконалено інструментарій для пункцій та дренивання, впроваджено сучасну апаратуру для УЗД, комп'ютерної томографії, що дозволяє проводити пункції прицільно, стало можливим пункційне дренивання паразитарних кіст печінки з мінімальною загрозою і розвитку можливих ускладнень.

Малоінвазивне пункційне лікування застосовували у наступних випадках: при локалізації кіст у важкодоступних для хірурга зонах — діафрагмальна поверхня печінки, внутрішньопечінкове розташування кісти, у випадках поєднаного ураження печінки і легенів, у випадках виникнення рецидивів після перенесеної раніше операції з приводу ехінококозу органів черевної порожнини, при високому ризику оперативного втручання.

Пункційне лікування було виконано у 30 хворих під контролем ультразвукової апаратури. У 17 хворих (56 %) визначалися солітарні кісти, у 13 (44 %) — множинні. Діаметр кіст складав від 4 до 18 см, що відповідало обсягам від 70 до 1200 мл. Для пункційного методу лікування була використана ехокамера «Aloka-650». Дренивання проводили за методикою Сельдингера. З метою деструкції кісти використовувався розчин гіпохлориту натрію. У всіх



випадках проводили мікроскопію вмісту. Курс лікування становив від 1 тижня до 2 місяців. Критерієм повного одужання хворих вважали відсутність залишкової порожнини, а також відсутність елементів паразита при виконанні голчастої біопсії. Середній ліжко-день склав 9 днів. Однак при пункційному лікуванні відсоток повторних госпіталізацій був удвічі більше у порівнянні з хірургічною методикою.

Ми не володіємо достатнім досвідом медикаментозного лікування ехінококозу печінки. Однак, у клініці під нашим спостереженням знаходилися 8 пацієнтів, яким було призначено антигельмінтні препарати широкого спектру дії. З них 1 хворий відмовився від оперативного лікування, 2 — оперовані раніше двічі з приводу множинного ехінококозу органів черевної порожнини, у 5 — виконати радикальну операцію не представлялося можливим.

Ще в 70-ті роки з метою лікування гідатидозів людини були запропоновані препарати з групи бензімідазольних карбаматів: мебендазол, альбендазол, флюбендазол, які гальмували утворення протейну — тубуліну, і тим самим порушували гомеостаз паразита [6].

Крім того, ці препарати чинили імуностимулюючу дію на імунну систему «господаря», що викликало пошкодження мембран паразита. Абсолютним протипоказанням до консервативної терапії служили ускладнення гідатидних кіст, а також недостатність ниркової, печінкової та гемопоетичної функції.

Встановлено, що серед усіх антигельмінтних препаратів є ворміл (альбендазол) найбільш ефективним при лікуванні ехінококозу печінки.

До призначення вормілу кожен хворий пройшов повне обстеження: ультразвукове дослідження печінки та органів черевної порожнини, біохімічні аналізи крові. Хворі отримували ворміл у таблетках з розрахунку 400 мг 2 рази на день протягом 4 тижнів, потім після двох тижневої перерви за потреби 2 нові цикли лікування. Усі хворі добре переносили ворміл. Побічні реакції зводилися до почуття нездужання, дискомфорту з боку шлунково-кишкового тракту, періодичному головному болю. У 5 пацієнтів відзначалися підвищення рівня трансаміназ. У 2 хворих — підвищений рівень АсАТ, який знизився після зменшення дози препарату.

Після двох проведених циклів лікування ми відзначили наступні морфологічні зміни кіст (за даними УЗД і комп'ютерної томографії): зменшення об'єму кісти аж до зникнення «молодих» кіст (діаметром до 3-х см), відкладення кальцинатів в оболонках кіст, що розцінено як дегенеративні ушкодження.

Під час лікування вормілом проводилися лабораторні дослідження з частотою 2 рази на

місяць (печінкові, ниркові проби, клінічний аналіз крові). Ультразвукове дослідження проводили 1 раз на місяць, а в деяких випадках також і комп'ютерну томографію. Питання про співвідношення консервативного лікування та хірургічного втручання на теперішній час залишається актуальним. Не викликають сумнівів переваги хірургічного лікування гідатидозного ехінококозу, однак існують випадки, коли необхідно віддавати перевагу тому чи іншому методу лікування, або їх доповнювати. У даний час в усьому світі відзначається тенденція до більш комбінованого медикаментозного та хірургічного лікування, що проводиться одночасно або послідовно через короткі інтервали часу.

На жаль, після проведеної хіміотерапії ми не спостерігали повного вилікування хворих. Однак відзначали такі позитивні ефекти хіміотерапії як повне зникнення «молодих» кіст, зменшення обсягу кіст, кальцифікація оболонок, дегенеративні зміни та звапнення кіст. Погіршення стану і рецидивів після хіміотерапії ми не спостерігали.

З 54 хворих оперованих з застосуванням лазерного випромінювання у 48 було досягнуто гарного результату в післяопераційному періоді. Практика показала, що в цій групі хворих рецидиви не спостерігалися, кровотеч не було. Жовчовитік спостерігався у 3 хворих протягом 7 днів. Залишкова порожнина закривалася швидше у порівнянні з контрольною групою.

З 50 хворих оперованих загальноприйнятими методами без лазерної обробки залишкової порожнини в післяопераційному періоді у 5 хворих спостерігалася нагноєння, у 6 — жовчовитік на протязі від 10 до 21 доби; у 3 — реактивний плеврит [7].

Усім хворим у післяопераційному періоді проводилося ультразвукове обстеження печінки з визначенням лінійних розмірів, обсягів і характеру вмісту залишкової порожнини.

Надалі усі хворі обстежувалися під контролем УЗД 1 раз на 6 місяців, за необхідності виконували пункційну біопсію.

Тривалість післяопераційного перебування хворих у стаціонарі скоротилась до 10,5 ліжко-дня при використанні лазерного опромінення. Специфічних ускладнень, що пов'язані із застосуванням лазерного опромінювання ми не спостерігали.

Висновки

1. Використання лазерної обробки ехінококових кіст печінки веде до зниження середнього ліжко дня з 15 до 10,5 днів.

2. При лапароскопічній ехінококектомії середній койко день склав 12 днів.

3. Пункційно-аспіраційний метод лікування ехінококкових кіст печінки знизив ліжко-день до 9 днів в той же час кількість повторних госпіталізацій таких хворих вдвічі більше у порівнянні з оперативними втручаннями.

4. Консервативна терапія ехінококкових уражень печінки може бути застосована в комплексному лікуванні у післяопераційному періоді для профілактики рецидивів захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С. Эхинококкоз: современное состояние проблемы / П. С. Ветшев, Г. Х. Мусаев, С. В. Бруслик // Український журнал хірургії. — 2013. — № 3. — С. 196-201.
2. Грубник В. В. Эхинококкоз человека / В. В. Грубник, С. Г. Четвериков. — Киев, «Медицина». — 2011. — 224 с.
3. Использование лазерного излучения в хирургическом лечении эхинококкоза печени / В. В. Грубник, Ю. Н. Кошель, С. Г. Четвериков, Сабри Аль Нидари // Вісник морської медицини. — 2001. — № 2. — С. 101-103.
4. Кахаров А. Н. Плазменная перидистэктомия и внутриканальная электрокоагуляция при эхинококкозе печени / А. Н. Кахаров, И. Н. Мадалиев // Хирургия. — 1998. — № 3. — С. 14-16.
5. Петровский Б. В. Хирургия эхинококкоза / Б. В. Петровский, О. Б. Милонов, Г. П. Дееничин. — М. Медицина; София. Медицина и физкультура, 1985. — 216 с.
6. Complications after interventional sonography of focal liver lesions: a 22-year single centre experience / A. Giorgio, S. Tarantino, de Stefano G. [et al.] // Ultrasound Med. — 2003. — Vol. 22, N 2. — P. 193-205.
7. Hortar J. Albendazole for the treatment of echinococcosis / J. Hortar // Fundameut. Clin pharmacol. — 2003. — Vol. 17, N 2. — P. 205-2012.

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*В. В. Грубник,
Ю. М. Кошель,
А. И. Ткаченко*

Резюме. Представлены результаты лечения 159 больных эхинококкозом печени в возрасте от 17 до 72 лет. Из них было 105 женщин (66 %) и 54 мужчин (36 %). Солитарные кисты, наблюдались у 119 больных (74,8 %), множественные у 40 (25,2 %). Поражение правой доли выявлено у 108 (67,9 %), левой у 42 (26 %). У 9 пациентов было комбинированное поражение. Из 159 пациентов 104 была произведена лапаротомная, а 25 — лапароскопическая эхинококкэктомия; 30 больным выполнено пункционное дренирование кист. При лапаротомных операциях без лазерной обработки полости эхинококковой кисты средний койко-день составил 15 дней; в случае лазерной обработки средний койко-день снизился до 10,5 дней. При лапароскопической эхинококкэктомии средний койко-день составил 12 дней. При пункционном дренировании эхинококковых кист средний койко-день составил 9 дней.

Ключевые слова: эхинококк, печень, лечение.

ABOUT SOME MODERN ASPECTS OF TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

*V. V. Grubnik,
Yu. N. Koshel,
O. I. Tkachenko*

Summary. Results of treatment of 159 patients with liver echinococcosis, age from 17 to 72 years are presented. Among these patients 105 females (66 %) and 54 males (36 %). Solitary cysts were observed in 119 patients (74.8 %), multiple in 40 (25.2 %). The echinococcosis of the right lobe was seen in 108 (67.9 %), the left lobe in 42 (26 %). In 9 patients complex lesions was observed. Of the 159 patients, 104 were operated laparotomically and in 25 laparoscopic echinococcectomy was performed; 30 patients underwent puncture drainage of cysts. The average hospital stay in laparotomic operations without laser treatment cavity of the cysts was 15 days; in the case of laser application, the average hospital stay decreased to 10.5 days. After laparoscopic surgery, average hospital stay was 12 days. After puncture drainage of cysts was performed, the average hospital stay was 9 days.

Key words: echinococcus, liver treatment.