

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОВЫМИ КИСТАМИ ПЕЧЕНИ

И.А.Лурич, В.В.Негодуйко, Якуби Джума Гуль

**Военно-медицинский клинический центр Северного региона
Харьков, Украина**

Проанализированы результаты хирургического лечения 71 больного в Исламской Республике Афганистан. Выявлено, что основную массу больных составляют пациенты с большими и гигантскими кистами. Разработаны варианты оперативных вмешательств из мини-доступа, направленные на уменьшение травматичности. Выполнение операции из мини-доступа было возможным у 95% больных исследуемой группы. Использование разработанных подходов позволило снизить сроки госпитализации и улучшить качество жизни больных в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: эхинококковые кисты печени, хирургия, мини-доступ.

Введение

Эхинококкоз печени — тяжелое паразитарное заболевание, которое, по данным статистики ВОЗ, встречается почти в 100 странах мира [6]. Заболеваемость варьирует от менее 1 до более чем 42 случаев на 100,000 населения [3, 4, 6]. Хирургическое лечение больших эхинококковых кист время от времени выполняется практически во всех крупных клинических учреждениях Украины [3]. Частота послеоперационных осложнений у больных с эхинококковыми кистами больших размеров колеблется от 15% до 64% [1, 3, 4]. Одним из путей уменьшения частоты послеоперационных осложнений является совершенствование технических особенностей операции. Особенно актуальной является тактика обследования и лечения больных в условиях Украины, где имеются области, эндемичные по заболева-

емости эхинококкозом, в которых частота выявления больных достигает 8-10 на 10000 населения [3]. Выполнение сложных резекционных операций или лапароскопических вмешательств, требующих специального обеспечения, в таких условиях проблематично, к тому же у этих больных большими являются размеры эхинококковых кист, что является противопоказанием к лапароскопическим и пункционным методам лечения вследствие высокого риска контаминации брюшной полости [3].

Цель исследования было улучшить результаты хирургического лечения у больных с эхинококковыми кистами печени результатов внедрения малотравматических методов хирургического лечения.

Материалы и методы исследования

Обобщены результаты лечения 71 пациента, которым проводили лечение в хирургической клинике на базе провинциального госпиталя города Чакчаран и на базе медицинской секции передовой оперативной базы «Щит» (Исламская Республика Афганистан). Больные были разделены на две группы: основную, которая включала 40 человек (31 женщина и 9 мужчин), — этим больным выполняли оперативные вмешательства при больших кистах печени с использованием мини-доступов; контрольную — 31 пациент (24 женщина и 7 мужчин), которым выполнялось оперативное лечение больших эхинококковых кист с использованием традиционных хирургических доступов. Средний возраст женщин в 1 группе составил $34,5 \pm 11,3$ года, мужчин — $40,4 \pm 10,6$ года, женщин во 2 группе — $30,6 \pm 10,3$, мужчин — $32,1 \pm 12,7$. Методики обследования включали сбор анамнеза, физикальное обследование, ультразвуковое обследование, клинические и биохимические анализы выполнялись по общепринятым методикам.

Нами проанализированы клинические проявления эхинококкоза, возможность использования ультразвуковой диагностики в точном определении локализации эхинококковых кист, исследована возможность выполнения оперативных вмешательств из доступов, расположенных в месте локализации кист, возможность применения малотравматических методов хирургического лечения. Проведено сравнение результатов лечения с применением малотравматических методов и операций, выполненных из традиционных доступов. Статистическая обработка данных проводилась в Microsoft Excel 2007 с помощью статистики Стьюдента и χ^2 [5].

Результаты исследования и их обсуждение

Клинические проявления эхинококкоза имели место у всех обследованных больных: наиболее частым симптомом являлись боли в эпигастрии — отмечены у 70 (98,6%) больных, у 8 (11,3%) пациентов боли возникали после еды, у 57 (80,3%) отмечались боли в правом подреберье, у 54 (76,1%) имела место деформация живота, болезненность при пальпации отмечалась у 17 (23,9%) пациентов, запоры у 3 (4,2%), чувство тяжести в эпигастрии отмечали 38 (53,5%) пациентов, 48 (67,6%) больных предъявляли жалобы на слабость, 38 (53,5%) — на отсутствие аппетита, тошнота и рвота отмечалась у 11 (15,5%) больных, желтушность кожных покровов выявлена у 2 (2,8%) больных.

Наиболее частым сочетанием клинических признаков являлось увеличение в размерах и деформация живота с наличием чувства тяжести и постоянных или периодических болей в правом подреберье, которое отмечалось у 54 (76,1%) больных. У 38 (54%) больных отмечались симптомы интоксикации (слабость, отсутствие аппетита, рвота). Пальпируемое образование отмечалось у всех больных, кроме одного пациента с разрывом кисты. По клиническим проявлениям выделяли три варианта течения заболевания: 1. Доклинический этап (отсутствие жалоб, киста — случайная находка при УЗИ, результаты серологических реакций). Больных с доклинической стадией в обследованных группах не было. 2. Этап клинических проявлений — 60 (84, 5%) больных, которые предъявляли жалобы и имели изменения в местном статусе. 3. Этап осложнений — 11 (15,5%) больных с клиникой: нагноения кисты (14,1%) и 1 больная (1,4%) с разрывом кисты. Длительность периода клинических проявлений заболевания по данным анамнеза составила от 3 месяцев до 15 лет (рис. 1).

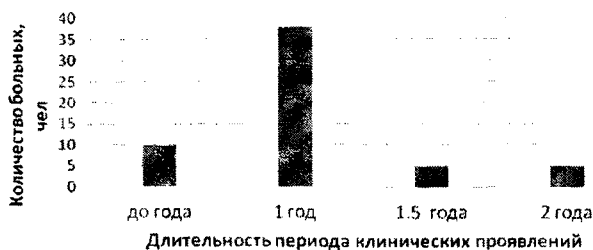


Рис. 1. Длительность периода клинических проявлений по данным анамнеза.

Основным диагностическим методом, позволявшим подтвердить диагноз и наметить план лечения, являлась ультразвуковая диагностика (УЗИ). При этом определялся размер кисты, ее локализация, проекция кисты на брюшную стенку, расстояние до поверхности печени [2]. При УЗИ исследовании также определяли фазу процесса. Фазы жизнедеятельности приведены в соответствии с классификацией И.Г.Ахмедова (2002) [2], согласно которой разделяли на две последовательные фазы жизнедеятельности эхинококковой кисты (I и II). В обеих фазах кисты могут содержать множество дочерних кист (I6, II6 фазы) или единичные дочерние кисты (Ia, IIa) [2].

У 67 больных имелась единичная киста. Из них кисты в Ia фазе наблюдались у 32 (47,8%) больных, в I6 фазе — у 4 (6%), в IIa фазе — у 3 (4,5%), в II6 фазе — у 18 (26,9%), у 9 (13,4%) больных имелось нагноение кисты, у 1 (1,5%) разрыв кисты. У 2 больных имелись 2 кисты, у 1 — 3 кисты и у 1 — 4 кисты. Локализация кист в сегментах печени представлена в табл. 1.

Таблица 1

Локализация кист в сегментах печени

Сегмент	Группы				Всего
	1		2		
	N	%	N	%	
1	-	-	2	6,5	2
2	2	5	-	-	2
2-3	-	-	1	3,2	1
3	1	2,5	-	-	1
5	5	12,5	2	6,5	7
5-6	2	5	1	3,2	3
7-8	12	30	3	9,7	15
8	18	45	18	58,1	36
4+5+6	-	-	1	3,2	1
5+6+7+8	-	-	1	3,2	1
5+8	-	-	2	6,5	2
Всего	40		31		71

По данным УЗИ и интраоперационным данным, в зависимости от размеров кисты выделяли малые (до 100 мл), средних размеров (100-500 мл), большие (500-3000 мл) и гигантские (свыше 3000 мл) (табл. 2).

Распределение больных в группах по размерам кист

Размеры кист	Группы				Всего
	1		2		
	N	%	N	%	
Средние	1	2,5	4	12,9	5
Большие	29	72,5	22	71,0	51
Гигантские	10	25	5	16,1	15
Всего	40		31		71

В группе сравнения использовали традиционные оперативные доступы, в исследуемой группе использовали малотравматичные доступы. Характеристика оперативных доступов при эхинококковых кистах левой доли печени в группах представлена в табл. 3.

Таблица 3

Характеристика оперативных доступов при кистах левой доли печени

Группа	Доступ	Сегмент				Всего
		1	2	2-3	3	
1	Срединная мини-лапаротомия	-	2	-	1	3
Всего 1 группа		-	2	-	1	3
2	Доступ по Кохеру	2	-	-	-	2
	Верхньосрединная лапаротомия.	-	-	1	-	1
Всего 2 группа		2	-	1	-	3

Из табл. 3 следует, что при локализации кисты в 1 и 4 сегментах печени предпочтительно использовать доступ по Кохеру или мини-лапаротомию в правом подреберье, тогда как при локализации во 2 и 3 сегментах — срединную лапаротомию или срединную мини-лапаротомию. Характеристика оперативных доступов при эхинококковых кистах правой доли печени в группах представлена в табл. 4.

Характеристика оперативных доступов при кистах правой доли печени

Группы	Доступ	Названия столбцов							Всего
		5	5-6	7-8	8	5+8	4+5+6	5+6+7+8	
1	Мини-лапаротомия в правом подреберьи-е	5	2	-	18	-	-	-	25
	Переднебоковая мини-лапаротомия	-	-	10	-	-	-	-	12
	Переднебоковая лапаротомия*	-	-	2	-	-	-	-	
Всего 1 группа		5	2	12	18	-	-	-	37
2	Доступ по Кохеру	2	1	-	16	2	1	1	23
	Переднебоковая лапаротомия.	-	-	2	-	-	-	-	2
	Верхнесерединная лапаротомия.	-	-	1	2	-	-	-	3
Всего 2 группа		2	1	3	18	2	1	1	28

Примечание: * — переход на переднебоковую лапаротомию.

Из табл. 4 следует, что при локализации кисты в передних сегментах (5, 6) правой доли печени выполняется доступ Кохера или мини-лапаротомия в правом подреберьи-е, а при локализации кисты в задних сегментах печени (6, 7) — боковая мини-лапаротомия или переднебоковая лапаротомия.

В основной группе удалось выполнить оперативное вмешательство с использованием мини-доступа 38 (95%) больным. Частота переходов к традиционному доступу (переднебоковой лапаротомии) составила 5% — выполнена у 2 больных.

На основании анализа результатов лечения нами предложен алгоритм выбора оперативного доступа, который позволяет осуществить переход к традиционному оперативному доступу при возникновении технических сложностей в ходе операции.

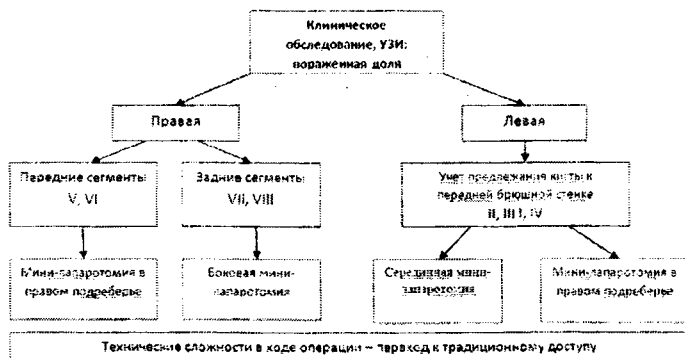


Рис. 2. Выбор оперативного доступа при крупных эхинококковых кистах печени.

В послеоперационном периоде проводилась инфузионная терапия коллоидами и кристаллоидами в объеме до 3 литров в сутки на протяжении первых 2-3 суток, стандартная схема антибиотикотерапии включала: беталактамы, аминогликозиды и метронидазол в стандартных дозировках.

Группы сравнивали по следующим параметрам: длительность операции, время отхождения газов, время пребывания в стационаре, потребность в обезболивающих препаратах (табл. 5).

Таблица 5

Сравнительная характеристика результатов лечения в группах больных

Группы	Длительность операции, ч/мин. $M \pm m$	Отхождение газов, сут. $M \pm m$	Койко-день, сут. $M \pm m$	Обезболивание, сут. $M \pm m$
1	1:15±0:21	1,5±0,36	6,85±1,92	2,12±0,76
2	1:35±0:29*	3,18±1,52*	9,71±3,39*	4,18±1,46*

Примечание: * — различия между группами статистически достоверны ($p < 0,05$).

После выписки из стационара больным проводилась терапия альбендазолом в дозе 10 мг/кг массы тела в течение 4 месяцев. Дренаж из полости кисты удаляли в сроки от 2 месяцев.

Выводы

1. Возможности ультразвуковой диагностики позволили установить локализацию эхинококковых кист у всех обследованных больных.

2. Данные о локализации эхинококковых кист печени больших размеров показали, что в большинстве случаев возможно выполнение малотравматичных операций, которые могут проводиться в условиях регионарной анестезии (эпидуральной, спинальной).

3. Благодаря адекватному выбору оперативного доступа удалось снизить время пребывания больных в стационаре, уменьшить травматичность вмешательства, улучшить качество жизни больных в послеоперационном периоде.

4. Перспективным является использование разработанных методик для лечения больных с применением современных методов анестезии.

Литература

1. Альперович Б.И. Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени. / Б.И.Альперович. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1996. — Т. 1, №1 — С. 31-36.
2. Ахмедов И.Г. Ультразвуковое исследование в диагностике гидатидного эхинококкоза печени / И.Г.Ахмедов А.О.Османов, А.Э.Курбанов // *Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова*. — 2004. — №3. — С. 42-45.
3. Грубник В.В. Эхинококкоз человека: Современные методы диагностики и лечения. Монография / В.В.Грубник, С.Г.Четвериков, П.П.Шипулин. — 2011. — 224 с.
4. Джоробеков А.Д. Совершенствование хирургической тактики и техники оперативных вмешательств, при альвеококкозе печени / А.Д.Джоробеков, Б.Б.Баймаханов, Р.О.Разакулов, Э.А.Кутманбеков // *Хирургия Кыргызстана*. — 2007. — №2. — С. 111-114.
5. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. — К.: Морион, 2001. — 408 с.
6. Eckert J. Geographic distribution and prevalence / In J.Eckert, M.A.Gemmell, F.-X.Meslin, Z.S.Pawlowski (ed.), WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern. World Organisation for Animal Health, 2001. — Paris, France. — P. 100-142.

I.A.Лурін, В.В.Негодуйко, Д.Г.Якубі. Досвід хірургічного лікування хворих з ехінококовими кістами печінки. Харків, Україна. Ключові слова: ехінококові кісти печінки, хірургія, міні-доступ.

Проаналізовані результати хірургічного лікування 71 хворого в Ісламській Республіці Афганістан. Виявлено, що основну масу хворих складають пацієнти з великими і гігантськими кістами. Розроблені варіанти оперативних втручань з міні-доступу, спрямовані на зменшення травматичності. Виконання операції з міні-доступу було можливим у 95% хворих досліджуваної групи. Використання розроблених підходів дозволило знизити терміни госпіталізації і поліпшити якість життя хворих.

I.A.Lurin, V.V.Negoduiko, J.G.Yaqubi. Experience of surgical treatment of patients with the hepatic hydatid cysts. Kharkiv, Ukraine.

Key words: hepatic hydatid cysts, surgery, minilaparotomy.

The results of surgical treatment are analysed 71 patient in the Islam republic Afghanistan. It is exposed, that the bulk of patients is made by patients with large and gigantic hydatid cysts. The variants of operative interferences are developed from minilaparotomy directed on diminishing of trauma. Implementation of operation from minilaparotomy was possible at 95% patients of the investigation group. The use of the developed approaches allowed to reduce the terms of hospitalization and improve quality of life of patients in a postoperation period.