

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ МИРОТВОРЧЕСКОЙ МИССИИ В ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ АФГАНИСТАН

И.А.Лурин,
В.В.Негодуйко, Д.Г.Якуби

Военно-медицинское управление СБУ,
Военно-медицинский клинический центр Северного региона
Киев, Харьков, Украина

Проанализированы результаты хирургического лечения 81 больного в Исламской республике Афганистан. Выявлено, что основную массу больных составляют пациенты с большими кистами. Разработаны варианты оперативных вмешательств из мини-доступа, направленные на уменьшение травматичности и методики (использование специального пинцета, ложки для удаления кист, пункции содержимого кисты, ограничения брюшной полости от попадания содержимого кисты), на соблюдение принципов апаразитарности и антипаразитарности. Выполнение операции из мини-доступа было возможным у 95% больных исследуемой группы. Использование разработанных подходов позволило снизить сроки госпитализации, улучшить качество жизни больных в послеоперационном периоде, улучшить результаты лечения.

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

Введение

Одной из задач военно-медицинской службы является оказание медицинской помощи населению стран, где миротворческие миссии контролируют локальные конфликты [1]. При этом хирург сталкивается с такой патологией, как эхинококкоз, который редко встреча-

ется вне эндемического очага [4, 6]. Оказание медицинской помощи больным с эхинококковыми кистами печени на уровне современных стандартов не всегда возможно из-за слабой материально-технической и диагностической базы лечебных учреждений. Важной задачей улучшения результатов лечения эхинококкоза является минимизация операционной травмы с соблюдением принципов апаратарности и антипаразитарности [4, 6]. Использование лапароскопических методик лечения многие авторы считают противопоказанным при больших размерах эхинококковых кист и их расположении в IV, VII и VIII сегментах печени [6, 7, 8]. Одним из вариантов минимизации операционной травмы является применение мини-доступа [5].

Целью исследования было улучшить результаты оперативного лечения у больных с эхинококковыми кистами печени в условиях недостаточного материально-технического обеспечения путем выполнения операции из мини-доступа с соблюдением принципов апаратарности и антипаразитарности.

Материалы и методы исследования

В работе представлены результаты лечения 81 больного с эхинококковыми кистами печени, которым проводили лечение в хирургическом отделении на базе провинциального госпиталя города Чагчаран и на базе медицинской секции передовой оперативной базы «Щит» в Исламской Республике Афганистан за период с 2006 по 2012 г. Среди обследованных больных большую часть составляли женщины — 64 (79%) пациентки, соответственно обследовано 16 (21%) мужчин. Средний возраст женщин составил $32,58 \pm 10,54$ года, мужчин — $37,24 \pm 12,05$ года. В группу сравнения включили 41 пациента, которым проводилась открытая эхинококкектомия с использованием традиционных доступов. Набор больных в эту группу осуществлялся во время первой поездки в Афганистан, во время которой проводилось освоение традиционных методик лечения. Основную группу составили 40 больных, им выполнялись открытая эхинококкектомия из мини-доступа в соответствии с разработанными методиками (использование специального пинцета для удаления эхинококковых кист, ложки для удаления кист, пункции содержимого кисты, ограничения брюшной полости от попадания содержимого кисты). Набор больных во 2 группу проводился во время второй поездки в Афганистан. Группы были сравнимы по полу, возрасту, фазам развития и локализации кист. Статистическая об-

работка данных проводилась в Microsoft Excel 2007 с помощью статистики Стюдента и χ^2 [3].

Результаты исследования и их обсуждение

В обеих группах первичный эхинококкоз печени встречался в 74 (91,4%) случаях, множественный — в 5 (6,2%) случаях, сочетанный — в 1 (1,2%) случае, рецидивный — в 1 (1,2%) случае. 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 62 (76,5%) больных, у 18 больных (22,2%) пальпировалось новообразование без наличия видимой деформации живота, и только у 1 больной (1,2%) с разрывом кисты не было увеличения живота и пальпируемого новообразования.

На рис. 1 представлены различные варианты видимой глазом локальной деформации живота с выпячиванием в эпигастрии и левом подреберье.



Рис. 1. Деформация живота: а) выпячивание в эпигастральной области и правом подреберье, б) пальпаторные данные о наличии кисты в правом подреберье.

В табл. 1 представлены данные об объеме эхинококковых кист (по классификации ВОЗ, 2001) в обеих группах [7].

Ультразвуковая диагностика позволяла четко установить фазу развития эхинококковой кисты и локализацию кист в сегментах печени. Согласно классификации И.Г.Ахмедова (2002), разделяли две последовательные фазы жизнедеятельности эхинококковой кисты — I и II [1]. В обеих фазах кисты могли содержать множество дочерних кист (Iб, IIб фазы) или единичные дочерние кисты (Iа, IIа). При этом у больных с IIб стадией рентгенографически отмечалось наличие кальцинатов в проекции капсулы кисты.

Таблица 1

Объем эхинокковых кист по классификации ВОЗ в обеих группах

Размеры кист	Названия столбцов				Всего			
	Основная группа		Группа сравнения					
	N	%	N	%				
Средние	1	2,5	4	10,0	5	6,3		
Большие	29	72,5	32	80,0	61	76,3		
Гигантские	10	25	4	10,0	14	17,5		
Всего	40	100	40	100,0	80	100,0		

Примечание: различия между группами статистически недостоверны — группы сравнимы между собой ($p > 0,05$, $\chi^2_{расч} = 4,5$, $\chi^2_{крит} = 5,9$).

Имелась следующая статистика локализации кист в двух группах: у 2 (2,5%) — киста I сегмента, у 4 (4,9%) — киста II сегмента, у 1 (1,2%) — киста в зоне II и III сегментов, у 1 (1,2%) — киста III сегмента, у 9 (11,1%) — киста V сегмента, у 3 (3,7%) — киста, расположенная в V и VI сегментах, в зоне VII сегмента — у 42 (51,9%), у 14 (17,3%) — в VIII сегменте. У 5 больных имелись множественные кисты: у 1 — 3 кисты (IV, V и VI сегментов), у 3 — 2 кисты (V и VIII сегментов), у 1 — 4 кисты (V, VI, VII и VIII сегментов).

Оперативный доступ в группе сравнения осуществлялся одним из трех способов: верхнесрединная лапаротомия (у 6 больных — 14,6%), доступ по Кохеру (у 32 больных — 78%), боковой внеплевральный доступ в 10 межреберья (у 3 больных — 7,3%). Использование бокового внеплеврального доступа позволило работать с кистами VIII сегмента. Данные УЗИ позволили у всех больных определить локализацию кисты в паренхиме печени и выбрать оптимальную позицию для выполнения как мини-доступа, так и традиционных лапаротомных доступов, основываясь на предлежании кисты к передней брюшной стенке.

В основной группе верхнесрединная минилапаротомия выполнена 3 (7,5%) больным (при локализации кист во II сегменте печени — у 2 пациентов и в III сегменте — у 1 пациента). Мини-лапаротомия в правом подреберье выполнена 25 больным (62,5%), 5 — при локализации кисты в V сегменте, 2 — в V-VI сегментах, 18 — при локализации в VII сегменте печени. Боковая внеплевральная минилапаротомия выполнена 12 больным с локализацией кисты в VIII сегменте. 2 (5%) больным с локализацией кисты в VIII сегменте

пришлось увеличить размер доступа более 5 см, что расценивалось нами как конверсия к традиционной лапаротомии.

Оценка результатов оперативного лечения позволила сформулировать алгоритм выбора оперативного доступа (рис. 2). Выполнение дальнейших этапов операции: пункция, декомпрессии, удаление дочерних сколексов и хитиновой капсулы, марсупиализации эхинококковой кисты с последующей обработкой и дренированием остаточной полости значительно не отличалось по времени у больных в основной группе и группе сравнения.

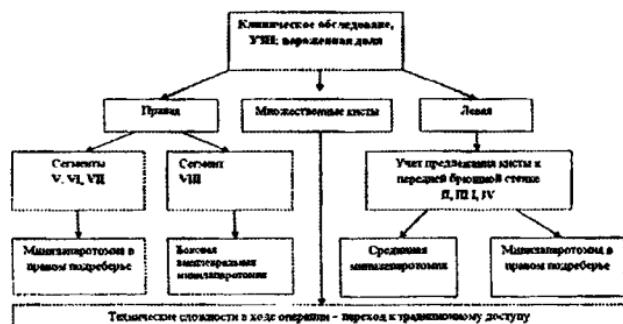


Рис. 2. Алгоритм выбора мини-доступа оперативного вмешательства при эхинококковых кистах печени.

Таблица 2

Характеристика выполненных оперативных вмешательств

Объем операции	Группа	
	Основная	Сравнения
Открытая эхинококэктомия, марсупиализация, дренирование остаточной полости	40	33
Открытая эхинококэктомия, цистостомия, дренирование остаточной полости	-	3
Открытая эхинококэктомия, марсупиализация + цистостомия, дренирование		3
Открытая эхинококэктомия, омнтоцистопексия		1
Открытая эхинококэктомия, дренирование остаточной полости. Переднебоковая торакотомия. Открытая эхинококэктомия, дренирование остаточной полости 2 кист правого легкого. Дренирование плевральной полости	-	1
Всего	40	41

Обработка остаточной полости в группе сравнения осуществлялась 25% раствором NaCl, в основной группе — 10% раствором бетадина. У части больных в основной группе остаточная полость также обрабатывалась электрохирургом (На и II фазы развития кисты). В основной группе выполнялась частичная перицистэктомия (удалялся избыток фиброзной капсулы). В табл. 2 представлена характеристика выполненных оперативных вмешательств.

Анализ времени, затраченного на выполнение операции, показал, что в исследуемой группе по мере накопления опыта уменьшалось время выполнения операции, тогда как в группе сравнения такой закономерности не прослеживалось (рис. 3).



Рис. 3. Время операции у больных, последовательно поступавших в стационар: А — в 1 группе, Б — во 2 группе.

Анализ показателей, которые характеризовали течение послеоперационного периода, показал, что использование мини-доступа и предложенных методик (использование специального пинцета, ложки для удаления кист, пункции содержимого кисты, ограничения брюшной полости от попадания содержимого кисты), направленных на полное удаления содержимого кист и предотвращение попадания содержимого кисты в брюшную полость, приводило к достоверному изменению показателей, которые характеризовали тяжесть послеоперационного состояния пациента и длительность реабилитации (табл. 3).

Таблица 3

Показатели, характеризующие течение послеоперационного периода в группах больных

Показатели	Группы	
	основная	сравнения
	M±	M±
Общий койко-день, сутки	6,85±1,92	9,66±3,27*
Послеоперационный койко-день, сутки	5,43±1,79	7,93±2,97*
Потребность в обезболивании, сутки	1,7±0,75	2,63±0,98*
Отхождение газов, сутки	1,5±0,5	2,54±0,5*
Потребность в инфузионной терапии, сутки	1,68±1,13	3,02±1,2*
Мобилизация больного, сутки	1,85±0,79	2,95±0,82*

Примечание: * — различия между группами достоверны ($p<0,001$).

Результаты исследования и их обсуждение

У большинства больных отмечено гладкое послеоперационное течение. Одна больная в группе сравнения умерла на фоне токсической фазы перитонита вследствие разрыва нагноившейся кисты печени (летальность 1,2%) в первые сутки после операции. У 1 больного с сочетанным эхинококкозом (группа сравнения) во время операции произошел разрыв кисты легкого, что потребовало трахеотомии и санации трахеобронхиального дерева. В раннем послеоперационном периоде у одной пациентки контрольной группы после операции имело место явление бронхоспазма, что потребовало интубации трахеи сроком на первые сутки, у одного больного отмечено нагноение остаточной полости после ошибочного удаления дренажа (группа сравнения), у 3 больных нагноение послеоперационной раны при нагноившейся кисте печени (группа сравнения). Послеоперационные грыжи отмечались в 4 случаях в группе сравнения. При выполнении бокового внеплеврального доступа частым было клиническое проявления плеврита: в основной группе — 5 случаев, в группе сравнения — 3 случая. Отмечалось формирование свищей: у 3 больных основной группы и у 5 группы сравнения (во всех случаях имелась киста II фазы развития), которые закрывались в сроки от 3 до 4 месяцев. Средний срок стояния дренажей в основной группе составил $52,95\pm10,98$ сут., в группе сравнения — $61,17\pm13,83$ сут. ($p<0,05$). В ближайшем послеоперационном периоде осложнения в основной группе отмечались в 9/40 (22,5%) случаях и в группе срав-

нения в 18/41 (45%) случаях. По двум группам при открытой эхинококэктомии осложнения отмечались в 26/81 (32,5%) случаях.

Отдаленные результаты отслежены у 24 больных: выявлена резидуальная киста у одной больной группы сравнения, которая была оперирована по поводу множественных кист печени, и у одной больной рецидив эхинококковой кисты печени.

Лапароскопические методики хирургического лечения больных с эхинококковыми кистами печени позволяют значительно уменьшить травматичность операции, однако они также имеют свои ограничения — не рекомендуется применять при больших эхинококковых кистах из-за высокого риска разрыва кисты и диссеминации содержимого, также при расположении кист в IV, VII и VIII сегментах печени [1, 2, 4, 6, 8]. Для полного удаления содержимого и капсулы кист таких размеров предпочтительным является выполнение открытых операций. Однако такой подход противоречит современным тенденциям развития абдоминальной хирургии, когда основная масса оперативных вмешательств, в том числе и очень сложных, выполняется с использованием лапароскопических, эндоскопических методик или из мини-доступа. В нашей работе представлены результаты выполнения открытой эхинококэктомии из мини-доступа с использованием предложенных методик (использование специального пинцета, ложки для удаления кист, пункции содержимого кисты, ограничения брюшной полости от попадания содержимого кисты), которые позволяют уменьшить операционную травму в условиях недостаточного материально-технического обеспечения в эндемичном очаге.

Выводы

Применение мини-доступа при одиночных эхинококковых кистах печени — надежный и безопасный метод, который позволил выполнить оперативное лечение при кистах различных локализаций, размеров, а также при нагноении эхинококковых кист у 95% больных. Разработанные методики оперативного лечения у больных с эхинококкозом из мини-доступа и предложенные методики (использование специального пинцета, ложки для удаления кист, пункции содержимого кисты, ограничения брюшной полости от попадания содержимого кисты) позволили уменьшить время выполнения оперативного вмешательства, койко-день, время нахождения больного в палате интенсивной терапии, время стояния дренажей, снизить количество осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, улучить качество жизни в послеоперационном периоде.

Література

1. 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.
2. Грубник В.В. Эхинококкоз человека: Современные методы диагностики и лечения: Монография / В.В.Грубник, С.Г.Четвериков, П.П.Шипулин. — К.: Медицина, 2011. -224 с.
3. 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.
4. Ничитайло М.Е. Эндовидеохирургия гидатидного эхинококкоза печени / М.Е.Ничитайло, Л.Н.Литвиненко, О.Н.Гулько // Анналы хирургической гепатологии. — 2004. — Т. 9, №2. — С. 94.
5. Прудков М.И. Операции из мини-доступа в хирургическом лечении эхинококкоза печени / М.И.Прудков, Ш.Ш.Амонов, О.Г.Орлов // Анналы хирургической гепатологии. — 2011. — №4. — С. 40.
6. Четвериков С.Г. Діагностика та комбіноване лікування хворих на ехінококоз печінки та легень: Дис. д.н.: 14.01.03. — 2008.
7. Eckert J. et al. WHO/OIE manual on echinococcosis in humans and animals: a public health problem of global concern / J.Eckert, M.A.Gemmell, F.-X.Meslin, Z.S.Pawlowski. — 2001. — 286 p.
8. Gastaca M. Cirugna laparoscopica del quiste hidatídico hepático / M.Gastaca, A.Ventoso, J.González, D.Ortiz et al. // Cir. Esp. — 2010. — Vol. 88, №1. — P. 62.
9. Katkhouda N. Laparoscopic management of benign solid and cystic lesions of the liver / N.Katkhouda, M.Hurwitz, J.Gugenheim, E.Mavor et al. // Ann. Surg. — 1999. — Vol. 229, №4. — P. 460-466.
10. Khoury G. Anaphylactic shock complicating laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver / G. Khoury, S. Jabbour-Khoury, A.Soueidi // Surg Endosc. — 1998. — №12. — P. 452-454.

I.А.Лурін, В.В.Негодуйко, Д.Г.Якубі. Особливості хірургічного лікування ехінококових кіст печінки в умовах миротворчої місії в Ісламській Республіці Афганістан. Київ, Харків, Україна.

Ключові слова: ехінококові кісти печінки, хірургія, міні-доступ.

Проаналізовані результати хірургічного лікування 81 хворого в Ісламській Республіці Афганістан. Виявлено, що основну масу хворих складають пацієнти з великими кістами. Розроблені варіанти операцівних втручань з міні-доступу спрямовані на зменшення травматичності та методики (використання спеціального пінцету, ложки для видалення кіст, пункция змісту кісти, відобмеження черевної порожнини від попадання змісту кісти), на дотримання принципів апарати-

тарності та антипаразитарності. Виконання операції з міні-доступу було можливим у 95% хворих досліджуваної групи. Використання розроблених підходів дозволило знизити терміни госпіталізації, поліпшити якість життя хворих, результатами лікування.

I.A.Lurin, V.V.Negoduiko, J.G.Yaqubi. Features of the surgical treatment of hydatid cysts of the liver in a peacekeeping mission in the Islamic Republic of Afghanistan. Kyiv, Kharkiv, Ukraine.

Key words: *hepatic hydrated cysts, surgery, minilaparotomy.*

There are results of surgical treatment of 81 patients in the Islamic Republic of Afghanistan. It was revealed that the most of patients are patients with large cysts. Developed variants of minimal access surgery to reduce the trauma and methods (the use of a special tweezers, spoon to remove the cyst, puncture the cyst content, restrictions abdominal contents from entering the cyst) to uphold the principles of aparasitic and anti-parasitic. Fulfillment of minimal access surgery was possible in 95% of patients of the study group. Using the developed approach will reduce the length of stay; improve the quality of life of patients in the postoperative period, to improve the results of treatment.