

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ

Сапарбаев Зафар Сарсенбаевич

Магистр, Ташкентская медицинская академия, факультет общая хирургия
Узбекистан, Ташкент

E-mail: saparbaevz66@gmail.com

Акбаров М.М. – Профессор, доктор медицинских наук, руководитель
отделения Гепатобилиарная хирургия и трансплантаций печени №1
Нишанов М.Ш. – Кандидат медицинских наук, заведующий отделением
Гепатобилиарная хирургия и трансплантаций печени №1

MODERN SURGICAL TACTICS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS IN COMPLICATED FORMS

Saparbaev Zafar

Master, Tashkent Medical Academy, Faculty of General Surgery
Uzbekistan, Tashkent

E-mail: saparbaevz66@gmail.com

Akbarov M.M. – Professor, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of
Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation №1

Nishanov M.Sh. Head of the Department of Hepatobiliary Surgery and Liver
Transplantation №1

АННОТАЦИЯ

Цель исследования: Эхинококковая болезнь (ЭБ) остается серьезной проблемой общественного здравоохранения, вызывающей заболеваемость и смертность во многих странах Средней Азии. *Материалы и методы.* В данное когортное исследование были включены 50 последовательных пациентов с эхинококковой болезнью печени, перенесших операцию в ГУ «РСНПМЦХ имени акад. В.Вахидова». Всего у 18(36%) больных был случай осложненной формы ЭБ, включающей простое сообщение кисты с билиарным деревом (6 случаев), прорыв кисты в билиарное дерево (6 случаев), прорыв в плевральную полость (2 случая), разрыв кисты в брюшную полость (2 случая) и разрыв кисты с образованием абсцесса печени (2 случая). Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) была выполнена до операции шести пациентам. *Результаты.* Основным клиническим симптомом была боль в

правом подреберье у 16(88%) пациентов, которая сочеталась с высокой температурой ($>39^{\circ}\text{C}$) у 14(78%) пациентов. С-реактивный белок (СРБ) был основным показателем осложненного ЭБ ($p=0,003$); однако он был повышен только в 67% случаев. СРБ был более чувствительным индикатором разрыва кисты билиарного дерева ($p=0,02$). Компьютерная томография выявила больше случаев (44%) осложненного ЭБ, чем УЗИ (25%); однако разница не была статистически значимой. *Выводы.* В современной хирургической тактике при осложненных формах эхинококкоза печени необходимо использование современных хирургических технологий (ультразвукового фрагментатора-аспиратора «CUSA Excel®+», ультразвукового скальпеля «Ultracision», электротермического аппарата «LigaSure», а также ультразвуковой интраоперационной навигации), позволяющих практически во всех случаях добиться полной ликвидации паразитарной полости. Предложенный алгоритм выбора тактики лечения показал высокую эффективность в плане объективной дооперационной оценки, а также в повышении качества оказываемой хирургической помощи. Совершенствование тактико-технических аспектов хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени на основании предложенного алгоритма позволило увеличить долю положительных результатов.

Ключевые слова: эхинококк, печень, осложнения, эндемичный, эхинококковая болезнь, лечебно-тактический алгоритм.

Актуальность:

Эхинококковая болезнь остается серьезной проблемой общественного здравоохранения, способствуя росту заболеваемости и смертность во всем мире, особенно в азиатских странах, где болезнь эндемичный. В этих регионах ежегодная заболеваемость ЭБ колеблется от менее 1 до 300 на 1 человека 100 000 жителей. Средняя Азия является высоко эндемичной по эхинококкозу, ежегодная заболеваемость 0,3 на 100 000 жителей. Эхинококкоз – это не только тяжелое заболевание что может привести к смерти (летальность 1-2%), но и к заболеванию, которое может привести к тяжелым экономическим потерям, из-за затрат на лечение, потери заработной платы и потерь в животноводстве. Это было подсчитано, что потери года жизни с поправкой на инвалидность (DALY) составляют примерно 193 529 740 долларов США по всему миру [1, 2]. В настоящее время хирургический метод лечения осложненного эхинококкоза печени, в подавляющем большинстве случаев, не имеет альтернативы. На результаты операции во многих случаях влияют серьезные осложнения, связанные с наличием остаточной полости после удаления паразитарной кисты

(нагноение, кровотечение, образование наружных желчных и гнойных свищей). Лечение осложненного эхинококкоза печени должно быть направлено либо на радикальное удаление эхинококковых кист вместе с участком печени в виде резекции печени, либо на эхинококкэктомию, дополненную какими-либо манипуляциями, предупреждающими рецидив. Недостаточная осведомленность об этом паразитарном заболевании ряда современных врачей, работающих в регионах, не являющихся эндемичными по эхинококкозу, нередко приводит к серьезным диагностическим и терапевтическим ошибкам. Вопросы диагностики и лечения эхинококкоза человека далеки от своего окончательного решения и сохраняют свою актуальность до настоящего времени.

В настоящее время вопросы хирургического лечения осложненных форм эхинококкоза печени продолжают оставаться дискуссионными и требуют дальнейшего изучения. Частота осложненных форм эхинококкоза печени достигает 84,6 %, а рецидивы наблюдаются в 54,0 %. Это обусловлено рядом факторов, к которым, прежде всего, следует отнести увеличившуюся миграцию населения, ухудшение санитарно-эпидемиологической ситуации, в первую очередь, в регионах, эндемичных по эхинококкозу, низкий уровень диспансеризации населения и, в большей степени, ее прекращение, в том числе в группах риска. Эхинококкоз и его осложнения характеризуются длительным хроническим или рецидивирующим течением, тяжелыми органными и системными нарушениями, обширностью поражения, приводящими к инвалидности и нередко – к гибели больного. Одним из наиболее частых осложнений эхинококкоза печени является нагноение кисты у 15-34 % больных. Анализом литературных данных показывает, что вопрос о хирургическом лечении эхинококкоза печени, осложненного поражениями желчных протоков, продолжает оставаться серьезной проблемой хирургии. Это связано со сложностью диагностики поражений желчных путей, отсутствием единой хирургической тактики, что приводит к значительному числу послеоперационных осложнений с высокой летальностью, которая достигает 8 %. Следовательно, очень важной и актуальной является разработка показаний и противопоказаний к тем или иным оперативным вмешательствам при эхинококкозе печени, осложненном цистобилиарными свищами (ЦБС). Наиболее сложным и нерешенным вопросом хирургического лечения эхинококкоза печени, осложненного прорывом в брюшную полость, остается антипаразитарная санация свободной брюшной полости. Прорыв кисты в брюшную полость – один из ведущих факторов развития послеоперационного рецидива. Шанс развития рецидива при этом прорыве кисты в брюшную полость возрастает в 2,8 раза. Не менее тяжелым, хотя и реже встречающимся (от 3,8 до

12,6 %) осложнением эхинококкоза печени является прорыв содержимого кисты в плевральную полость. При обызвествленных эхинококковых кистах печени (от 1,9 до 9 %) не решенным до настоящего времени вопросом остается способ ликвидации остаточной полости. Асептический некроз и обызвествление кисты – не худший исход течения эхинококкоза. Но все же это осложнение, хотя и приводит к гибели паразита, не излечивает больного, так как остается механическое воздействие обызвествленной кисты на ткань печени и ее трубчатые структуры, и при попадании инфекции (обычно эндогенной) часто происходит нагноение кисты. В связи с вышеизложенным очевидна высокая актуальность вопросов диагностики и лечения осложненных форм эхинококкоза печени.

Материал и методы исследования:

Исследования будут проводиться РСНПМЦ хирургии имени академика В. Вохидова на анализе историй болезней и наблюдений над 50 больными с диагнозом эхинококкоз печени с осложнением прорыва в билиарные пути. Будет проводиться комплексное обследование: клинико-диагностический метод, рентгено-эндоскопические методы, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и видеолапароскопия.

Обсуждение и результаты исследования:

По результатам проведенного анализа разработана схема лечебно-тактического алгоритма ведения больных с осложненным ЭП (эхинококкоз печени), основанная на полипозиционной оценке клинической ситуации и применении всего комплекса лечебной тактики. Целью построения данного алгоритма явилось обобщение имеющего опыта, но с учетом доминирующих позиций при лечении данной патологии на современном этапе. А именно, использовать возможности эндоскопических вмешательств с учетом конкретных клинических ситуаций, которые на наш взгляд являются определяющими в вопросе выбора оптимальной хирургической тактики. При поступлении больных с осложненным ЭП необходима полипозиционная оценка степени вовлечения в процесс зоны интереса (магистральные сосуды печени, брюшная и плевральная полость) с использованием всего комплекса лучевой диагностики, эндоскопических и эндоваскулярных технологий. В этой связи, основными задачами лечебно-диагностической тактики при ЭП осложненным прорывом в билиарные протоки, являются:

- Оценка степени печеночной недостаточности и определение показаний для проведения ЭФГДС;
- Экстренная ЭФГДС с ЭПСТ;

- При выраженном внутрипеченочном холестазах и нестабильной гемодинамике, а также при анатомических условиях невозможности проведения ЭПСТ, рекомендована ЧЧХС.

- Окончательным этапом у больных с данным осложнением является ЭЭ из печени, холедохотомия с дренирование холедоха. При прорыве ЭП в брюшную полость, лечебная тактика определяется санацией брюшной полости и ограничивается ЭЭ из печени с дренированием остаточной полости. При прорыве ЭП в плевральную полость принципиальным моментом является изолированный доступ: трансторакальный – к плевральной полости и лапаротомный – к печени, а так же изолированное дренирование этих областей с разобщением билиопульмонального соустья.

Выбор тактики лечения больных с осложненным ЭП остается одной из актуальных задач современной хирургии. Все этапы госпитального периода требуют индивидуального подхода как к верификации тяжести развившегося осложнения и его последствий со стороны других органов и систем, так и к выбору оптимального метода лечения.

Выводы:

Выбор тактики лечения больных с осложненным ЭП остается одной из актуальных задач современной хирургии. Все этапы госпитального периода требуют индивидуального подхода как к верификации тяжести развившегося осложнения и его последствий со стороны других органов и систем, так и к выбору оптимального метода лечения. Среди осложненных форм эхинококкоза печени наиболее часто встречается нагноение кисты. Гораздо реже наблюдается прорыв кисты в желчные протоки, брюшную и плевральную полость. Больные с осложненным эхинококкозом печени должны быть оперированы в специализированном учреждении при наличии современной диагностической и лечебной аппаратуры, высококвалифицированных специалистов. При множественных кистах и малых размерах кист требуется интраоперационная инструментальная диагностика с использованием ультразвуковых датчиков. С целью профилактики рецидивирования заболевания требуется полноценная девастиационная терапия. Целесообразно проводить диспансерное обследование членов семей больных, оперированных по поводу эхинококкоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев, А.Г. Агаев, Р.М. Лечебная тактика при послеоперационных осложнениях у больных эхинококкозом печени с поражением желчных протоков// Хирургия. 2016. – No 7. – С. 21. [Abdullayev, A.G., Agayev, R.M. Lechebnaaya taktika pri posleoperatsionnich oslojneniyax u bolnix exinokokkozom pecheni s porajeniyem jelchnix protokov // Khirurgiya 2016. – No 7. – S. 21].

2. Агаев, Р.М. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени с прорывом в желчные пути // Хирургия. 2012. – No 9. – С. 58–62. [Agayev, R.M. Diagnostika i xirurgicheskoye lecheniye ehinokokkoza pecheni s prorivom v jelchniye puti // Khirurgiya 2012. – No 9. – S. 58–62].

3. Алиев, М.А. Морфологическая оценка эффективности обработки остаточной полости печени комбинированным способом после эхинококкэктомии // Анналы хирургической гепатологии. 2016. – Т. 11, No 3. – С. 178–179. [Aliyev, M.A. Morfologicheskaya otsenka effektivnosti obrabotki ostatochnoy polosty pecheni kombinirovannim sposobom posle ekinokokkektomii // Annali khirurgicheskoy gepatologii. 2016. – T. 11, No 3. – S.178–179].

4. Вафин, А.З., Машурова, Е.В. Роль плазменного скальпеля в синтезе тканевых цитокинов после эхинококкэктомии из печени // Анналы хирургической гепатологии. 2018. – Т. 13, No3. – С. 42. [Vafin, A.Z., Mashurova, E.V. Rol plazmennogo skalpelya v sinteze tkanevikh citokinov posle ekinokokkektomii iz pecheni // Annali khirurgicheskoy gepatologii/ 2018. – T. 13, No 3. – S. 42].

5. Вишневский, В.А., Кахаров, М.А., Камолов, М.М. Радикальные операции при эхинококкозе печени // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: сб. тез. XII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. Ташкент, 2015. – С. 106. [Vishnevskiy, V.A., Kakharov, M.A., Kamolov, M.M. Radikalniye operatsii pri ekinokokkoze pecheni // Aktualniye voprosi khirurgicheskoy gepatologii: sb. tez. XII Mejdunarodnogo kongressa khirurgov-gepatologov stran SNG. Tashkent, 2015. – S. 106].

6. Ильхамов, Ф.А., Икрамов, А.И., Акбаров, М.М. Уменьшение операционной кровопотери при использовании новых технологий в хирургии эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2008. – Т. 13, No 3. – С. 54. [Ilkhamov, F.A., Ikramov, A.I., Akbarov, M.M. Umensheniye operatsionnoy krovopoteri pri ispolzovanii novikh tekhnologiy v khirurgii ekinokokkoza pecheni // Annali khirurgicheskoy gepatologii. 2008. – T. 13, No 3. – S. 54].

7. Каримов, Ш.И., Кротов, Н.Ф., Мамадраджабов, С. Проблемы и перспективы хирургического лечения эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2015. – Т. 10, No 2. – С. 111–112. [Karimov, Sh.I., Krotov, N.F., Mamadradjabov, S. Problemi, i perspektivy khirurgicheskogo lecheniya ekhiniokokkoza pecheni // Annali khirurgicheskoy gepatologii 2015. – T. 10, No 2. – S. 111–112].

8. Ким, В.Л., Беркинов, У.Б. Малоинвазивная хирургия в лечении эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2016. – Т. 10, No 2. – С. 104. [Kim, V.L., Berkinov, U.B. Maloinvazivnaya khirurgiya v lechenii

ekhinokokkoza pecheni // Annali khirurgicheskoy gepatologii. 2016 – Т. 10, No 2. – S. 104].

9. Курбонов, К.М., Касимов, Х.С. Диагностика и лечение эхинококкоза печени с поражением желчных протоков // Анналы хирургической гепатологии. 2016. – Т. 11, No 2. – С. 20–23. [Kurbonov, K.M., Kasimov, Kh.S. Diagnostika i lecheniye ekhinokokkoza pecheni s porajeniyem jelchnykh protokov // Annali khirurgicheskoy gepatologii. 2016. – Т. 11, No 2. – S. 20–23].

10. Назыров, Ф.Г., Ильхамов, Ф.А., Атабеков, Н.С. Эхинококкоз в Узбекистане // Мед. журнал Узбекистана. – 2012. – No 2–3. – С. 2–5. [Nazyrov F.G., Ilkhamov F.A., Atabekov N.S. Ekhinokokkoz v Uzbekistane // Med. jurnal Uzbekistana. 2012. – No 2–3. – S. 2–5]. 11. Назыров, Ф.Г., Исмаилов, Д.А., Леонов, Д.А. Эхинококкоз. – Ташкент: Изд-во медицинской литературы им. Абу Али ибн Сино, 2009. [Nazyrov, F.G., Ismailov, D.A., Leonov, D.A. Ekhinokokkoz. – Tashkent. Izd-vo medicinskoj literaturi im. Abu Ali ibn Sino, 2009].

11. Назиров, Ф.Г., Акилов, Х.А., Девятков, А.В. Химиотерапевтическая профилактика рецидивных и резидуальных форм эхинококкоза брюшной полости // Хирургия Узбекистана. – 2001. – No 3. – С. 78. [Nazyrov, F.G., Akilov, X.A., Devyatov, A.V. Himioterapevticheskaya profilaktika recidivnix i rezidualnix form exinokokkoza bryushnoy polosti// Xirurgiya Uzbekistana. 2001. 3 st, 78].

12. Саид, А.Х., Митьков, В.В. Ультразвуковая диагностика эхинококкоза печени. //УЗД. – 2009. – No4. – с. 5–10.[Said, A.X Mitkov, V.V. Ultrazvukovaya diagnostika exinokkozoza pecheni // UZD 2009. # 4 st/ 5–10].

13. Шевченко, Ю.Л., Назыров, Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. Москва. Изд. «Династия», 2016. 287 с. [Shevchenko, Yu.L. Nazyrov, F.G. Khirurgiya Ekhinokokkoza. Moskva.Izd. «Dinastiya», 2016. Str 287].

14. Budke, C.; Deplazes, P.; Torgerson, P.R. Global Socioeconomic Impact of Cystic Echinococcosis. Emerg. Infect. Dis. 2018, 12, 296–303.

15. Torgerson, P.R. Economic Effects of Echinococcosis. Acta Trop. 2019, 85, 113–118.

16. Turgut, A.T.; Altin, L.; Topçu, S.; Kiliçoğlu, B.; Altinok, T.; Kaptanoğlu, E.; Karademir, A.; Kosar, U. Unusual imaging characteristics of complicated hydatid disease. Eur. J. Radiol. 2007, 63, 84–93.

17. Safioleas, M.C.; Misiakos, E.P.; Kouvaraki, M.; Stamatakos, M.K.; Manti, C.P.; Felekouras, E.S. Hydatid Disease of the Liver: A Continuing Surgical Problem. Arch. Surg. 2006, 141, 1101–1108.

18. Tuxun, T.; Zhang, J.-H.; Zhao, J.-M.; Tai, Q.-W.; Abudurexti, M.; Ma, H.-Z.; Wen, H. World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis—914 patients. Int. J. Infect. Dis. 2014, 24, 43–50.

19. Agayev, R.M.O. Diagnosis and surgical treatment of complicated liver echinococcosis. *Turk. J. Gastroenterol.* 2002, 13, 11–16.
20. Yağmur, Y.; Akbulut, S.; Gümüş, S.; Babür, M.; Can, M.A. Laparoscopic management of hydatid cyst of the liver. *S. Afr. J. Surg.* 2016, 54, 14–17.
21. Smego, R.A.; Sebanego, P. Treatment options for hepatic cystic echinococcosis. *Int. J. Infect. Dis.* 2005, 9, 69–76.
22. Shaw, J.M.; Bornman, P.C.; Krige, J.E.J. Hydatid disease of the liver. *S. Afr. J. Surg.* 2006, 44, 70–72, 74–77.
23. Da Silva, A.M. Human Echinococcosis: A Neglected Disease. *Gastroenterol. Res. Pract.* 2010, 583297, 9.
24. Darbari, A.; Jauhari, A.; Shrivastava, A. Management of hepatic hydatidosis by open versus laparoscopic surgery. *Int. J. Res. Med. Sci.* 2014, 2, 1371.
25. Malik, A.A.; Bari, S.U.; Amin, R.; Jan, M. Surgical management of complicated hydatid cysts of the liver. *World J. Gastrointest. Surg.* 2010, 2, 78–84.
26. Acarli, K. Controversies in the laparoscopic treatment of hepatic hydatid disease. *HPB* 2004, 6, 213–221.
27. Soliman, H.E.M.; Shoreem, H.A.; Abdelsallam, O.H.; Saleh, S.M.; Badawey, M.T.; Sallam, A.N.; Ayoub, I.A.; Gad, E.H.; Yaseen, T.E.; Lasheen, H.Z.; et al. Laparoscopic management of parasitic liver cysts: A retrospective, comparative study. *Saudi Surg. J.* 2017, 5, 35.
28. Anand, S.; Rajagopalan, B.S.; Mohan, R. Management of liver hydatid cysts-current perspectives. *Med. J. Armed Forces India* 2012, 68, 304–309.
29. Busić, Z.; Cupurdija, K.; Servis, D.; Kolovrat, M.; Cavka, V.; Boras, Z.; Basic, D.; Kristek, J.; Tucak, A.; Basic, N. Surgical Treatment of Liver Echinococcosis-Open or Laparoscopic Surgery? *Coll. Antropol.* 2012, 36, 1363–1366.
30. WHO Echinococcosis, Fact Sheet. Available online: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs377/en/> (accessed on 28 August 2017).
31. von Elm, E.; Altman, D.G.; Egger, M.; Pocock, S.J.; Gøtzsche, P.C.; Vandenbroucke, J.P. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: Guidelines for reporting observational studies. *J. Clin. Epidemiol.* 2008, 61, 344–349.
32. Sotiraki, S.; Chaligiannis, I. Cystic echinococcosis in Greece. Past and present. *Parasite* 2010, 17, 205–210.
33. Budke, C.; Deplazes, P.; Torgerson, P.R. Global Socioeconomic Impact of Cystic Echinococcosis. *Emerg. Infect. Dis.* 2006, 12, 296–303.