

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Абдурахманов Д.Ш.¹, Хайдаровой Л.О.²

¹Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич – ассистент;

²Хайдаровой Лайло Олимджонзода – студент магистратуры,
кафедра хирургических болезней № 1,
Самаркандский государственный медицинский институт,
г. Самарканд, Республика Узбекистан

Аннотация: несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению эхинококкоза, на сегодняшний день не удалось заметно продвинуться в вопросах профилактики рецидива заболевания. Основу для исследования составил 371 больной с эхинококкозом печени, поступивший в отделения хирургии 1-й и 2-й клиник Самаркандского Государственного медицинского института. Применение внедренного комплекса лечения способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений с 13,1 до 4,3%, сокращению продолжительности хирургического вмешательства, уменьшению сроков стационарного лечения в два раза. Только за счет интраоперационной обработки остаточной полости глицерином комнатной температуры удалось снизить частоту рецидива эхинококкоза с 27,2 до 7,3%, а применение горячего глицерина в сочетании с послеоперационной химиотерапией позволило случаи рецидива свести к нулю.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, хирургическое лечение, химиотерапия.

Актуальность. Несмотря на значительное количество работ, посвященных хирургическому лечению эхинококкоза, на сегодняшний день не удалось заметно продвинуться в вопросах профилактики рецидива заболевания [2, 6, 10, 13, 17, 20, 25, 28, 35].

Среди хирургов отсутствует единое мнение в определении понятия, причин, формы и характера рецидива, не достигнут консенсус в вопросах интраоперационной противопаразитарной обработки стенки фиброзной капсулы, недостаточное внимание уделяется роли резидуальных кист [3, 7, 8, 14, 19, 22, 27, 30].

Характерными клиническими признаками эхинококкоза печени являются гепатомегалия, боли в правом подреберье и тошнота. Из-за отсутствия патогномичных симптомов, а также длительного бессимптомного течения эхинококкоз диагностируется в ряде случаев случайно при обследовании по поводу других заболеваний [5, 8, 11, 18, 26, 32, 36].

Нередко заболевание распознается при присоединении к нему различных осложнений, частота которых колеблется от 15 до 52%, что

значительно ухудшает течение заболевания и результаты хирургических вмешательств [4, 10, 15, 19, 27, 34, 37].

Высокая частота заболеваемости эхинококкозом, неуклонный рост числа его осложненных форм диктуют необходимость дальнейшего совершенствования способов ранней диагностики, лечения и профилактики этого распространенного и тяжелого заболевания [1, 9, 11, 16, 21, 29, 33, 38].

Не решены вопросы выбора оптимальной тактики хирургического лечения, повышения радикальности и антипаразитарности вмешательства, снижения его травматичности, проведения послеоперационной реабилитации и диспансерного наблюдения больных с эхинококкозом, что, безусловно, подтверждает актуальность настоящего исследования.

Материал и методы исследования. Основу для исследования составили 371 больной с эхинококкозом печени, поступивших в отделения хирургии 1-ой клиники Самаркандского Государственного медицинского института.

Из 371 больного у 311 (83,8%) пациентов эхинококкоз печени был выявлен впервые и у 60 (16,2%) больных эхинококкоз был рецидивным. В зависимости от количества кист в основном преобладали больные с одиночными паразитарными кистами печени – 278 (74,9%). Множественные паразитарные кисты печени встречались у 93 (25,1%) больных.

Размеры кист в печени варьировали от 2 до 30 см в диаметре и содержали от нескольких миллилитров до 3 литров жидкости, основную массу (58,5%) составляли пациенты с кистами от 3 до 10 см.

Осложненных кист было 102 (27,5%). В структуре перечисленных осложнений в половине случаев констатированы цистобилиарные свищи – у 50 (49,0%) больных. Нагноение содержимого кисты наблюдалось у 32 (31,4%) больных. Из-за прорыва кисты во внутрипеченочные желчные протоки, у 3-х (2,9%) больных была механическая желтуха. У 4 (3,9%) больных имело место такое грозное осложнение, как прорыв кисты в брюшную полость.

В 2005-2008 гг. мы оперировали 145 (39,1%) больных, у которых обработка остаточной полости проводилась 2-5% раствором формалина. Эти пациенты составили контрольную группу. Во 2-ю группу сравнения включены 111 (29,9%) больных, оперированных в 2009-2012 гг., у которых для обработки остаточной полости использовали 80-100% глицерин комнатной температуры. В 3-ю основную – группу вошли 115 (31,0%) больных, оперированных в 2013-2017 гг., у которых остаточная полость при неосложненном эхинококкозе обрабатывалась горячим глицерином, подогретый до 70⁰С, а при осложненном – горячим глицерином в сочетании с УЗНЧ. Кроме того, тактика лечения больных основной группы отличалась от таковой в контрольной и группе сравнения тем, что выбор

оптимального хирургического доступа к кисте был более дифференцированным.

Комплекс обследования больных включал как общеклинические лабораторные и инструментальные методы исследования, так и морфологические исследования кистозных образований. Для оценки результатов диагностики и хирургического лечения наряду с рутинным комплексом обследования применены современные методы, включающие лучевые и лабораторные методы. Полученные результаты были статистически обработаны с акцентом на оценку достоверности полученных результатов.

В хирургии эхинококкоза печени с 2013 г. мы начали широко применять так называемый «топический минидоступ» с учетом индивидуальной особенностью для каждого пациента.

На основе методов исследования и клинического течения заболевания нами разработан и внедрен в клиническую практику оптимальный лечебно-диагностический алгоритм ведения больных эхинококкозом печени (рис. 1).



Рис. 1. Лечебно-диагностический алгоритм ведения больных эхинококкозом печени

Абсолютное большинство выполненных нами эхинококэктомий (99,8%) носило органосохраняющий характер, и только у 1 (0,2%) пациента пришлось прибегнуть к резекции левой доли печени. В

подходящих ситуациях мы не упускали возможность выполнения идеальной эхинококкэктомии – 2 (0,3%) паразитарных кист было удалено вылушиванием целой хитиновой оболочки.

В наших наблюдениях 412 (77,6%) остаточных полостей обработаны по типу закрытой эхинококкэктомии и только 116 (21,8%) полости фиброзных капсул ушиты полужакрытым методом на дренаже.

Из 115 больных основной группы 97 (84,3%) больных подверглись дооперационной химиотерапии. 18 (15,7%) больных с осложненным эхинококкозом из-за срочности выполнения операции дооперационную химиотерапию не принимали. Послеоперационную противорецидивную химиотерапию альбендазолом мы начинали не позже 1 месяца после оперативного лечения. 41 (35,6%) больному (из 115) послеоперационная химиотерапия проводилась по традиционной схеме.

Из 41 у 15 (36,6%) больных мы заметили повышение средней концентрации АСТ и АЛТ после первого курса химиотерапии соответственно до $0,55 \pm 0,05$ и $0,88 \pm 0,08$ ммоль/л. При этом особо следует подчеркнуть, что повышение трансаминаз характерно было для больных, страдающих или ранее страдавших заболеваниями печени, особенно перенесших вирусный гепатит.

Противопоказание химиотерапии в профилактических целях рецидива некоторым больным перенесших эхинококкэктомию, побудило нас к поиску эффективной терапевтической дозы альбендазола, не оказывающую токсического действия (глава III).

5 больным страдающими хроническими заболеваниями печени химиотерапию проводили в дозе 5-7 мг/кг массы тела в сутки в течении 4 недель. Эти больные находились под нашим контролем в течении 2 лет. Каждые 6 мес. проводили УЗИ и по необходимости КТ. У этих больных в течении 2 лет рецидива эхинококкоза не наблюдали.

Учитывая губительное действие альбендазола в дозе 5 мг/кг/сут на эхинококкоз в зародышевой стадии по результатам экспериментального исследования, а также благоприятного отдаленного результата у 5 больных получивших химиотерапию в выше указанной дозе с 2015 года 69 больным во избежание токсического действия альбендазола химиотерапия проводилась в дозе 5-7 мг/кг/сут в течении 4 недель.

Результаты исследования. По сравнению с 2005-2008 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась с 13,1 до 4,3%, т.е. в 3 раз. Значительно реже стали встречаться такие осложнения, как нагноение остаточной полости (в 6 раз), нагноение лапаротомной раны (в 2 раза), образование желчных свищей (в 3 раза), не было поддиафрагмальных абсцессов. Продолжительность хирургического вмешательства уменьшился в среднем на 21 мин. В 2 раза по сравнению с контролем сократилась длительность стационарного лечения после операции – с $21,2 \pm 1,2$ до $10,9 \pm 0,3$ дня. Со снижением частоты нагноений остаточных

полостей и случаев образования желчных свищей положительно сказалось и на частоте случаев выписки больных из стационара с дренажной трубкой – этот показатель снизился в 5 раз. Дренажные трубки из остаточных полостей стали удалять в среднем на одну неделю раньше.

Нами были проанализированы отдаленные результаты у 236 (63,6%) из 371 оперированных больных по поводу эхинококкоза печени. При изучении характера рецидива нами сопоставлялись локализация первично оперированной и повторно выявленной кист, сроки появления рецидива, особенности ранее применявшихся методов хирургического вмешательства, количество, размеры и осложненность первичных кист. Из 236 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза отмечен у 31 (13,1%) больного, при этом в группе пациентов, оперированных в 2005-2008 гг., этот показатель достигает 27,2%. В последующем благодаря применению вышеперечисленных инноваций и мер профилактики заболевания частоту рецидивов заболевания удалось снизить в группе сравнения до 7,3%, а в основной группе до 1,3% (таб. 1).

Таблица 1. Сравнительный анализ локализации рецидивных кист

Локализация рецидивной кисты		Группа больных						Всего, n=236	
		контрольная, n=92		сравнения, n=68		основная, n=76			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
У больных солитарным эхинококкозом печени									
В оперированной доле	Рецидив в области первичной локализации	2	11,8	-	-	-	-	2	10,0
	Рецидив в соседнем сегменте	9	52,9	2	66,7			11	55,0
В контралатеральной доле		5	29,4	1	33,3			6	30,0
Имплантационный эхинококкоз брюшной полости		1	5,9	-	-	-	-	1	5,0
Всего		17	100	3	100	-	-	20	100
У больных с множественным эхинококкозом печени									
В оперированной доле		4	50,0	2	100,0	-	-	6	54,5
В контралатеральной доле		2	25,0	-	-	1	100,0	3	27,3
Имплантационный эхинококкоз брюшной полости		1	12,5	-	-	-	-	1	9,1
В легких		1	12,5	-	-	-	-	1	9,1
Всего		8	100	2	100,0	1	100,0	11	100
Всего		25	100	5	100	1	100	31	100

Выводы: Применение внедренного комплекса лечения способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений с 13,1 до 4,3%, сокращению продолжительности хирургического вмешательства, уменьшению сроков стационарного лечения в два раза.

Только за счет интраоперационной обработки остаточной полости глицерином комнатной температуры удалось снизить частоту рецидива эхинококкоза с 27,2 до 7,3%, а применение горячего глицерина в сочетании с послеоперационной химиотерапией позволило случаи рецидива свести к нулю.

Применение противорецидивной химиотерапии в послеоперационном периоде производными бензимидазольных карбаматов (альбендазол) в дозе 5-7 мг/кг/сут в течении 4 недель явилось эффективной профилактической дозой, без токсического действия.

Список литературы

1. *Ахмедов Р.М., Муаззамов Б.Б., Шарипова Ш.У., Хикматов Ж.С.* Множественный и сочетанный эхинококкоз как причина рецидивов // Хирургия Узбекистана, 2016. № 3. С. 15-16.
2. *Ахмедов Р.М., Хамдамов Б.З., Мирходжаев И.А., Очилов У.Б.* Хирургия осложненного эхинококкоза // Бухара, 2016. “Дурдона” нашриёти. 180 с.
3. *Ахмедов Р.М. и др.* Рецидивный эхинококкоз и пути его профилактики // Хирургия Узбекистана, 2008. № 1. С. 12.
4. *Ахмедов Р.М. и др.* Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии печени // Наука молодых –Eruditio Juvenium, 2016. № 2. С. 98-104.
5. *Давлатов С.С., Марданов Ж.Н., Узокова О., Мамадаминова М.* Миниинвазивная хирургия и химиотерапия эхинококкоза легких // Сборник научных трудов одарённых студентов СамМИ. 29 мая 2009 г. С. 94.
6. *Давлатов С.С.* Миниинвазивная хирургия и химиотерапия эхинококкоза легких // 1 съезд хирургов Урала (сборник тезисов) 26-27 ноября 2015 г. Челябинск. Журнал «Непрерывное медицинское образование и наука», 2015. Т. 10. № 3. С. 13-14.
7. *Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Азимов Р.Р.* Исследование морфологических модификаций эхинококкоза печени // Проблемы биологии и медицины, 2015. № 4. (85). С. 43-44.
8. *Курбаниязов З.Б., Мамаражабов С.Э., Давлатов С.С., Бобоназаров С., Бакаев А.Б.* Миниинвазивная хирургия и химиотерапия эхинококкоза легких // Проблемы биологии и медицины, 2014. № 3 (79). С. 51-52.
9. *Давлатов С.С.* Миниинвазивная хирургия и химиотерапия эхинококкоза легких // 1 съезд хирургов Урала (сборник тезисов) 26-27 ноября 2015 г. Челябинск. Журнал «Непрерывное медицинское образование и наука», 2015. Т. 10. № 3. С. 13-14.
10. *Курбаниязов З.Б., Азимов Р.Р., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Анализ иммунной системы больных эхинококкозом // Проблемы биологии и медицины, 2015. № 4. (85). С. 86-87.

11. Курбаниязов З.Б., Мамаражабов С.Э., Азимов Р.Р., Рахманов К.Э., Мардонов Б.А. Роль химиотерапии после эхинококкэктомии из печени // Проблемы биологии и медицины, 2014. №3 (79). С. 52-53.
12. Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Курбаниязова Ф.З., Аззамов Ж.А., Олимжонов Ф.О. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза легких // Актуальные вопросы современной пульмонологии материалы V республиканской научно-практической конференции с международным участием. Махачкала. 29 марта 2018. С. 107-110.
13. Мирходжаев И.А., Хикматов Ж.С., Нуритов А.И. Изучение основных сывороточных цитокинов у больных эхинококкозом печени. «Современные технологии и интенсивной терапии» // Научная статья. Саранск, 2015. 137-139.
14. Мирходжаев И.А., Шарипов У.Б., Хикматов Ж.С. Минимально инвазивные методы в лечении эхинококкоза печени // Ж: Анналы хирургической гепатологии. 2015. № 2. С. 122-123.
15. Мирходжаев И.А., Иноятлов Х.Х., Норов Ф.Х. Оптимизация методов хирургического лечения множественных и рецидивных форм эхинококкоза печени // Электронный научный журнал: Биология и интегративная медицина, 2016. № 1. С. 28-33.
16. Мирходжаев И.А., Комилов С.О., Юлдашев У.Х. Хирургическое лечение эхинококка печени, легких на фоне беременности при пожилого и старческого возраста // Проблемы биологии и медицины, 2019. № 4,2(115). С. 80-83.
17. Муаззамов Б.Б. Малоинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени // Проблемы биологии и медицины, 2017. № 2.1 (95). С. 36-37.
18. Муаззамов Б.Б., Шарипов И.И. О проблеме лечения множественного и рецидивного эхинококкоза внутренних органов // Вопросы науки и образования (науч.-теоретич. электрон. журн.), 2018. № 13. С. 86-88.
19. Назыров Ф.Г., Шамсиев А.М., Эшонхожаев О.Д., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени // Неонатология, хирургия и перинатальная медицина. Медицинский научно-практический журнал, 2018. Том VIII. №3(29). С. 39-43.
20. Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Арзиев И.А., Умиров Х.А., Аззамов Ж.А. Значение химиотерапии в профилактике рецидива эхинококкоза легких // Материалы научно-практической конференции с международным участием «Паразитарные и инфекционные болезни в краевой патологии центрально-азиатского региона». Самарканд 14-15 июня 2018 г. С. 72-73.
21. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Роль морфологических модификаций в лечении эхинококкоза печени // XI Международная Пироговская научная конференция, Москва, 2016. С. 389-390.

22. *Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени // Материалы XXIV Международного конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Санкт-Петербург, 19-22 сентября 2017 г. С. 230.
23. *Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Химиотерапия в профилактике рецидива эхинококкоза печени // XI межрегиональная научно-практическая конференция. 26 марта 2016 года, г. Ростов-на-Дону. С. 137-138.
24. *Шамсиев А.М., Рахманов К.Э., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С.* Дифференцированный хирургический подход к лечению эхинококкоза печени // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. № 3. 2016. С. 128-130.
25. *Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С., Жураева Ф.Ф.* Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени // European Science, 2017. № 7 (29). С. 49-54.
26. *Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Оптимизация методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Медицинский журнал Узбекистана. № 1, 2016. С. 45-48.
27. *Шамсиев А.М. и др.* Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени // Проблемы современной науки и образования, 2017. № 37 (119). С. 75-79.
28. *Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Дифференцированная лечебная тактика в хирургии эхинококкоза печени. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2020; 177(5): 72–77. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-177-5-72-77.
29. *Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Особенности диагностики и лечения морфологических модификаций эхинококкоза печени // Медицинский журнал Узбекистана. № 2, 2016. С. 13-16.
30. *Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Эхинококкоз печени: частота встречаемости, патогенез, классификация, диагностика и лечение (Обзор литературы). / Клінічна та експериментальна патологія, 2018. Т. 17. № 3 (65). С. 126-133.
31. *Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Курбаниязов З.Б., Эшкobilов Т.Ж., Орипов Ф.С., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Экспериментально-морфологическое обоснование эффективности применения альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза после операции // Клінічна та експериментальна патологія, 2018. Т. 17. № 3 (65). С. 102-108.
32. *Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С.* Современные аспекты морфологии, диагностика рецидивного эхинококкоза печени // Проблемы биологии и медицины, 2015. № 3. (84). С. 191-196.
33. *Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э.* Коррекция дозы альбендазола после эхинококкэктомии из печени. Детская хирургия,

2020; 24(1): 16-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1560-9510-2020-24-1-16-20>.

34. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Дифференцированная лечебная тактика в хирургии эхинококкоза печени. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, 2020; 177(5): 72–77. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-177-5-72-77.
35. Shamsiev J.A., Rakhmanov K.E., Kurbaniyazov Z.B., Davlatov S.S., Jumanov B.A., Suyarova Z.S. Differentiated surgical approach in treatment of echinococcosis of the liver// International Journal of Academic Research and Development. Volume 2; Issue 4; July, 2017. P. 78-80.
36. Shamsiyev A., Shamsiyev J., Kurbaniyazov Z., Rakhmanov K., Davlatov S. Optimization of surgical treatment of liver echinococcosis // International Journal of Medicine Research Impact Factor: RJIF 5.42 Vol. 2; Issue 5; September, 2017. P. 01-03.
37. Shamsiyev A.M., Shamsiyev J.A., Kurbaniyazov Z.B., Rakhmanov K.E., Davlatov S.S. Development of surgical treatment of echinococcosis of the liver (Literature review). // Modern innovation, 2017. № 10 (24). P. 45-49.
38. Shamsiyev A., Shamsiyev J., Kurbaniyazov Z., Rakhmanov K., Davlatov S. Optimization of surgical treatment of liver echinococcosis // International Journal of Medicine Research Impact Factor: RJIF 5.42. Vol. 2; Issue 5; September, 2017. P. 01-03.