

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Эгамов С.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Аннотация

Авторы проанализировали результаты хирургического лечения 125 больных эхинококкозом печени поддиафрагмальной поверхности.

Поражение правой доли диагностировано у 84 (67,2%) больных. При этом, наиболее частая локализация ЭК отмечалась в VIII сегменте - 56 (44,8%). Левая доля печени была поражена у 26 (20,8%) больных, при этом поражение II сегмента и малого таза у 10 (8%), поражение I сегмента диагностировано у 16 больных. Поражение обеих долей (VIII-I-II) сегментов диагностированы в 15 (12%) случаях. Авторы делают заключения, что оптимальный хирургический доступ дает возможность проведения адекватной операции на задней поверхности печени и приоритетным считают выполнение органосохраняющих операций.

Ключевые слова: поддиафрагмальный эхинококкоз печени, трудная локализация, обработка остаточной полости.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИДА ХУСУСИЯТЛАРИ

Эгамов С.Ш.

Андижон давлат тиббиёт институти

Аннотация

Муаллифлар диафрагма ости жойлашувидаги жигар эхинококкози билан касалланган 125 та беморни жаррохлик даволаш натижаларини тахлил қилганлар. Жигарнинг ўнг бўлаги зарарланиши 84 та (67,2%) беморда аниқланган. Шу билан бирга эхинококк кисталарининг энг кўп локализацияси 56 та (44,8%) беморда жигарни VIII сегментида қайд этилди.

Жигарнинг чап бўлаги зарарланиши 26 та (20,8%) беморда аниқланган бўлса, булардан 10 та (8%) беморда жигарнинг II сегменти ва кичик тос бўшлиғи зарарланиши, 16 та беморда I сегмент зарарланиши аниқланган.

Хар иккала бўлакнинг (VIII-I-II) сегменталари зарарланиши 15 та (12%) ҳолатда таъхис қўйилган. Муаллифларнинг таъкидлашича, оптимал жаррохлик йўлини танлаш, жигарнинг орқа юзасида адекват ташрих ўтказиш имконини беради ва шу билан биргаликда муаллифлар аъзоларни сақлаш ташрихларини биринчи ўринга қўяди.

Калит сўзлар: диафрагма ости жигар эхинококкози, қийин жойлашув, қолдиқ бўшлиқга ишлов бериш.

CHARACTERISTICS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS IN SURGICAL PRACTICE

Egamov S.Sh.

Andijan state medical institute

Abstract

The authors analyzed the results of surgical treatment of 125 patients with echinococcosis of the liver of the subphrenic surface.

The lesion of the right lobe was diagnosed in 84 (67.2%) patients. At the same time, the most frequent localization of EC was noted in segment VIII - 56 (44.8%). The left lobe of the liver was affected in 26 (20.8%) patients, while the lesion of the II segment and the small pelvis in 10 (8%), the lesion of the I segment was diagnosed in 16 patients. The defeat of both lobes (VIII-I-II) of the segments was diagnosed in 15 (12%) cases. The authors conclude that the optimal surgical access makes it possible to carry out an adequate operation on the posterior surface of the liver and consider performing organ-preserving operations a priority.

Keywords: subphrenic echinococcosis of the liver, difficult localization, treatment of the residual cavity.

Актуальность. Эхинококкоз, являющийся тяжелым паразитарным заболеванием, продолжает оставаться серьезной социально-медицинской проблемой во многих странах мира [1, 3, 7, 9, 10, 13, 15]. Распространение паразита происходит не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения, что связано в значительной степени с санитарным состоянием и санитарной культурой населения [1, 2, 5, 6, 8, 13, 15]. Одним из часто встречаемых локализаций эхинококковых кист (ЭК) является VII, VIII и II сегменты печени, что ввиду локализации во время вмешательств создает свои технические трудности [4, 8, 13, 14]. Поддиафрагмальный эхинококкоз печени является самым трудным для диагностики, трудно поддается обзору, что приводит к затруднениям во время операции [4, 12].

Цель работы. Улучшить результаты оперативного лечения эхинококкоза печени трудной (поддиафрагмальной) локализации.

Материалы и методы. За последние годы в клинике общей хирургии АндГосМИ выполнено 125 оперативных вмешательств по поводу эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации. Возраст больных колебался от 16 до 70 лет.

В установлении правильного диагноза большое значение имеет комплексное обследование больных, основанная на выявлении жалоб, данных клинического осмотра, включая клинические анализы крови и

мочи, биохимических в сочетании ультразвукового исследования (УЗИ) и мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ). В случае затруднения установления диагноза применяли диагностическую лапараскопию.

Наиболее часто больные отмечали тяжесть в правом подреберье - 112 чел., боли - 108 чел. При этом боли были не только в правом подреберье, но и в грудной клетке и усиливающиеся при глубоком вдохе, быстрой ходьбе и физической нагрузке.

Из поддиафрагмальных сегментов поражение правой доли диагностировано у 84 (67,2%) больных. При этом, наиболее частая локализация ЭК отмечалось в VIII сегменте - 56 (44,8%). Из 84 больных поражение VII-VIII и большого сальника у 13 (10,4%), у 2 (1,6%) из них кисты локализовались в селезенке, у 15 (12%) диагностировали диссеминацию в большой и малый сальник. Левая доля печени была поражена у 26 (20,8%) больных, при этом поражение II сегмента и малого таза у 10 (8%), поражение I сегмента диагностировано у 16 больных. Поражение обеих долей (VIII-I-II) сегментов диагностированы в 15 (12%) случаях. Причем у 21 (16,8%) больного было две и более кист.

Наиболее частыми осложнениями явились обызвествление (10,4%) и нагноение (4,8%), а также сочетание нагноения паразитарной кисты с обызвествления ее стенки (4%).

Результаты. Выбор оптимального хирургического доступа и метода оперативного вмешательства определяли индивидуально в зависимости от состояния больного, характера изменений паразитарной кисты, от расположения эхинококковой кисты и наличие осложнений, которое обеспечивало адекватное проведение операции.

Все 125 больных, были подвергнуты к оперативному лечению, у которых выполнены различные варианты эхинококкэктомии.

Мы в основном придерживались тактики щадящих и органосохраняющих методов операции.

Оптимальным доступом является торако-абдоминальный, позволяющий хорошо исследовать полость фиброзной капсулы, ушить желчные свищи и ушить полость. Но этот доступ более травматичный, поэтому мы в своей работе использовали его всего 2 раза. Показанием к этому доступу служило высокое стояние диафрагмы и обширные сращения между диафрагмой и кистой и наличие 2 и более кист.

Из разреза в правом подреберье параллельно реберной дуге, т.е. косой правый подреберный доступ, с сохранением прямой мышцы живота оперировано 23 (18,4%) больных. У 64 больных (51,2%)

выполнен верхнесрединный разрез с рассечением круглой и серповидной связок печени, который обеспечивал оптимальный доступ к кистам VII-VIII. В 18 (14,4%) случаях при поражении сегментов печени и органов малого таза выполнен раздельный доступ (верхне-нижнесрединный, над и ниже пупком остается по 5 см брюшной стенки) или же раздельный (косой правоподреберный + нижнесрединный). (Рац. пред. №4364 от 30.09.2019 г и №115 от 07.03) удаление кист из печени сочеталось с эхинококкэктомией из брюшной полости. При одновременном поражении VIII-I-II сегментов печени и селезенки, предпочтение отдается верхнесрединному разрезу с использованием ретрактора Сигала примененный у 20 (16%) больных.

Наибольшие трудности возникали при ликвидации полости фиброзной капсулы. В основном использованы 4 типов операций: закрытая – у 25, открытая – у 33, полузакрытая - 22, при множественном поражении ЭК в печени и органах брюшной полости, нами применялись сочетание различных способов ликвидации эхинококковых кист, т.е. комбинированные методы операций – у 29 (%) больных, когда число паразитарных кист было два и более. При краевом расположении ЭК независимо от её диаметра выполняли ИЭЭ в виде вылушивания ФК – у 8; краевую резекцию с удалением ФК – у 6 и гемигепатэктомию при поражении всей или почти всей доли печени- у 2.

При больших и осложненных ЭК были использованы дренирование по типу «проточной системы» для промывания антисептиками и своевременного извлечения экссудата, а также сквозное дренирование двух близко расположенных ОП (удостоверение на рац. предложение № №45 от 18.05.2009).

В практике нашей клиники разработан и внедрен новый комплексный метод антипаразитарной обработки остаточных полостей (№ IAP 04368 ПВРУз): последовательно обрабатывали 2%-ным формалином, горячим фурациллином (70⁰-75⁰С), 96% спиртом, 5%-ной йодной настойкой и при доступности и при малых (4-5см) размерах эхинококковых кист, производили электрокоагуляцию внутренней поверхности фиброзной капсулы.

В до- и послеоперационном периодах всем больным проводили антипаразитарную терапию препаратом «Альбендазол» по разработанной в клинике схеме (удостоверение на рац. предложение №942): по 12 мг/кг 2 раза в день в дооперационном периоде, а в послеоперационном - начиная с 3-х суток - по 10 мг/кг в день в течение 28 дней в сочетании с препаратом «Гепамерц».

Послеоперационные осложнения наблюдались у 8 (6,4%) больных: нагноение остаточной полости - 1, поддиафрагмальный абсцесс - 1, желчный свищ – 1, нагноение послеоперационной раны – 2. У 1 больного выявлен рецидив эхинококкоза печени.

Выводы.

1. Поддиафрагмальная локализация эхинококкоза печени отличается большим многообразием симптомов заболевания, проявление которых зависит от размеров кист и наличия осложнений и все же на фоне общих симптомов (слабость, утомляемость, снижение аппетита, потеря веса тела) для 7-8 сегментов печени характерна боль в правом подреберьи, усиливающаяся при глубоком вдохе, кашле, физической нагрузке, и высокое стояние диафрагмы, определяемое перкуссией, а для 1 и 2 сегментов более характерна боль в эпигастрии.
2. Оптимальный хирургический доступ дает возможность проведения адекватной операции на задней поверхности печени. Использование раздельного доступа создает наилучшие условия для оперативного вмешательства при множественных поддиафрагмальных кистах печени и органов брюшной полости.
3. Считаем, что при выполнении эхинококкэктомии необходимо учитывать такие моменты операции, как в отношении к фиброзной капсуле, с оставлением последней, частичным или тотальным ее удалением; а также отношение к остаточной полости, когда производится ликвидация ее одним из способов или адекватное дренирование при соответствующих показаниях.

Использованная литература:

1. Абдуллоев и др. Гигантская эхинококковая киста брюшной полости // Эндоскопическая хирургия. - М., 2016. – Т.22. - №1. - С. 64-66.
2. Акилов Х.А., Ортиков Б.Я., Акбаров И.М. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза редких локализаций // Хирургия Узбекистана 2008. - №3 -С.7.
3. Анваров Х. Э. Особенности диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений: научное издание // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2017. - Том 10 №1. - С. 97-103.
4. Айтназаров М. С. Особенности клиники, диагностики и оперативного лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной

- локализации: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Бишкек. - 2008. - 21 с.
5. Нишанов Х.Т. и др. Выбор способа хирургического лечения эхинококкоза печени: научное издание // Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2017. - Том X N2. - С. 31-35.
 6. Хакимов М. Ш. и др. Выбор тактики при хирургическом лечении эхинококкоза печени: научное издание // Вестник Ташкентской Медицинской Академии / Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Ташкентская Медицинская Академия. - Ташкент: Ташкентская Медицинская Академия. - 2019. - N 2. - С. 127-131.
 7. Касыев Н.Б., Айтназаров М.С., Нурбекова А.Н. Современные подходы к лечению эхинококкоза печени. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2016. № 3. С. 68-71.
 8. Мирходжаев И.А., Иноятлов Х.Х., Норов Ф.Х. Оптимизация методов хирургического лечения множественного и рецидивных форм эхинококкоза печени. Биология и интегративная медицина. 2016. № 1. С. 20-27.
 9. Назыров Ф. Г., Икрамов А.И.и др. Пункционный метод лечения эхинококкоза печени - за и против : научное издание // Материалы XXII международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ "Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии"(7-9 сентября 2015г.). - Ташкент, 2015. - С. 125-126
 10. Панфилов К.А. Выбор способа хирургического лечения гидатидного эхинококкоза печени // Автореф. дис.канд. мед.наук Самара. - 2019. - 24 с.
 11. Собиров А.Д. Клиника, диагностика и хирургическое лечение поддиафрагмального эхинококкоза печени // Автореф. дис.канд. мед.наук Душанбе - 2015. - 24 с.
 12. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза / М.: Издательство «Династия», - 2016. - 288 с.: ил.
 13. Amarir FE, Saadi A, Marcotty T, Rhalem A, Oukessou M, Sahibi H, Obtel M, Bouslikhane M, Sadak A, Kirschvink N. [Cystic Echinococcosis in Three Locations in the Middle Atlas, Morocco: Estimation of the Infection Rate in the Dog Reservoir](#). Vector Borne Zoonotic Dis. 2020 Feb 20.
 14. Butt A, Khan JA. [Cystic echinococcosis: a 10-year experience from a middle-income country](#). Trop Doct. 2019 Dec 5:49475519891338.