

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

А.С. Толстоколов – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой хирургии ФПК и ППС, доктор медицинских наук, профессор; **Ю.С. Гергенретер** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. Разумовского Росздрава, аспирант кафедры хирургии ФПК и ППС.

SURGICAL TACTICS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH HYDATID LIVER DISEASE

A.S. Tolstokorov – Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Surgery of Raising Skills Faculty, Professor, Doctor of Medical Science; **Yu.S. Gergenreter** – Saratov State Medical University n. a. V.I. Razumovsky, Department of Surgery of Raising Skills Faculty, Post-graduate.

Дата поступления – 30.09.09 г.

Дата принятия в печать – 27.10.09 г.

А.С. Толстоколов, Ю.С. Гергенретер. Хирургическая тактика у больных эхинококкозом печени. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 4, с. 626-629.

На основании анализа историй болезни 327 пациентов с эхинококкозом печени (ЭП) разработана тактика хирургического лечения с учетом оптимального доступа в зависимости от локализации кисты; определены показания для декомпрессии желчных путей, в том числе и с применением эндоскопической техники.

Ключевые слова: эхинококкоз, эхинококкэктомия, ЭРПХГ, папиллосфинктеротомия.

A.S. Tolstokorov, Yu.S. Gergenreter. Surgical Tactics In Treatment Of Patients With Hydatid Liver Disease. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, № 4, p. 626-629.

The analysis of 327 case histories of patients with hydatid liver disease has been performed to find out the optimal surgical access according to the cyst location. Indications for biliary tracts decompression with the use of endoscopic technique have been determined.

Key words: hydatid disease, hydatidectomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, endoscopic decompression, papillosphincterotomy.

Эхинококкоз – это опасное природно-очаговое паразитарное заболевание домашних животных и людей, встречающееся спорадически и эндемически. К эндемичным по эхинококкозу районам относятся и Среднее Поволжье.

Эхинококкоз включен ВОЗ в список болезней, требующих радикального искоренения. Проблема эхинококкоза остается актуальной, поскольку заболевание достаточно распространено, а вопросы лечения остаются дискуссионными.

Среди поражений эхинококкозом различных органов и тканей частота поражения печени составляет 44–84 % [1, 2].

Распространенность эхинококкоза в Саратовской области составляет 1.77 на 100000 жителей, в Российской Федерации 0.39 на 100000 жителей (2008 г.). Заболеваемость эхинококкозом в области в 4 раза превышает уровень заболеваемости в Российской Федерации. Проблема хирургического лечения эхинококкоза печени по-прежнему сохраняет свою актуальность во многих регионах России.

В клинике хирургии ФПК и ППС, располагающейся на базе Саратовской областной клинической больницы, с 1997 по 2004 г. оперировано 483 больных эхинококкозом, у 327 из них диагностирован ЭП.

Трудности эффективного хирургического лечения обусловлены отсутствием общепризнанного оптимального варианта лечения в зависимости от локализации кисты, состояния фиброзной капсулы и отсутствием единого взгляда на методики обработки фиброзного ложа после унесения кисты [3,4]. Совершенствование современных методов диагностики и внедрение новых высокотехнологических способов хирургического лечения не дало ожидаемых резуль-

татов. Среди хирургов нет единого мнения об объеме операций при эхинококкозе печени, осложненного поражением желчных протоков.

По-прежнему частыми остаются послеоперационные осложнения в виде сохранения остаточных полостей, их нагноения, развития холангита, длительного желчеистечения, нередко с формированием наружного желчного свища и рецидива заболевания [5]. Главной причиной развития этих осложнений является неадекватная обработка фиброзной капсулы кисты и ее капитонаж. Для повышения эффективности этих ключевых этапов операции очень важно пред- и интраоперационное выявление желчных протоков, открывающихся в полость кисты [6,7].

Цель исследования – определение способов улучшения непосредственных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени, разработка наиболее рациональной тактики хирургического лечения.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ историй болезни 327 больных. В основную группу вошли 152 пациента. Среди них 85 женщин и 67 мужчин. Поражение правой доли было выявлено – у 102 пациентов, левой – у 14, поражение обеих долей – у 11 пациентов, у 24 пациентов было сочетанное поражение печени и других органов. Показания к операции и выбор оптимального доступа у них производились с учетом локализации кисты характера осложнений. Выбор доступа зависел от топического расположения кисты. При локализации кист в втором и третьем сегментах эхинококкэктомии осуществляли из верхне – срединного доступа (28), при поражении первого, четвертого, пятого, шестого сегментов – из подреберного (84), при расположении их в седьмом и восьмом сегментах выполняли торакотомию с диафрагмотомией (23). У одного пациента выполнен комбинированный доступ (торакотомия, лапаротомия), учитывая эхинококковое поражение левого легкого и правой доли

Ответственный автор: **Толстоколов Александр Сергеевич**
410056, г. Саратов, ул. Рахова, д. 98/106, кв. 22,
тел.: (8452) 50-02-03; 8-927-220-80-36
E-mail: hirurgiyafpk@mail.ru

печени. Гигантские кисты, множественные кисты обеих долей печени в 9 случаях потребовали поперечной лапаротомии или тотальной срединной лапаротомии. Лапароскопическая операция выполнена пяти больным. Одному пациенту проведена видеоторакокопическая операция при эхинококкозе правого легкого и правой доли печени.

Алгоритм диагностики включал в себя клинико-лабораторные обследования, ультразвуковое исследование печени, компьютерную томографию, рентгенографию грудной клетки, ЭРПХГ. Нескольким больным (10) выполнена ЯМРТ печени. Данный комплекс обследований позволял получить точную сегментарную локализацию кист, их размеры, количество и признаки осложненного течения болезни, такие как механическая желтуха, нагноение кисты, связь кисты с желчными протоками и прорыв кисты в билиарную систему. В сложных диагностических случаях с целью дифференциальной диагностики эхинококкоза и рака печени у 3 больных было проведено ангиографическое исследование. Только полученная в полном объеме информация позволяла решить тактические вопросы предстоящего хирургического вмешательства.

В группе сравнения – 175 больных. Из них 103 женщины, 72 мужчины. В данной группе поражение правой доли было у 126 пациентов, левой – у 22, поражение обеих долей – у 12 пациентов, сочетанное поражение печени и других органов в 15 случаях. Основной оперативный доступ в данной группе пациентов – правый подреберный, ЭРПХГ с целью дообследования выполнялась лишь при наличии желтухи.

Результаты исследования. Ключевым моментом, позволяющим снизить вероятность развития послеоперационных осложнений, считаем определение наиболее рационального хирургического доступа и своевременное выявление цистобилиарных свищей (ЦБС).

Одним из самых тяжелых осложнений ЭП является прорыв содержимого кисты в желчные протоки, оно встречается в 6–63% наблюдений [2,8,9,10]. Согласно нашему исследованию, данное осложнение имело место у 73 человек, что составило 22,3%.

Клиническая картина попадания содержимого эхинококковой кисты в желчные протоки обусловлена диаметром ЦБС и уровнем его прорыва в билиарный тракт.

В зависимости от выраженности клинической картины выделяем три степени проявления ЦБС. Первая степень диагностирована у 22 больных (6,7%) с выраженной механической желтухой и холангитом, которые возникли вследствие прорыва содержимого кисты в крупные долевыми печеночными протоками. У всех больных этой группы выявлены признаки печеночной недостаточности с выраженной интоксикацией, болевым синдромом, ознобом, гипертермией.

Вторая степень выявлена у 23 пациентов (7%). У данной группы больных преобладали симптомы воспаления, обусловленные образованием ЦБС с сегментарным протоком, нагноением эхинококковой кисты, развитием холангиогенных абсцессов.

К третьей степени нами отнесены 28 больных (8,6%), у которых не было клинических проявлений сообщения эхинококковой кисты с желчными протоками, что объяснялось малым размером перфоративного отверстия (не более 1,5 мм) и, как правило, сохранением целостности хитиновых оболочек.

В основной группе было 29 больных с различной степенью проявлений прорыва кисты (8 больных с

выраженной механической желтухой и холангитом, 11 больных с воспалительными проявлениями ЦБС и 10 больных с легкой клиникой этого осложнения). Диагностический алгоритм у больных этой группы включал в себя клинико-лабораторные, ультразвуковые, рентгенологические и эндоскопические методы обследования. Особое место имели УЗИ и компьютерная томография, уточняющие локализацию, размеры, характер содержимого кисты, ее отношение к окружающим органам крупным сосудам и протокам печени. ЭРПХГ использовали у всех больных, при этом у 25 человек ЦБС выявлен до операции.

У больных основной группы тактика и объем лечебных мероприятий зависел от степени поражения желчных протоков. Для лечения больных с первой степенью связи с желчными протоками применяем трехэтапную тактику проведения лечебных мероприятий. Первый (дооперационный) этап включает в себя методы, направленные на декомпрессию билиарного тракта и лечение острого холангита. Всем больным после ЭРПХГ выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), и у 7 из них удалось извлечь фрагменты хитиновой оболочки из общего желчного протока. Шести больным после ЭПСТ и удаления хитиновых оболочек выполняли назобилиарное дренирование желчных путей с осуществлением санации желчных протоков и введением антибиотиков.

Второй этап лечения – открытое оперативное вмешательство с определением наиболее рационального доступа, обеспечивающим оптимальную обработку полости кисты. На основных этапах операции (торако-френо-лапаротомия, лапаротомия, цистотомия, иссечение фиброзной капсулы, гемо и холестаза) использовали аргонусиленную электрокоагуляцию.

У всех 22 больных была произведена эхинококкэктомия. Для антипаразитарной и антибактериальной обработки полости кисты использовали 80 – 100% глицерин или 3 % раствор перекиси водорода. Наш опыт, а также литературные данные показывают, что глицерин или раствор перекиси водорода оказывают быстрое губительное действие не только на протосколексы, но и на ацефалоцисты гидатидозного эхинококка, при этом оболочки живых эхинококковых кист непроницаемы для этих веществ, что исключает их токсическое воздействие на организм. Свищевое отверстие ушивали со стороны фиброзной капсулы атравматическим шовным материалом. С целью максимального уменьшения остаточной полости иссекали фиброзную капсулу по границе с неизменной тканью печени с последующим ее капитонажем или ушиванием с подворачиванием стенки кисты в ее полость. Капитонаж остаточной полости осуществлялся преимущественно вертикальными кисетными швами, позволяющими равномерно сблизить стенки фиброзной капсулы, не препятствуя отделению экссудата. Швы накладывались несколькими рядами, вдоль печеночных протоков по стенке фиброзной капсулы до дна и по противоположной стороне в обратном направлении до закрытия остаточной полости.

У 2 больных с признаками нагноения полости кисты была произведена открытая эхинококкэктомия, у 2 полузакрытая с капитонажем остаточной полости на тонком дренаже, остальным больным была выполнена закрытая эхинококкэктомия с дренированием брюшной полости.

У 8 пациентов эхинококкэктомия была дополнена дренированием билиарного тракта, учитывая выра-

женные явления холангита. Дренирование холедоха по Вишневному выполнено у 4 больных, по Керу – у 2 больных, отдельное дренирование правого и левого печеночных протоков у 2 больных.

Третьим этапом лечения являлась медикаментозная коррекция в послеоперационном периоде, направленная на коррекцию гипербилирубинемии, бактериальных осложнений.

Больным со второй степенью цистобилиарных свищей при наличии холангиогенных абсцессов и нагноения эхинококковой кисты производилась открытая (16) и полузакрытая (7) эхинококкэктомия с вскрытием и дренированием холангиогенных абсцессов (2), лечение производилось в один этап, как и у больных с третьей степенью проявления ЦБС. В последние годы кроме перечисленных методов диагностики поражений желчных протоков при ЭП стали использовать метод хроматической интраоперационной визуализации цистобилиарных свищей путем пункционного введения в билиарный тракт водного раствора метиленовой синьки, что позволило у 5 больных обнаружить мелкие (диаметром до 1,5 мм) цистобилиарные свищи во время операции.

Обсуждение. Итак, больным со второй и третьей степенью ЦБС производилось одноэтапное лечение, которое заключалось во вскрытии, санации и антипаразитарной обработке остаточной полости, ликвидации желчного свища со стороны фиброзной капсулы методом электрокоагуляции или ушивания атравматическим шовным материалом и ликвидации остаточной полости.

При длительном желчеистечении в послеоперационном периоде (более 5 суток), которое отмечено у 6 больных основной группы, выполняли ПСТ, на фоне чего желчеистечение прекратилось на 6–7сутки.

В основной группе у 107 больных эхинококкоз был неосложненный, им были выполнены закрытые эхинококкэктомии (89), из них 5 лапароскопически, резекция печени (1), идеальная эхинококкэктомия (8), у 14 полузакрытая эхинококкэктомия. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 27 больных (17,76%). Среди больных основной группы поступили и лечились с рецидивными кистами 29 пациентов (23,01%). У 10 больных были диагностированы редкие осложнения ЭП в виде прорыва кисты в брюшную и плевральную полости, некроза диафрагмы и др. (табл.1). Летальный исход зафиксирован у трех пациентов основной группы, что составило 1,97%.

Из 175 больных ЭП группы сравнения отмечено 64 случая осложненного течения (36, 6%). У 87 из них была выполнена закрытая эхинококкэктомия, у 17 – полузакрытая и у 71 пациента – открытая эхинококкэктомия. С рецидивными кистами поступили 46 человек (26,28%). Летальность в группе сравнения – 4 человека, что составило 2,28%. В послеоперационном периоде у больных ЭП развились осложнения (табл. 2).

При анализе выявлено, что развитие послеоперационных осложнений в виде остаточных полостей, длительного желчеистечения связано, в первую очередь, с неадекватностью оперативного доступа, неэффективным капитонажем и неполной ревизией полости кисты. Совершенствование методов диагно-

Таблица 1

Характер выявленных осложнений у пациентов с эхинококкозом печени

Осложнения	Основная группа		Группа сравнения	
	n = 152	%	n = 175	%
Прорыв эхинококковой кисты в плевральную полость	2	1,3	1	0,57
Некроз диафрагмы	1	0,66	-	-
Цистобилиарные свищи первой степени	8	5,3	14	8
Цистобилиарные свищи второй степени	11	7,2	12	8
Цистобилиарные свищи третьей степени	10	6,6	18	10,3
Прорыв кисты в брюшную полость	4	2,6	5	2,8
Экссудативный плеврит	2	1,3	1	0,57
Нагноение эхинококковой кисты	6	4	11	6,3
Прорыв в трахеобронхальное дерево	1	2,8	-	-
Всего	45	29,6	64	36,6

Таблица 2

Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных обеих групп с эхинококкозом печени

Осложнения	Основная группа		Группа сравнения	
	n = 152	%	n = 175	%
Желчеистечение	6	3,95	16	9,14
Остаточная полость	9	5,92	17	9,71
Подпеченочный абсцесс	1	0,66	3	1,72
Интраоперационная анафилактическая реакция	1	0,66	-	-
Гепатоплевральный и брюшноплевральный свищи	1	0,66	-	-
Эмпиема плевры	2	1,32	3	1,72
Нагноение послеоперационной раны	7	4,6	10	5,71
Всего	27	17,76	49	28,0

стики и хирургической тактики позволило нам снизить количество послеоперационных осложнений в виде остаточных полостей на 10,24 %.

Заключение. Таким образом, проблема профилактики развития осложнений после эхинококкэктомии может быть решена путем полноценной дооперационной диагностики, включающей в себя полный комплекс клинического, лабораторного и инструментального обследований. Выбор наиболее рационального хирургического доступа у каждого больного позволяет выполнить тщательный визуальный контроль, уточнить конфигурацию кисты, ее связь с протоками и ликвидировать их. Надежный капитонаж остаточной полости вертикальными швами и декомпрессия путем эндоскопической папиллосфинктеротомии в до- или послеоперационном периоде позволяет добиться полноценного выздоровления больных.

Библиографический список

1. Лечение эхинококкоза печени / Р.М. Ахмедов, У.Б. Очилов, И.А. Мирходжаев, В.Ю. Маклиев // *Анналы хир. гепатол.* – 2002. – Т. 7. – №1. – С. 35–38.
2. Диагностика поражений желчных протоков при эхинококкозе печени / А.А. Мовчун, А.Г. Абдуллаев, Р.М. Агаев, В.А. Мовчун // *Хирургия.* – 2004. – № 2. – С. 28 – 32.

3. Журавлев, В.А. Гидатидный эхинококкоз печени. Вопросы хирургического лечения / В.А. Журавлев // *Хирургия.* – 2004. – № 4. – С. 51–54.

4. Агаев, Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений / Р.М. Агаев // *Хирургия.* – 2001. – № 2. – С. 32–36.

5. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский, М.А. Кахаров и др. // *Анналы хир. гепатол.* – 2002. – № 7. – С. 18–22.

6. Курбонов, К.М. Диагностика и лечение эхинококкоза печени с поражением желчных протоков / К.М. Курбонов, Х.С.Касымов // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2006. – Т. 11. – № 2. – С. 20–23.

7. Rabchev, J. Methods of detecting cystbiliary fistulas in liver echinococcosis / J. Rabchev, A. Ilieva // XX International Congress of Hydatidology. Kushadasi, Turkey. – 2001. – P. 116.

8. Абдуллаев, А.Г. Лечебная тактика при послеоперационных осложнениях у больных эхинококкозом печени с поражением желчных протоков / А.Г. Абдуллаев, Р.М. Агаев. – *Хирургия.* – 2006. – № 7. – С. 21–24.

9. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного цистобилиарным свищом / А.В. Вахидов, Ф.А. Ильхамов, Л.П. Струцкий, Т.С. Азатыян // *Хирургия.* – 1998. – № 5. – С. 15–17.

10. Surgical treatment of echinococcosis of the liver / W. Uhl, H. Loffler, A. Zimemerman et al. // *Swiss Surg.* – 1999. – № 5. – P. 126 – 132.

УДК 616.134.9-005-008.64:616.831]-07-08-089(045)

Оригинальная статья

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОМ БАССЕЙНЕ

Р.З. Лосев – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой госпитальной хирургии, профессор, доктор медицинских наук; **В.Н.Николенко** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, проректор по научной работе, заведующий кафедрой анатомии человека, профессор, доктор медицинских наук; **И.И. Шоломов** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Росздрава, заведующий кафедрой нервных болезней, профессор, доктор медицинских наук; **А.М. Хачатрян** – ГОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Росздрава, аспирант кафедры госпитальной хирургии.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH BLOOD CIRCULATION INSUFFICIENCY IN VERTEBROBASILAR BED

R.Z. Losev – Saratov State Medical University n.a. V.I.Razumovsky, Head of Department of Hospital Surgery, Professor, Doctor of Medical Science; **V.N. Nikolenko** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Pro-rector of Scientific Work, Head of Department of Human Anatomy, Professor, Doctor of Medical Science; **I.I. Sholomov** – Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Head of Department of Nervous System Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **A.M. Khachatryan** – Saratov State Medical University n.a. V.I.Razumovsky, Department of Hospital Surgery, Post-graduate.

Дата поступления – 2.10.09 г.

Дата принятия в печать – 27.10.09 г.

Р.З. Лосев, В.Н.Николенко И.И. Шоломов и соавт. Диагностика и лечение больных с недостаточностью кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне. Саратовский научно-медицинский журнал, 2009, том 5, № 4, с. 629-634.

С целью улучшения результатов лечения больных с недостаточностью кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне нами проанализированы данные обследования и лечения 182 пациентов, находившихся на лечении в клиниках госпитальной хирургии и нервных болезней в период с 1 января 2005 по 30 июня 2009 года. Методом скрининговой диагностики, а также количественной и качественной оценки кровотока являлась ультразвуковая доплерография, больным с гемодинамически значимыми поражениями сосудов проводилась также ангиография. У 87 больных причиной недостаточности кровообращения в вертебрально-базиллярном бассейне был синдром позвоночной артерии, у 95 пациентов имелись гемодинамически значимые поражения ветвей дуги аорты или интракраниальных артерий. Всем больным проведена нейро- и ангиотропная терапия, однако клиническое улучшение у большинства больных оказалось непродолжительным, более длительный эффект отмечен после дополнения консервативной терапии, по показаниям, плазмаферезом. В комплексном лечении больных вертебрально-базиллярной недостаточностью на фоне дегенеративных заболеваний позвоночника в 116 и 69 случаях проводилась химическая десимпатизация позвоночной артерии в III сегменте в виде новокаиновой и спирт-новокаиновой блокад соответственно, 15 пациентам выполнена хирургическая десимпатизация. Хирургические вмешательства выполнены 62 из 95 больных с гемодинамически значимой патологией в вертебробазиллярной зоне, в большинстве случаев потребовались реконструктивные операции, сочетанные и изолированные, на сонных артериях, учитывая их превалирующую роль в коррекции церебрального кровотока. В большинстве случаев (93,5%) отмечены отличные и хорошие послеоперационные результаты.

Ключевые слова: вертебрально-базиллярная недостаточность, синдром позвоночной артерии, десимпатизация позвоночной артерии, транскраниальная доплерография.

R.Z. Losev, V.N. Nikolenko, I.I. Sholomov et al. Diagnostics And Treatment Of Patients With Blood Circulation Insufficiency In Vertebrobasilar Bed. Saratov Journal of Medical Scientific Research, 2009, vol. 5, № 4, p. 629-634.