

Ш.Ш. АМОНОВ¹, М.И. ПРУДКОВ², О.Г. ОРЛОВ²

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии¹, г. Душанбе,
Республика Таджикистан,
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия»², г. Екатеринбург,
Российская Федерация

Цель. Оценить эффективность применения 33% раствора перекиси водорода с целью деструкции фиброзной капсулы эхинококковых кист печени.

Материал и методы. За период 2002-2010 гг. обследованы 68 пациентов с эхинококкозом печени в возрасте 26-65 лет. В зависимости от размеров и объема кисты различали малые кисты до 5 см – у 4, средние до 10 см – у 16, большие и гигантские более 10 см – у 48 пациентов. Пациенты были разделены на две группы: основная группа – 32, контрольная – 36 человек. Контрольную группу составили пациенты, которым остаточную полость фиброзной капсулы эхинококковых кист печени обрабатывали 96% раствором спирта. В основную группу, вошли пациенты, которым остаточную полость обрабатывали глицерином и 33% раствором перекиси водорода. Всем пациентам обеих групп оперативное вмешательство было выполнено из широкой лапаротомии.

Результаты. Послеоперационные осложнения в контрольной группе наблюдали в 17 (47%) случаях. Среднее пребывание в стационаре после операции составляло 19,2 койко-дней. Послеоперационные осложнения в основной группе наблюдали в 7 (21%) случаях. Среднее пребывание в стационаре после операции составляло 16 койко-дней.

Заключение. Разработанная методика обработки фиброзной капсулы эхинококковых кист печени пергидролом сочетает в себе доступность и эффективность использования, является безопасным в плане развития интра- и послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, эхинококкэктомия, деструкция фиброзной капсулы пергидролом

Objectives. To evaluate application efficacy of 33% hydrogen peroxide solution to destruct the fibrous capsule of the liver hydatid cysts.

Methods. For the period of 2002-2010 68 patients with the liver echinococcosis at the age of 26-65 years were examined. Depending on the cyst's size and volume one distinguished small cysts up to 5 cm in 4 patients, medium ones up to 10 cm – in 16 patients and large and giant ones, more than 10 cm – in 48 patients. The patients were included into two groups – the main group numbering 32 patients and the control one numbering 36 patients. The control group was represented by the patients in whom the residual cavity of the fibrous capsule of the liver hydatid cysts was treated with 96 % alcohol solution. In the main group the residual cavity of the patients was treated with glycerin and 33% hydrogen peroxide solution. The operative intervention was carried out from the extensive laparotomy in the patients of both groups.

Results. Postoperative complications in the control group were observed in 17 (47%) cases. The average period of hospitalization after the surgery made up 19,2 days. Postoperative complications in the main group were registered in 7 (21%) cases. The average period of hospitalization made up 16 days.

Conclusions. The designed method of the fibrous capsule perhydrol treatment of the liver hydatid cysts combines availability and application efficacy and it is safe from the point of intra- and postoperative complications development.

Keywords: liver echinococcosis, hydatidectomy, fibrous capsule destruction with perhydrol

Введение

Эхинококкоз печени носит эндемический характер и за последние годы эпидемиология его достаточно изучена. По некоторым данным, среди поражений различных органов и тканей эхинококкоз печени встречается от 44,2 до 84,2% [1, 2].

Особенности развития паразита объясняют относительно поздней диагностикой и развитием различных осложнений, частота которых, составляет 22-53% [3, 4]. Развитие паразита в организме человека часто вызывает многооб-

разные осложнения, приводящие к инвалидности, а нередко и к смерти пациента [5].

В последние годы в странах СНГ, произошли серьезные позитивные изменения, обусловленные как развитием гепатологии, так и внедрением новых технологий [6]. Ведущими современными методами диагностики эхинококкоза печени являются ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерная томография – КТ [7, 8]. Диагноз эхинококкоза является показанием к оперативному лечению. Выбор метода операции и ее объем, зависят от размеров и локализации кист, наличия ослож-

нений с учетом общего состояния пациентов и сопутствующих заболеваний. Радикальность оперативного вмешательства при эхинококкозе печени зависит не только от полноценности удаления зародышевых элементов паразита, но в значительной степени от качества антипаразитарной обработки эхинококковых кист и остаточной полости фиброзной капсулы. Поэтому, среди мер профилактики рецидивов, фенестрация (иссечения внепеченочной части кисти), должна дополняться деэпителизирующим воздействием на внутреннюю поверхность кисты и по возможности ликвидацией остаточной полости (ушивание остаточной полости, тампонада прядью большого сальника). Предложено несколько способов деэпителизации — электрокоагуляцией в режиме спрей, аргон-усиленной коагуляцией, криовоздействием [9], расфокусированным лучом лазера [10]. Использование электро- и аргон-усиленной коагуляции эффективно, но при этом трудно контролировать глубину деструкции стенки кисты, что может привести к повреждению прилежащих к кисте сосудов и желчных протоков. Наиболее радикальным методом хирургического лечения кист печени считается перицистэктомия [8]. Перицистэктомия и резекция печени в настоящее время используются редко в связи с технической сложностью, ограничением показаний и высоким риском осложнений данной операции.

Цель исследования: оценить эффективность применения 33% раствора перекиси водорода с целью деструкции фиброзной капсулы эхинококковых кист печени.

Материал и методы

За период с 2002 по 2010 г. обследованы 68 пациентов с эхинококкозом печени в возрасте 26-65 лет. Мужчин было 55, женщин — 13. У 49 (72%) пациентов эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени, у 19 (28%) в левой доле. В зависимости от размеров и объема, кисты различали: малые, до 5 см — у 4, средние, до 10 см — у 16, большие и гигантские, более 10 см — у 48 пациентов. У 43 (63%) пациентов паразитарные кисты были одиночными, у 25 (37%) множественными. Диагноз эхинококкоза печени устанавливали на основании клинико-лабораторных, ультразвукового исследований, рентгенографии, компьютерной томографии и лапароскопии.

Все 68 пациентов с эхинококкозом печени были разделены на две группы: основная группа — 32 и контрольная — 36 человек. Контрольную группу составили пациенты, кото-

рым остаточную полость фиброзной капсулы эхинококковых кист печени обрабатывали 96% раствором спирта. В основную группу, вошли пациенты, которым остаточную полость обрабатывали глицерином и 33% раствором перекиси водорода. Всем пациентам контрольной и основной группы было выполнено оперативное вмешательство. У 28 пациентов с локализацией в S. VI, VII, VIII сегментах выполнено, эхинококкэктомия из торакофреникотомного доступа. У 40 эхинококковые кисты локализовались в S. I, II, III, IVб, V, VI, VII, VIII и удалялись из верхнесрединной и подреберной лапаротомии. Доступ выбирался с учетом локализации эхинококковых кист.

Из 68 пациентов с эхинококкозом печени, 38 оперированы и лечились на базе кафедры хирургической болезни факультета повышения квалификации и последипломной подготовки (ГОУ ВПО УГМА Росздрава) в ГУЗ СОКБ №1, г. Екатеринбург, остальные 30 пациентов в эндохирургическом отделении РНЦСС и ГХ г. Душанбе.

У 14 (20%) из 68 пациентов выполнены симультанные операции: холецистэктомия у 9, грыжесечение по поводу пупочной грыжи у 4, цистэктомия из левой почки у 1. Для широкого доступа использовали верхнесрединную, подреберную лапаротомию справа или торакофреникотомию.

Результаты и обсуждение

У пациентов контрольной группы после аспирации содержимого кисты остаточную полость фиброзной капсулы 3-хкратно обрабатывали 96% спиртом.

У пациентов основной группы после аспирации содержимого кисты в ее полость с учетом размера вводили от 40 до 200 мл 100% стерильного глицерина. Спустя 7-10 мин производили аспирацию содержимого кисты. Фиброзную оболочку кисты вскрывали путем электрокоагуляции. Свободные участки фиброзной оболочки иссекали электрокоагуляцией.

С целью деструкции внутренней поверхности фиброзной капсулы нами был использован 33% раствор перекиси водорода (пергидроль), который обладает выраженным местным прижигающим действием, при контакте с тканями разлагается на активный кислород и воду, не обладает токсическим действием. Деэпителизирующий эффект пергидроля был изучен у пациентов с простыми кистами печени [11]. Установлено, что при воздействии марлевой турундой, смоченной пергидролем

в течение 7-10 минут происходит полная деэпителизация фиброзной капсулы на глубину $1,17 \pm 0,15$ и $1,5 \pm 0,07$ мм ($M \pm m$) без повреждения подлежащих порталных трактов.

Во время вмешательства внутреннюю поверхность фиброзной капсулы обрабатывали марлевыми салфетками смоченными 33% раствором перекиси водорода. Время воздействия пергидроля составляло 7-10 мин. После обработки осматривали внутреннюю поверхность кисты. Критерий эффективности – ярко белый цвет всей внутренней поверхности кисты. Изменение окраски внутренней поверхности кисты способствовало выявлению желчных свищей, которые были герметично ушиты во время операции у 4 пациентов. Остаточную полость в зависимости от объема кисты, дренировали одним или двумя силиконовыми трубками с низковакуумной аспирацией. При операции из торакофреникотомии ушивали диафрагму, плевральную полость дренировали по Бюлау. Интраоперационных осложнений не было.

В случае миниторакофреникотомии плевральный дренаж удаляли на 2-3 сутки после операции. За остаточной полостью кисты наблюдали с помощью динамического ультразвукового исследования. Отмечалось уменьшение остаточной полости до полной ее ликвидации к 7-10 суткам, после чего удаляли дренажные трубки.

Послеоперационные осложнения у пациентов контрольной группы (поддиафрагмальный абсцесс у 1-го, подпеченочный абсцесс у 2, гидроторакс у 1, реактивный плеврит у 11, нагноенные послеоперационные раны у 2 оперированных) наблюдали в 17 (47%) случаях. Повторная операция - санация и дренирования поддиафрагмального и подпеченочного абсцессов потребовалось 3 пациентам. 6 оперированным с реактивным плевритом и гидротораксом произведена пункция плевральной полости. Остальные случаи осложнений устранены консервативной терапией. Среднее пребывание пациентов контрольной группы в стационаре после операции составляло 19,2 койко-дней.

Послеоперационные осложнения у пациентов основной группы (подпеченочный абсцесс, гидроторакс, реактивный плеврит, пневмоторакс) наблюдали в 7 (21%) случаях. Одному оперированному с подпеченочным абсцессом произведена повторная операция - санация и дренирование. 2 пациентам с реактивным плевритом и гидротораксом произведена пункция плевральной полости. Остальные случаи осложнения устранены консервативной

терапии. Среднее пребывание оперированных в стационаре после операции составляло 16 койко-дней.

В отдаленные сроки всем пациентам выполняли УЗИ печени через 6-12-36 месяцев после операции. Рецидива заболевания не было в обеих группах. Мы считаем, что хирургическое вмешательство по поводу эхинококкоза печени, следует производить с наименьшей травмой, так как в этих случаях риск вмешательства превышает риск, обусловленный наличием кисты. Перицистэктомия и резекция печени должны быть методом выбора, когда другие методы недостаточно эффективны. Резекция печени показана при краевом расположении кист, при обызвествлении их, множественных рядом расположенных кистах или тотальном поражении доли печени.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности и безопасности применения с целью деструкции фиброзной капсулы кисты 33% раствора перекиси водорода. Деструктивные изменения стенки кисты после контактного воздействия пергидроля отмечены на глубину 1,5 мм, что исключает повреждение прилежащей паренхимы печени с трубчатыми структурами. При использовании пергидроля отсутствует проблема дозирования, системное и токсическое действие используемого препарата.

Заключение

Эффективная обработка эхинококковых кист печени и ликвидация остаточной полости является основными условиями безрецидивного лечения. Разработанная методика обработки фиброзной капсулы эхинококковых кист печени пергидролем сочетает в себе доступность и эффективность использования, является безопасным в плане развития интра- и послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петровский, Б. В. Хирургия эхинококкоза / Б. В. Петровский, О. Б. Милонов, П. Г. Дееничин. – М.: Медицина, 1985. – 216 с.
2. Ахмедов, И. Г. Классификация эхинококковых кист, выявленных после хирургического лечения / И. Г. Ахмедов, А. О. Османов // Хирургия. – 2002. – № 9. – С. 27-30.
3. Насиров, М. Я. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени / М. Я. Насиров, Д. М. Панахов, Г. С. Мамедханов // Анналы хирург. гепатол. – 2001. – Т. 6, № 2. – С. 54-56.
4. Агаев, Р. М. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени с поражением желчных

путей / Р. М. Агаев // Хирургия. – 2002. – № 9. – С. 63-67.

5. Комилов, Т. С. Особенности диагностики и пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени / Т. С. Комилов, И. А. Мирходжаев // Анналы хирург. гепатол. – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 33-36.

6. Обоснованное удаление фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени / М. А. Кахаров [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 1. – С. 31-35.

7. Иванов, С. А. Ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени / С. А. Иванов, Б. Н. Котив // Вестн. хирургии. – 2001. – Т. 160. № 3. – С. 73-76.

8. Лучевые методы исследований в диагностике и лечении гнойных осложнений эхинококкоза печени / Ф. Г. Назыров [и др.] // Анналы хирург. гепатол. – 2001. – Т. 6, № 1. – С. 47-51.

9. Альперович, Б. И. Применение низких температур в лечении кист печени / Б. И. Альперович, Н. В. Мерзликин, В. Н. Сало // Анналы хирург.

гепатол. – 2004. – Т. 9, № 2. – С. 70-74.

10. Нартфлакова, М. А. Хирургия печени и желчных путей / М. А. Нартфлакова. – Ростов н/Д: Феникс, 2007. – С. 188-197.

11. Орлов, О. Г. Хирургическое лечение простых кист печени / О. Г. Орлов, М. И. Прудков, Н. Б. Крохина // Вестн. урал. мед. акад. – 2009. – № 3 (26). – С. 12-116.

Адрес для корреспонденции

734003, Республика Таджикистан,
г. Душанбе, ул. Санои, 33,
Республиканский научный центр сердечно-
сосудистой и грудной хирургии,
эндохирургическое отделение,
тел. моб.: +992 918 76 10 13,
e-mail: shuhrat.amonov@yandex.ru,
Амонов Ш. Ш.

Поступила 04.08.2011 г.

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ

**К.М. КУРБОНОВ С СОАВТ.
ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНОЙ ТЕХНОЛОГИИ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ЖЕЛЧНОГО ПЕРИТОНИТА**

**В.И. АВЕРИН С СОАВТ.
ПЕРВЫЙ ОПЫТ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ПЛАСТИКЕ
ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ В НЕСТАНДАРТНЫХ СИТУАЦИЯХ**

**С.Е. КАТОРКИН С СОАВТ.
ОЦЕНКА РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБОВ ОПЕРАТИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ХРОНИЧЕСКОЙ
ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**