

Отакузиев А.З., Косимов С.М.

Андижанский Государственный медицинский институт
УТОЧНЕНИЕ ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫХ СВЯЗЕЙ
ВЛИЯЮЩИХ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Резюме: Авторы проанализировали результаты хирургического лечения 148 пациентов с рецидивирующими эхинококкозом печени. Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная группа - 77 (52%) пациентов, получавших стационарное лечение стандартными лечебно-диагностическими методами; первичная - 71 (48%) пациент, получавший стационарное лечение современными методами лечения и устранения ОП печени и разработанным алгоритмом. Авторы проанализировали факторы, влияющие на прогноз и качество хирургического лечения рецидивирующего эхинококкоза печени.

Ключевые слова: рецидивирующий эхинококкоз печени, круглая связка, лечение остаточной полости.

Otkakusiev A.Z., Qosimov S.M.

Andijan State medical institute

**VERIFICATIONS OF FACTORS AFFECTING THE QUALITY OF
SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS AND
DETERMINING THE CHOICE OF ECHINOCOCCECTOMY
METHODS**

Resume, The authors analyzed the results of surgical treatment of 148 patients with recurrent liver echinococcosis. All patients were divided into 2 groups: control group - 77 (52%) patients who received inpatient treatment standard medical and diagnostic methods; primary - 71 (48%) patients who received inpatient treatment advanced methods of treatment and elimination of liver OP and developed algorithm. The authors analyzed the factors affecting the prognosis and quality of surgical treatment of recurrent liver echinococcosis.

Key words: recurrent liver echinococcosis, round ligament, treatment of residual cavity.

Введение. Операции по поводу рецидивного эхинококкоза печени (ЭП), как правило, выполняются в сложных условиях спаечного и инфильтративно-воспалительного процессов, измененной анатомии, нередко на фоне утяжеляющих состояние больного гнойно-септических осложнений [1, 3, 4, 7].

Преобладание воспалительных и дистрофических изменений фиброзной капсулы, нередко её кальцинация, требует расширения объема как самого вмешательства в целом, так и вызывает определенные трудности при различных способах ликвидации остаточной полости (ОП) или перикистэктомии [2, 5, 6, 8].

Учитывая вышеуказанное, становится особенно актуальной необходимость изучение причинно-следственные связи частоты развития различных послеоперационных осложнений в зависимости от общих и специфических факторов, влияющих на исход хирургического лечения рецидивного ЭП.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных рецидивным эхинококкозом печени путем верификации факторов и способов их оперативного лечения.

Материалы и методы. В основу работы положен анализ результатов лечения 148 больных рецидивным ЭП, получавших стационарное лечение на базе кафедры хирургии АндГосМИ. Больные были подвергнуты комплексному обследованию, включавшего как общеклинические, так и специальные инструментальные методы исследования.

Все пациенты были разделены на 2 группы: контрольная – 77 (52%) больных, которые получали стационарное лечение стандартными лечебно-диагностическими методами; основная - 71 (48%) больной, которые получали стационарное лечение усовершенствованными методами

обработки и ликвидации ОП печени и разработанному алгоритму.

В основной группе закрытая ЭЭ выполнена в 17 (23,9%) случаях, полузакрытая эхинококкэктомия (ЭЭ) выполнена у 15 (21,1%) больных.

Открытая ЭЭ выполнена у 12 (16,9%) больных в основной группе, где во всех случаях производили дренирование ОП по типу проточной системы, что значительно улучшило результаты лечения в послеоперационном результате, в плане профилактики таких грозных осложнений как, нагноение и абсцесс ОП. В связи с множественностью поражения долевого и сегментарного расположения кист, нами применялись сочетание различных способов ликвидации ЭК, т.е. комбинированные методы операций у 20 (26%) в контрольной и 27 (38%) в основной группе больных. Следует отметить, что в 12 (16,9%) случаях основной группы комбинированные операции сочетались с выполнением идеальной ЭЭ.

Результаты и их обсуждение. Были изучены причинно-следственные связи частоты развития различных послеоперационных осложнений в зависимости от общих и специфических факторов, влияющих на исход хирургического лечения рецидивного ЭП в контрольной группе.

Среди факторов сопряженных с риском развития послеоперационных осложнений выделены: выявление рецидива в сроки до 3-х лет после перенесенной операции, наличие двух и более рецидивов заболевания, сопутствующая патология, осложненный ЭП, кальцинированная фиброзная капсула, множественный интрапаренхиматозный рецидивный ЭП, гигантский рецидивный ЭП, множественный рецидивный ЭП и других органов (таб. 1).

Наибольшая частота послеоперационных осложнений (77,8%) отмечена в группе больных с многократными рецидивами заболевания (18 пациентов). Аналогичные высокие показатели послеоперационных осложнений (72%) наблюдались в группе больных с множественным

рецидивным ЭП и других органов брюшной полости. Среди 29 пациентов с рецидивом ЭП выявленном в сроки до 3-х лет после перенесенной ЭЭ у 17 (58,6%) больных развились различные осложнения в послеоперационном периоде.

Таблица 1.

**Факторы влияющие на
исход хирургического лечения рецидивного ЭП**

Фактор, осложняющий исход лечения	Контрольная группа (n=77)			
	Есть		Нет	
	абс.	%	абс.	%
Кальцинированная фиброзная капсула	17	22,1	60	77,9
Осложненный ЭП	26	33,8	51	66,2
Сопутствующая патология	51	66,2	26	33,8
Множественный интрапаренхиматозный рецидивный ЭП	16	20,8	61	79,2
Гигантский рецидивный ЭП	12	15,6	65	84,4
Наличие двух и более рецидивов заболевания	18	23,4	59	76,6
Выявление рецидива ЭП в сроки до 3-х лет после перенесенной операции	29	37,7	48	62,3
Множественный рецидивный эхинококкоз печени и других органов	25	32,5	52	67,5

Среди 17 больных контрольной группы с кальцинированной фиброзной капсулой в 70,6% (12 больных) наблюдений развились послеоперационные осложнения. В группе больных с осложненным ЭП (26 больных) у 14 (53,8%) пациентов отмечены различные осложнения после операции. Выявлено развитие осложнений (52,9%) в послеоперационном периоде у больных с рецидивным ЭП с сопутствующей патологией (n=51). При множественном рецидивном ЭП с внутрипаренхиматозной локализацией ЭК из 16 больных у 75% (12 пациентов) отмечены послеоперационные осложнения. Из 12 пациентов с гигантским рецидивным ЭП у 9 (75%) больных в послеоперационном периоде развились осложнения.

Учитывая вышеизложенные осложнения в контрольной группе в практике нашей клиники АндГосМИ разработан и внедрен простой и

доступный способ интраоперационной антипаразитарной обработки ОП печени после ЭЭ с использованием сочетания антисептических средств, известных в фармакологии и разрешенных к применению МЗ РУз (патент №IAP 05325 АИС РУз). Суть разработки заключается в последовательной обработке внутренней поверхности фиброзной капсулы (ФК) 20% натрий хлором, раствором фурациллина, подогретым до температуры 70⁰-75⁰С, 96% спиртом и 5% йодной настойкой, с экспозицией 2, 3, 3, 3 минуты соответственно, края иссеченной ФК коагулируют электрокоагулатором. При применении указанных агентов в предлагаемом сочетании получен выраженный клинический эффект, что объяснимо синергизмом их действия, а снижение времени их экспозиции до безопасного с точки зрения токсичности, обуславливает отсутствие повреждающего действия на ткань печени.

Таблица 2
Результаты ЭЭ с обработкой ОП при осложненных формах рецидивного ЭП

Показатель	Основная группа (n=28)		Контрольная группа (n=26)	
	абс.	%	абс.	%
Нагноение ОП или скопление жидкости	1	3,6%	8	30,8%
Развитие общих осложнений после операции	1	3,6%	4	15,4%
Кровотечение из паренхимы печени	0	0,0%	0	0,0%
Желчный свищ с развитием перитонита	0	0,0%	0	0,0%
Длительно функционирующий желчный свищ	1	3,6%	2	7,7%
Больных с осложнениями	3	10,7%	12	46,2%
Реоперация или функционное дренирование по поводу осложнений	1	3,6%	6	23,1%
Выпадение дренажа из ОП или неадекватное дренирование	2	7,1%	6	23,1%
Длительное дренирование ОП (более 1 мес.)	4	14,3%	12	46,2%
Достоверность отличий (критерий χ^2)	9.853; Df=4; P=0.043			

Результаты анализа эффективности методик обработки ОП после ЭЭ из печени (табл. 2) способом многокомпонентной интраоперационной антипаразитарной обработки в условиях хирургического лечения осложненных форм рецидивного ЭП, позволили добиться адекватной санации ОП в раннем послеоперационном периоде, и сократить долю

больных с развитием различных осложнений с 46,2% до 10,7%.

Нами также разработан и внедрен в клиническую практику оригинальный способ, предусматривающий тампонаду мобилизованной круглой связкой печени (КСП) в целях ликвидации ОП после ЭЭ из печени (патент №IAP 04368 АИС РУз). Данная методика применяется при локализации ЭК во II-V сегментах вблизи ворот печени, когда капитонаж ОП опасен из-за вероятности повреждения внутрипеченочных сосудов, желчных ходов, при кальцинированной ФК и дефиците сальника.

При рецидивном ЭП с развитием кальцификации ФК в основной группе применение предложенного способа ликвидации ОП тампонированием КСП позволил снизить показатель нагноений ОП с 26,3% до 5,9%, а также сократить частоту общих и специфических осложнений с 36,8% до 11,8%, нивелировать необходимость в повторных традиционных или функциональных вмешательствах и вероятность длительного заживления ОП (табл. 3).

Таблица 3
Результаты ЭЭ с ликвидацией ОП тампонированием КСП

Показатель	Основная группа (n=17)		Контрольная группа (n=19)	
	абс.	%	абс.	%
Нагноение ОП или скопление жидкости	1	5,9%	5	26,3%
Развитие общих осложнений после операции	1	5,9%	3	15,8%
Кровотечение из паренхимы печени	0	0,0%	0	0,0%
Желчный свищ с развитием перитонита	0	0,0%	0	0,0%
Длительно функционирующий желчный свищ	0	0,0%	2	10,5%
Больных с осложнениями	2	11,8%	7	36,8%
Реоперация или функциональное дренирование по поводу осложнений	0	0,0%	3	15,8%
Выпадение дренажа из ОП или неадекватное дренирование	0	0,0%	5	26,3%
Длительное дренирование ОП (более 1 мес.)	0	0,0%	6	31,6%
Достоверность отличий (критерий χ^2)	10.780; Df=4; P=0.030			

Усовершенствование выбора тактики хирургического лечения рецидивного ЭП не могло не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов.

При этом выбранная тактика и разработанный комплекс мероприятий по обработке и ликвидации ОП позволили снизить частоту послеоперационных осложнений по сравнению с группой больных с примененными стандартными методами лечения рецидивного ЭП: при кальцинированной фиброзной капсule (15,8% против 70,6%); при осложненном ЭП (17,9% против 53,8%); при сопутствующей патологии (18,4% против 52,9%); множественном интрапаренхиматозном рецидивном ЭП (22,7% против 75%); гигантском рецидивном ЭП (27,3% против 75%); при наличии многократных рецидивов (17,4% против 77,8%); при выявленном рецидивом в сроки до 3-х лет после ЭЭ (17,6% против 58,6%); при множественном рецидивном ЭП и других органов (20,8% против 72%).

Отмечено снижение частоты рецидива заболевания с 6,5 до 2,8% наблюдений и общего количества больных с осложнениями по сравнению с контрольной группой. При сравнительном анализе различных осложнений в отдаленный послеоперационный период по всем указанным параметрам получено достоверное ($P<0.05$) отличие показателей.

Заключение. Таким образом, в структуре факторов, влияющих на исход хирургического лечения рецидивных форм ЭП, принципиальное значение имеют общие особенности течения заболевания (выявление рецидива в сроки до 3-х лет после перенесенной операции, наличие двух и более рецидивов заболевания, сопутствующая патология), а также характер рецидивного поражения (осложненный ЭП, кальцинированная фиброзная капсула, множественный интрапаренхиматозный рецидивный ЭП, гигантский рецидивный ЭП, множественный рецидивный ЭП и других органов), прогностическое значение которых достоверно отличается частотой развития послеоперационных осложнений и длительностью реабилитации ($P=0,007$).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акилов Х.А., Ортиков Б.Я., Акбаров И.М. Диагностика и хирургическое

лечение эхинококкоза редких локализаций // Хирургия Узбекистана 2008. - №3 -C.7.

2. Болтаев Д.Э., Йулдашев Г.Й. Причины повторных операций при эхинококкозе печени // Хирургия Узбекистана 2008. - № 3. - C.22.
3. Махмудов У.М. Тактические аспекты профилактики и хирургического лечения рецидивных форм эхинококкоза печени и брюшной полости. Автореф. дис.канд. мед.наук. Ташкент 2005. - 23 с.
4. Назыров Ф. Г., Девятов А.В., Махмудов У.М. Критические ситуации при повторных операциях у больных с рецидивами эхинококкоза органов брюшной полости // Материалы XVIII международного конгресса хирургов - гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» (Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского). - 2011. - Том 6, №2. - С. 108.
5. Слетков Н.А. Особенности прогнозирования, диагностики и хирургического лечения рецидивного эхинококкоза. Афтореф. дис.канд. мед.наук Нальчик 2006. - 24 с.
6. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза / М.: Издательство «Династия», - 2016. - 288 с.: ил.
6. Mandal S, Deb Mandal M. Human cystic echinococcosis: epidemiologic, zoonotic, clinical, diagnostic and therapeutic aspects // Asian Pac. J Trop. Med. - 2012. - Vol.5, №4. - P. 253-260.
7. Goksoy E., Duren M. Surgical therapy of *Echinococcus granulosus* (cysticus) // Chirurg.- 2000.-Vol.71. - №1. - P.21-29.
8. Virginia Velasco-Tirado, et al. Recurrence of cystic echinococcosis in an endemic area: a retrospective study. BMC Infectious Diseases (2017) 17:455