



Рецидивный эхинококкоз печени

А.И. Джаборов, А.Н. Кахаров, Дж.М. Курбонов

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье представлены результаты хирургического лечения 22 больных с рецидивным эхинококкозом печени. Установлены некоторые причины возникновения рецидива эхинококкоза печени, а также приведены результаты различных операционных вмешательств с целью профилактики послеоперационного осложнения и рецидива болезни. В ходе тотальной перицистэктомии с помощью плазменного скальпеля были выявлены случаи расположения эхинококковых кист (ЭК) под фиброзной капсулой, которые являются одной из причин рецидива эхинококкоза печени. В нашем наблюдении из 22 в 7 (31,8%) случаях рецидивный ЭК локализовался в остаточной полости (ОП) и в 15 (68,2%) – за пределами фиброзной капсулы на расстоянии до 5 см, или находился в паренхиме печени под фиброзной капсулой основной паразитарной кисты.

Ключевые слова: рецидивный эхинококкоз печени, перицистэктомия, фиброзная капсула, плазменный скальпель

Актуальность. Эхинококкоз может развиваться почти во всех частях тела, однако частота поражения печени достигает 50-77% [1]. Несмотря на достигнутые успехи в хирургии печени, использование химиотерапии, процент осложнений и рецидивов после эхинококкэктомии печени (ЭЭП) остаётся высоким [2,3]. По данным литературы, частота рецидивов после хирургического лечения эхинококкоза разной локализации колеблется от 1,1% до 22% [4,5].

Рецидив наблюдается при диссеминации эхинококковой жидкости или от реинвазии тех пациентов, которые живут в эндемичных областях, и развивается за счёт сколексов и дочерних пузырей в остаточной полости или неполной резекции, так как после полного удаления паразита, его сколексы могут оставаться в фиброзной капсуле, а иногда проникать в паренхиму органов [6]. В этой связи считают, что удаление фиброзной капсулы является профилактикой рецидива заболевания [7]. Сторонники радикальных методов операции полагают, что послеоперационные осложнения и частота рецидива заболевания могут быть уменьшены, так как более низкая (0-4,65%) частота рецидива эхинококкоза печени (ЭП) отмечена после радикальных операций, а высокая (10-22%) – после паллиативных [8,9].

Цель исследования: оценка результатов хирургического лечения больных с рецидивным эхинококкозом печени с целью профилактики послеоперационного осложнения и рецидива болезни.

Материал и методы. Изучены результаты хирургического лечения 22 больных с рецидивным эхинококкозом печени, оперированных в Лечебно-диагностическом центре на базе кафедры оперативной

хирургии и топографической анатомии ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с 2010 по 2015 гг.

Мужчин было 12 (47,3%), женщин – 10 (52,7%). Возраст пациентов варьировал от 15 до 70 лет. Из 22 (100%) больных с рецидивным эхинококкозом 16 (72,7%) были оперированы двукратно, 4 – троекратно и 2 пациента – в четвёртый раз. Двум пациентам произведена краевая резекция печени, 6 – субтотальная перицистэктомия и 8 – тотальная перицистэктомия.

Критериями включения больных в исследование были: рецидивный эхинококкоз печени независимо от вариантов расположения в печени, также пациенты, находящиеся в диспансерном наблюдении в течение 5 лет с момента выписки из стационара и, соответственно, с момента проведения последней операции по поводу эхинококкоза печени. Критерием исключения являлись первичный эхинококкоз печени и локализация эхинококковых кист в других органах.

Всем пациентам диагноз «рецидивный эхинококкоз печени» был поставлен на основании жалоб, анамнеза перенесённой операции, данных объективного и инструментального, в том числе ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) по показаниям.

Результаты и их обсуждение. УЗИ ориентировались на локализацию, связь с предыдущим патологическим очагом в сегменте печени, её размеры, а также наличие возможных добавочных эхинококковых кист (ЭК), расположенных в остаточной полости (ОП), либо в паренхиме печени на различных расстояниях (рис.1).

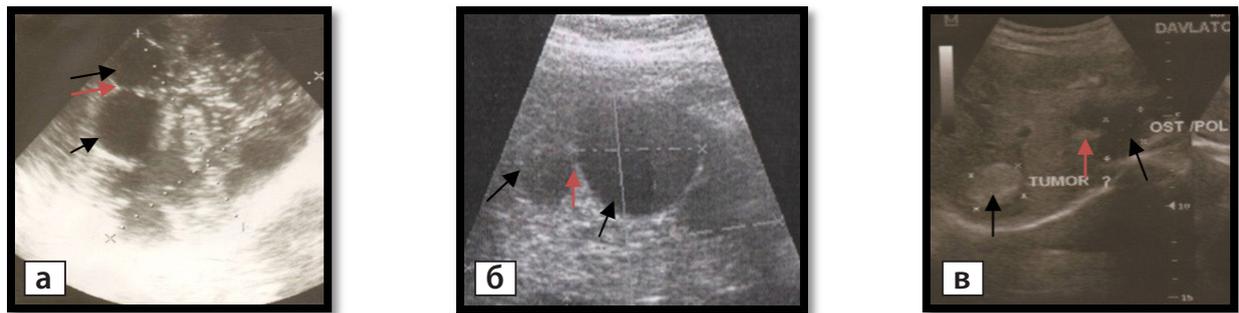


РИС.1. УЗИ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ:
А) ОБРАЗОВАНИЕ НОВЫХ ДВУХ ЭК В ОДНОЙ ОП ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ;
Б) НАЛИЧИЕ ЭК С СУБКАПСУЛЯРНОЙ ДОБАВОЧНОЙ ЭК; В) КАЛЬЦИНИРОВАННАЯ ЭК В ОП И В ПАРЕНХИМЕ ПЕЧЕНИ

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕР ПРОВЕДЁННОЙ ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С РЭП

Больные (n=22)	Давность проведённой последней операции в месяцах	Локализация кисты		Количество проведённых операций			Связь с предыдущим прооперированным сегментом печени	
		Правая доля печени	Левая доля печени	2	3	4	Имеет	Не имеет
Мужчины (n=12)	8 - 32	9	3	10	2	1	4	8
Женщины (n=10)	6 - 48	8	2	7	1	1	3	7
Итого	6 - 48	17	5	16	4	2	7	15

Использование УЗИ в диагностике ЭП является эффективным и доступным методом, так как результаты полученных данных позволяют на раннем сроке зафиксировать рост рецидивного эхинококкоза печени (РЭП). Однако выявление кист меньше 25 мм затруднено, особенно в остаточной полости или в паренхиме печени у повторно оперированных больных.

При этом, большое значение имеет давность и частота повторной операции, так как сбор информации от анамнеза предыдущей операции способствует выбору рациональной тактики хирургического лечения ЭП и профилактике рецидива болезни. Данные о давности проведённой операции и локализации паразита приведены в таблице 1.

Согласно нашему наблюдению, больные были повторно прооперированы с 6-го месяца после последней операции до 48 месяца. У 17 (77,3%) из 22 больных с РЭП кисты локализовались в правой доле печени и в 5 (22,7%) случаях – в левой. При этом 16 (72,8%) пациентов были прооперированы повторно, 4 (18,2%) – в третий раз и 2 (9%) – в четвёртый. У 7 (31,8%) больных кисты имели связь с предыдущим прооперированным сегментом печени и в 15 (68,2%) случаях связи не имелось, соответственно кисты либо локализовались на том сегменте, в котором раньше была произведена операция, либо на другом

сегменте, но в одной и той же доле печени. Данные о предыдущих операциях способствовали предотвращению осложнений, возникающих при выборе доступа и объёма операции, а также выбора рационального способа ликвидации ОП, как основного источника послеоперационного осложнения и рецидива болезни. Большие тактические и технические трудности в доступе возникли у тех больных, которые ранее были оперированы, особенно в третий и четвёртый раз, в связи со сложными спаечными процессами в брюшной полости.

Нами была произведена перицистэктомия по методике предложенной Кахаровым А.Н. [10], которая позволяет снизить частоту осложнений, как во время, так и в послеоперационном периоде, путём радикального и бескровного удаления фиброзной оболочки. Для этого использовали установку «Супр-2М» (аппарат – плазменный скальпель, настраиваемый на режим коагуляции). Во время обработки плазменным скальпелем производят постоянное отсасывание воздуха из ОП через электроотсос с целью предупреждения перегрева ткани. В связи с тем, что толщина фиброзной оболочки в отдельных участках ОП может быть разной, удаление производят под визуальным контролем, а также пальпаторно проводят ревизию, так как на фоне ригидной фиброзной ткани можно прощупывать кисту слегка плотной консистенции, округлой или овальной


**ТАБЛИЦА 2. ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ
 С РЕЦИДИВНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ**

Оперативное вмешательство	Кол-во больных	Паразитарный характер			Количество проведённых операций			Случаи найденных подфиброзных мелких кист у больных с РЭП	Наличие выявленных рецидивов в диспансерном наблюдении
		Живой паразит	Мёртвый паразит	Стадия осложнения	2	3	4		
Эхинококкэктомия									
- закрытая	5	4	1	-	4	1	-	-	1
- открытая	1	-	-	1	1	-	-	-	1
Перицистэктомия	22	8	12	1	15	6	1	9	2
- тотальная	2	1	1	-	2	-	-	-	-
- субтотальная	22	8	12	1	15	6	1	9	2
Краевая резекция печени	2	1	1	-	2	-	-	-	-
Итого	22	8	12	1	15	6	1	9	2

формы, за исключением кальцинированной толстой фиброзной капсулы.

Оперативное вмешательство у больных с РЭП было выполнено с учётом общего состояния больного, локализации и характера патологического процесса (табл.2).

При изучении течения эхинококкоза мы придерживались классификации периодов жизнедеятельности паразита, в соответствии с морфологическими изменениями в гидатиде. В стадии живого паразита (М.Ю. Гилевич, 1990), или в I фазе (И.Г. Ахмедов, 2004), нами в 6 (27,3%) случаях была выполнена эхинококкэктомия традиционным методом и в 2 (9%) случаях – радикальным, а также в 14 (63,7%) – условно-радикальным способом. От общего количества прооперированных больных, в отдалённом послеоперационном периоде рецидивы заболевания имелись только у 2 (9%), которые были прооперированы традиционным способом. Из 14 больных, которым проводили перицистэктомию, в 9 (64,3%) случаях были выявлены подфиброзные мелкие кисты со всеми характерными элементами паразитарной кисты.

В стадии мёртвого паразита (или II фаза) одним из ключевых условий при оценке радикальности эхинококкэктомии, был учёт периода жизнедеятельности гидатиды, который определяли состоянием кутикулярной оболочки. Согласно этому, миграция сколексов и развитие дочерних гидатид за пределы кутикулы возможны только при её повреждении, что имеет место при мёртвом паразите в период поздних посмертных изменений и при осложнённом эхинококкозе [11]. Многие авторы при ЭП уделяют особое внимание радикальным и условно-радикальным методам операций. Перицистэктомия представляет наиболее сложную операцию, но, по сравнению

с эхинококкэктомией печени, снижает рецидив на 8,5% и является условно-радикальной операцией при ЭП, при этом резекция является единственной радикальной операцией, весьма эффективной в профилактике рецидива заболевания в послеоперационном периоде [12]. Несмотря на травматичность радикальных операций, перицистэктомия и резекция печени не сопровождаются увеличением послеоперационной летальности. Понятие радикализма при эхинококкозе печени предусматривает не только профилактику рецидива заболевания. В это понятие включается избавление пациента от всех элементов паразитарной кисты [13].

При мониторинге больных в послеоперационном периоде было установлено, что РЭП может развиваться в ОП и за пределами фиброзной капсулы в паренхиме печени на различных расстояниях в зависимости от факторов, способствующих развитию рецидива. Так, если рецидив возникает как следствие диссеминации эхинококковой жидкости, то патологические процессы могут располагаться на более значительных расстояниях от первично поражённых мест. Повреждения кутикулярного слоя и наличие трещин в фиброзной оболочке, а также проникающая способность сколексов, особенно в стадии мёртвого паразита, являются одними из факторов, приводящих к рецидиву. Отличие данного механизма рецидива от других заключается в том, что при этом повторное проявление болезни будет локализоваться недалеко от предыдущего поражённого места.

В нашем наблюдении у 7 (31,8%) из 22 рецидивный ЭК локализовался в ОП и у 15 (68,2%) – за пределами фиброзной капсулы, на расстоянии до 5 см, или находился в паренхиме печени под фиброзной капсулой основной паразитарной кисты (рис.2).



**РИС. 2. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЭК ПОД ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛОЙ ЭП:
А) ОБНАРУЖЕНИЕ ЭК ПОД ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛОЙ ПОСЛЕ ПЕРИЦИСТЭКТОМИИ ОСНОВНОЙ ЭК;
Б) ИССЕЧЕНИЕ ПОДФИБРОЗНОЙ ЭК, СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ ПЕРИЦИСТЭКТОМИИ**

Развитие данной кисты во многом зависит от условий окружающей среды, соответственно, напряжённая ЭК давит на ткань печени, вследствие компрессии данная киста не может развиваться, и только после эхинококкэктомии печени происходит быстрый рост подфиброзной ЭК, или другим объяснением может служить то, что ЭК находится на ранней стадии развития.

Таким образом, факторы, приводящие к рецидиву, многообразны, сложны и требуют тщательного обследования пациента до и во время проведения операции. Особенно недоучёт периодов жизнедеятельности паразита в соответствии с морфологическими изменениями в гидатиде, а также состояние фиброзной ткани, в основном, у больных с мёртвым или осложнённым эхинококкозом печени во время проведения операции могут привести к РЭП. Радикальные и условно-радикальные методы для профилактики рецидива эхинококкоза печени являются наиболее надёжными, поскольку данные методики позволяют своевременно выявить и ликвидировать образовавшиеся подфиброзные мелкие кисты, которые являются одной из причин возникновения рецидива болезни. Соответственно, выявление группы риска, выбор рационального хирургического метода лечения с учётом общего состояния организма, характера и локализации патологического процесса, адекватная обработка ОП противопаразитарными средствами, а также применение антигельминтных препаратов, способствуют профилактике рецидива ЭП.

ЛИТЕРАТУРА

1. Sielaff T.D. Recurrence of hydatid disease / B.Taylor, B.Langer // World J. Surg. - 2001. - № 25 (83). - P. 6.
2. Alexander P.V. The pattern of hydatid disease a retrospective study from himachal pradesh, India / P.V. Alexander, D. Rajkumar // Indian J. Surg. - 2010. - № 72. - P.331-335.
3. Кенжаев М.Г. Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива / М.Г.Кенжаев, Б.А.Акматов / Бишкек. - 2001.- 157с.
4. Вафин А.З. Применение плазменных технологий в хирургии эхинококкоза лёгких / А.З.Вафин, А.Н.Айдемиров, А.В.Попов // Хирургия. - 2002. - № 1. - С.28-31.
5. Chautems R. Long-term results after complete or incomplete surgical resection of liver hydatid disease / R.Chautems, L. Buhler, B. Gold // Swiss Med Wkly. - 2003. - № 133. - P. 258-62.
6. Ağaoğlu N. Surgical treatment of hydatid cysts of the liver / N.Ağaoğlu, S.Turkyilmaz, M.K. Arslan // Br J of Surg. - 2003. - № 90. - P.1536-41.
7. Morel P. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: a survey of 69 patients / P.Morel, J.Robert, A.Rohner // Surgery. - 1998. - № 104. - P.859-62.
8. Cirenei A. Evolution of surgery for liver hydatidosis from 1950 to today: analysis of a personal experience / A.Cirenei, I.Bertoldi // World J. Surg. - 2001. - № 25. - P.87-92
9. Alonso-Casado O. Results of 22 years of experience in radical treatment of hepatic hydatid cysts / O.Alonso-Casado [et al.] // Hepatogastroenterology. - 2001. - № 48 (37). - P.235-243.
10. Кахаров А.Н. Способ лечения эхинококкоза печени / Рационализаторское предложение SU. - 1722510 A1. - A 61 N 5/06. - ТГМУ им. Абуали ибни Сино. - 1992.
11. Гилевич М.Ю. Рецидивный и резидуальный эхинококкоз / М.Ю.Гилевич // Ставрополь. Хирургия. - 1990. - № 12. - С.64-70.
12. Курбонов К.М. Современные проблемы хирургического лечения эхинококкоза печени / К.М.Курбонов, Н.М.Даминова, Х.С.Косимов // Известия АН РТ, отделение биологических и медицинских наук. - 2006. - № 2 (155). - С.24-27.
13. Кахаров М.А. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени / М.А.Кахаров [и др.] // Хирургия. - 2003.- № 1. - С.31-35.



Summary

Recurrent hepatic echinococcosis

A.I. Jaborov, A.N. Kakharov, J.M. Kurbanov

The department of operative surgery and topographic anatomy Avicenna TSMU

The article presents the results of surgical treatment 22 patients with recurrent hepatic echinococcosis. Some causes of hepatic echinococcosis recurrence are established, as well as the results of various operating procedures for the prevention of postoperative complications and recurrence of the disease. During total pericystectomy by plasma scalpel revealed the presence of a weakly developed echinococcosis cyst (EC) under the fibrous capsule, which is one of the causes of recurrence of liver echinococcosis. In our observation in 22 cases of recurrent EC is localized in the residual cavity (RC) and in 15 (68,2%) - outside of fibrous capsule at a distance of 5 cm, or was in the parenchyma of the liver under the fibrous capsule of main parasitic cysts.

Key words: recurrent hydatid cyst of the liver, pericystectomy, fibrous capsule, plasma scalpel

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Джаборов Абдугаффор Ибрагимджонович - аспирант кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии ТГМУ; Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: jaborov_1987@mail.ru