

УДК 616-089.819.6

## ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

© 2015 С.А.Иванов<sup>1</sup>, Е.А.Корьмасов<sup>1</sup>, С.В.Мешков<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Самарский государственный медицинский университет

<sup>2</sup> Самарская областная клиническая больница им. М.И.Калинина

Статья поступила в редакцию 12.01.2015

В статье анализируются результаты различных хирургических операций при сочетанном эхинококкозе легких и печени, отражаются аспекты малоинвазивной хирургии при лечении паразитарных кист, дается современное представление диагностическим и лечебным алгоритмам. Выявляются пути улучшения результатов оперативного лечения сочетанного эхинококкоза.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, эхинококкоз легкого, эхинококкэктомия, лапароскопия.

*Введение.* Гидатидозный эхинококкоз на протяжении многих лет остается сложной проблемой хирургии. По данным ВОЗ, в последние десятилетия отмечается широкое распространение этого паразитарного заболевания и значительное увеличение заболеваемости среди различных групп населения<sup>1</sup>. Одновременное поражение эхинококкозом печени и легких не является редкостью и, по данным литературы, встречается в 5,7 – 14,8% наблюдений. В последние годы отмечается устойчивая тенденция роста сочетанных форм эхинококкоза, особенно в эндемичных районах<sup>2</sup>.

В большинстве наблюдений хирургический метод лечения гидатидозного эхинококкоза лег-

ких и печени не имеет альтернативы. На современном этапе, в связи с развитием малоинвазивной хирургии, возможность проведения симультанных операций на легких и печени все чаще обсуждается в литературе. Традиционным доступам предпочитают эндовидеохирургические способы операций – торакоскопию и лапароскопию. При сочетании эхинококкового поражения легких и печени до настоящего времени остается нерешенным вопрос о том, в какой последовательности и с каким интервалом проводить хирургическое лечение множественных паразитарных кист, как дополнить оперативное лечение химиотерапией, уменьшить вероятность развития осложнений.

Техническая сложность, а иногда невозможность одномоментного удаления всех эхинококковых кист при таком эхинококкозе, частое появление рецидивов, приводят к неоднократным оперативным вмешательствам<sup>3</sup>. На протяжении

---

<sup>o</sup> Иванов Сергей Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургии ИПО СамГМУ.

E-mail: [docisa@mail.ru](mailto:docisa@mail.ru)

Корьмасов Евгений Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии ИПО СамГМУ. E-mail: [korymasov@mail.ru](mailto:korymasov@mail.ru)

Мешков Сергей Викторович, кандидат медицинских наук, врач-хирург отделения абдоминальной хирургии СОКБ им. М.И.Калинина. E-mail: [msvdoc@mail.ru](mailto:msvdoc@mail.ru)

<sup>1</sup> Ильхамов Ф.А. Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени: автореф. дис. ... д-ра мед.наук / Ф.А.Ильхамов – Ташкент, 2005. – С. 3; Эхинококкоз. Информационный бюллетень ВОЗ №377, март 2014 г.

<sup>2</sup> Вишнеvский, В.А. Радикальное лечение эхинококкоза печени. Современное состояние проблемы / В.А.Вишнеvский, Р.З.Икрамов, М.А.Кахаров, М.Г.Ефанов // Бюллетень сибирской медицины. – 2007. – № 3, – С.22 – 26.

---

<sup>3</sup> Вафин, А.З. Социально-экономическая оценка эхинококкоза / А.З.Вафин, Э.Х.Байчоров, А.Н.Айдемиров // Проблемы эхинококкоза. – Махачкала: 2000. – С.38 – 39; Ветшев, П.С. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы на состояние проблемы / П.С.Ветшев, Г.Х.Мусаев // Анналы хирургической гепатологии. – 2006, том 11. – № 1. – С.111 – 117; Озерецковская, Н.Н. Цестодозы-зоонозы – неотложная глобальная проблема / Н.Н.Озерецковская // Мед. паразитология. – 2001. – №1. – С.52 – 59; Anadol, D. Hydatid disease in childhood: a retrospective analysis of 376 cases / D.Anadol, A.Gocmen, N.Kiper, U.Ozcelik // Pediatr. Pulmonol. – 1998. – V ol. 26, N3. – P. 190 – 196.

некоторого времени после очередной операции больные испытывают временное облегчение. Однако при такой интенсивной инвазии не могут "выйти из заболевания" и погибают либо от осложнений эхинококкоза, либо от прогрессирующей кахексии.

*Цель исследования.* Улучшение результатов оперативного лечения сочетанного эхинококкоза легких и печени. *Материалы и методы.* В основе настоящего сообщения положен анализ результатов хирургического лечения 61 больного с сочетанным эхинококкозом легких и печени, в том числе 25 (40,9%) мужчин и 36 (59,1%) женщин, находившихся на лечении в хирургических отделениях СОКБ им. М.И.Калинина за период с 1994 по 2013 год. Возраст пациентов составил от 18 до 75 лет.

Всем больным до госпитализации проводилось комплексное клиническое, рентгенологическое обследование, включавшее УЗИ, КТ грудной и брюшной полостей, иммуноферментный анализ на эхинококкоз (ELISA), общие и биохимические анализы крови. Компьютерную томографию считали определяющим методом дооперационной диагностики числа, расположения и соотношения паразитарных кист с окружающими органами. УЗИ применяли для установления стадии жизнедеятельности кист в соответствии с разработанной нами эхографической классификации эхинококковых кист печени<sup>4</sup>. Паразитарный характер заболевания подтверждали с помощью ИФА.

У 48 пациентов сочетанное поражение печени и легких было установлено одновременно, 13 больных ранее перенесли операции по поводу эхинококкоза других локализаций в сроки до 10 лет. Судить об одномоментной инвазии различных органов у этих пациентов было сложно, однако нельзя было исключить вероятность недостаточно полного обследования при первичной госпитализации.

В результате диагностических мероприятий в зависимости от локализации, числа паразитарных кист, были выявлены: эхинококкоз правого легкого и печени – у 31 больного, двусторонний эхинококкоз легких и печени – у 22 больных, эхинококкоз левого легкого и печени у 8 пациентов.

*Результаты и обсуждение.* Особенностью клинического течения сочетанного эхинококкоза печени и легких у наших пациентов было то, что развитие паразита и рост кист происходили неравномерно, длительное время эхинококкоз пе-

чени не имел проявлений, а клиника была типичной только для поражения легких. В анамнезе у пациентов с преобладанием патологического процесса в печени отмечаются частые затяжные респираторные заболевания, а эхинококковые кисты в легких выявлялись только на этапе стационарного обследования.

В наших наблюдениях вопрос о том, из какого органа в первую очередь следует удалять кисту, решался строго индивидуально, с учетом особенностей наблюдения. В первую очередь удаляли большие и осложнившиеся кисты из того органа, в котором нарушения функций были более выражены. Как правило, первым этапом выполняли эхинококкэктомии легких в специализированном торакальном отделении.

В большинстве наблюдений этот принцип был оправдан, поскольку устранение легочной патологии уменьшало возможность развития дыхательной недостаточности при абдоминальных операциях, особенно при множественных и больших кистах легких, а также снижался риск разрыва кисты с обсеменением плевральной полости и анафилактического шока. Кисты печени у этих пациентов были небольших размеров. Только, у одной больной с множественным сочетанным эхинококкозом печени, селезенки и правого легкого, при размерах кист во всех органах до 150 мм, первым был проведен абдоминальный этап, так как объем поражения органов брюшной полости превалировал над легким, и существовала опасность спонтанного разрыва кист (например, при кашле). Однако на вторые сутки после операции развилась острая сердечно-легочная недостаточность, которая стала причиной летального исхода, единственного в этой группе больных.

Уменьшение отрицательного воздействия факторов хирургической агрессии путем применения эндовидеохирургических технологий расширило возможности оперативного лечения пациентов с сочетанным эхинококкозом печени и легких. У тех больных, у которых в силу топографо-анатомических особенностей кист невозможно выполнение одномоментных вмешательств на легких и печени, применяли двух и трехэтапные операции, что значительно увеличивало период реабилитации, затрудняло проведение химиотерапии. Результаты оперативного лечения больных с большими эхинококковыми кистами печени и легкого показали, что комбинирование видеолaparоскопических и торакальных вмешательств оправдано и имеет преимущества перед торакофренолапаротомией.

До 1999 года для лечения сочетанного эхинококкоза легких и печени у 42 пациентов приме-

<sup>4</sup> Иванов С.А. Ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени / С.А.Иванов, Б.Н.Котив // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. – 2001. – №3. – С.73 – 76.

няли только традиционные оперативные доступы – торакотомию и лапаротомию для удаления паразитарных кист. В этот период выполняли последовательные вмешательства: а) эхинококкэктомия из обоих легких, а затем из печени у 13 пациентов; б) эхинококкэктомия из одного легкого, затем из печени – у 26 больных (при этом по показаниям выполняли одно-, двух-, трехмоментные оперативные вмешательства с интервалом 2 – 6 мес); в) у 3 больных при одностороннем поражении нижней доли правого легкого и печени выполняли одномоментное удаление кист, в качестве оперативного доступа применяли торакофренолапаротомию. Последний вариант оперативного вмешательства был травматичным и не нашел широкого распространения. У большинства больных в качестве абдоминального доступа была применена верхнесрединная лапаротомия.

Для ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии печени у 24 пациентов применяли различные варианты ее наружного дренирования. Анализ показал, что при этом виде вмешательств частота развития послеоперационных гнойных осложнений была достоверно выше, чем при "закрытых" способах ликвидации остаточной полости, выполненных у 18 больных (16,6% и 5,5%, соответственно,  $p < 0,05$ ). Однако, применение капитонажа, оментопластики, перицистэктомии и различных вариантов их сочетания не всегда было возможно.

Операции на органах грудной полости проводились из передне-боковой торакотомии в V – VI межреберье. Закрытая эхинококкэктомия с капитонажем полости фиброзной капсулы кист по Дельбе произведена 22 больным. У 5 больных при тотальном поражении нижней доли выполнена лобэктомия. У 15 пациентов при краевом расположении кист выполнена атипичная резекция легкого. Все оперативные вмешательства выполнены с соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности, в качестве гермицида использовали 80% глицерин и 30% водный раствор хлорида натрия.

Химиотерапия в этой группе больных ранее не проводилась, частота рецидивов составила 3,3%: у 1 пациента рецидив отмечен в печени через 2 года, у 1 пациентки – прогрессирование эхинококковых кист в легком через 6 лет после операции.

Анализ результатов традиционного оперативного лечения больных сочетанным эхинококкозом печени и легких показал, что сроки реабилитации при двухэтапном лечении составляли от 5 до 7 месяцев. Ожидание второй операции отрицательно отражалось на психологическом со-

стоянии пациентов, особенно при осложнениях после первого вмешательства. Очевидно, что проведение симультанных операций возможно не у всех больных, однако при наличии показаний следует отдать предпочтение одномоментному удалению кист с использованием малоинвазивных технологий, что позволяет сократить сроки послеоперационной реабилитации до 1 месяца.

Начиная с 1999 года в СОКБ им. М.И.Калинина, одновременно с химиотерапией эхинококкоза, был внедрен метод лапароскопической эхинококкэктомии с применением разработанного нами оригинального устройства<sup>5</sup>, что позволило одномоментно выполнять оперативные вмешательства на двух полостях – брюшной и грудной, во время одного наркоза. Подобные операции выполнены 6 пациентам. Первым этапом выполняли лапароскопическую эхинококкэктомия печени, вторым – торакотомию с эхинококкэктомией легкого. У 2 пациентов выполнена правосторонняя нижняя лобэктомия, у 4 – атипичная резекция правого и левого легкого. Послеоперационных осложнений и летальных исходов в этой группе пациентов не было.

Развитие в 2003 году технологии пункционно-го лечения эхинококковых кист печени малых размеров позволило у 4 пациентов на первом этапе отказаться от лапаротомии, выполнив только операции по удалению эхинококковых кист в легких. В последующем эти пациенты прошли курс пункционного лечения эхинококковых кист печени по методике PAIR (пункция, аспирация, инъекция, реаспирация). Сроки наблюдения составили до 10 лет; рецидивов заболелания не отмечено.

С повышением доступности препаратов альбендазола представилась возможность еще более ограничить показания к торакотомии у ряда пациентов с сочетанным эхинококкозом легких и печени. Результаты контрольной компьютерной томографии, выполненной у 9 больных с множественными мелкими эхинококковыми кистами в легких, показали, что после первичной операции на печени и применения 3 курсов химиотерапии, в 3 наблюдениях эхинококковые кисты в легких уменьшились более чем в два раза, а у 2 пациентов отсутствовали. У 4 больных химиотерапия оказалась менее эффективна, им впослед-

<sup>5</sup> Зубарев, П.Н. Новые методы хирургического лечения эхинококковых кист печени / П.Н.Зубарев, И.Г.Игнатович, С.А.Иванов // Вестник хирургии им. И.И.Грекова, № 6, 2001. – С.75 – 78.

ствии выполнена эхинококкэктомия торакотомным доступом.

В настоящее время, все пациенты, оперированные по поводу эхинококкоза печени и легкого, получают противорецидивную химиотерапию, что является стандартом лечения. В ряде случаев химиотерапия позволяет отказаться от травматичного вмешательства, являясь альтернативой открытой операции и дополняя пункционный метод лечения эхинококковых кист.

*Выводы.* Традиционные этапные открытые оперативные вмешательства остаются основой

хирургической тактики при сочетанном эхинококкозе легких и печени. Сочетанное выполнение во время одного наркоза лапароскопического и торакоскопического удаления эхинококковых кист является перспективным направлением, улучшающим как результаты лечения, так и качество жизни пациентов. Однако данный вариант тактики не является самоцелью и требует взвешивающего подхода и накопления опыта в специализированных отделениях.

## SURGICAL TACTICS AT TREATMENT OPTIONS COMBINED LUNG AND LIVER HYDATIDOSIS

© 2015 S.A.Ivanov<sup>1</sup>, E.A.Korymasov<sup>1</sup>, S.V.Meshkov<sup>2</sup><sup>o</sup>

<sup>1</sup> Samara State Medical University

<sup>2</sup> Samara regional clinical hospital of M.I.Kalinin

The article analyses the results of various surgical operations when combined with lung and liver hydatid disease, reflected aspects of minimally invasive surgery in the treatment of parasitic cysts, a contemporary representation of diagnostic and treatment algorithms. Identify ways of improving the results of surgical treatment of combined hydatidosis.

*Keywords:* hydatid cyst of the liver, lung, echinococcectomy, laparoscopy.

---

<sup>o</sup> Sergey Anatolyevich Ivanov, doctor of medical sciences, professor of department of surgery. E-mail: [docisa@mail.ru](mailto:docisa@mail.ru)  
Evgeny Anatolyevich Korymasov, doctor of medical sciences, professor, head of the department of surgery.  
E-mail: [korymasov@mail.ru](mailto:korymasov@mail.ru)  
Sergey Viktorovich Meshkov, candidate of medical sciences, doctor-surgeon of office of abdominal surgery.  
E-mail: [msvdoc@mail.ru](mailto:msvdoc@mail.ru)