

УДК: 616.89-02-089.( 616.831-002.951.21)  
DOI: 10.24061/2413-4260.VIII.3.29.2018.7

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Ф.Г. Назыров<sup>1</sup>, А.М. Шамсиев<sup>2</sup>,  
О.Дж. Эшонходжаев<sup>1</sup>,  
К.Э. Рахманов<sup>2</sup>, С.С. Давлатов<sup>2</sup>

Республиканский специализированный  
научно-практический медицинский центр хирургии  
им. акад. В.Вахидова<sup>1</sup>  
(г. Ташкент, Узбекистан)  
Самаркандский государственный медицинский институт<sup>2</sup>  
(г. Самарканд, Узбекистан)

**Резюме:** Анализ научно-медицинской и патентной документации свидетельствует о том, что в доступной нам литературе отсутствует определение показаний к использованию того или иного способа операции с учетом различных факторов, влияющих на результаты лечения.

**Цель исследования.** Повысить эффективность хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени на основе оценки состояния печени и выбора оптимального оперативного вмешательства.

**Материал исследования.** В основу работы положен опыт хирургического лечения 240 больных эхинококкозом печени различной локализации, оперированных в клинике СамМИ с 2009 по 2017 гг. В контрольную группу включены 117 (48,7%) больных, оперированных в 2009-2012 гг. В основную группу вошли 123 (51,3%) больных, оперированных в 2013-2017 гг.

**Результаты исследования.** В контрольной группе больных отмечали интраоперационные осложнения такие как, анафилактический шок (0,8%) и кровотечения (1,7%). По сравнению с 2009-2012 гг., частота послеоперационных осложнений снизилась с 13,7 до 4,1%. В основной группе больных летальный исход не отмечен, в контрольной группе больных умерло 2 (1,7%) больных. Из 209 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза отмечен у 11 (5,3%).

**Выводы.** Балльная оценка факторов, влияющих на выбор операции у больных эхинококкозом печени, позволяет выбрать оптимальный способ эхинококкэктомии с учетом индивидуальных особенностей организма и улучшить результаты лечения.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени; хирургическое лечение; балльная система.

## Введение

«Научные достижения последних лет кардинально изменили подходы к диагностике и выбору метода лечения больных эхинококкозом. В настоящее время хирургия эхинококкоза включает в себя традиционные, видеоэндоскопические и чрескожные минимально инвазивные оперативные вмешательства» [1]. Этот тезис Резолюции XXII Международного Конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ, прошедшего в сентябре 2015 года в Ташкенте, подтверждает большое количество работ, посвященных хирургическому лечению эхинококкоза. Несмотря на это, на сегодняшний день не решены вопросы выбора оптимальной тактики хирургического лечения, снижения его травматичности, что, безусловно, подтверждает актуальность настоящего исследования.

Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени во многом зависят от локализации, размера кисты и наличия осложнений, что требует выбор адекватного доступа и капитонаж остаточной полости [4]. При этом перед хирургом стоит сложная задача в определении показаний к использованию того или иного способа операции с учетом различных факторов. Как правило, при выборе того или иного способа операции хирург учитывает возможность возникновения послеоперационных осложнений и риск развития рецидива эхинококкоза [2, 3]. Для решения поставленных задач каждый хирург руководствуется своими критериями.

Анализ научно-медицинской и патентной документации свидетельствует о том, что в доступной нам ли-

тературе отсутствует определение показаний к использованию того или иного способа операции с учетом различных факторов влияющих на результаты лечения.

## Материал и методы исследования

В основу работы положен опыт хирургического лечения 240 больных эхинококкозом печени различной локализации, оперированных в клинике СамМИ с 2009 по 2017 гг. В контрольную группу включены 117 (48,7%) больных, оперированных в 2009-2012 гг. В основную группу вошли 123 (51,3%) больных, оперированных в 2013-2017 гг.

Успешная радикальная эхинококкэктомия (ЭЭ) во многом зависит от правильно выбранного хирургического доступа, который существенно влияет на ход операции, имеет определенное значение в исходе хирургического лечения, отражается на течении реабилитационного периода. При выборе доступа мы ориентировались на результаты дооперационной топической диагностики. Мультиспиральную компьютерную томографию сочетали с данными УЗИ. Учитывали количество кист, их размеры, а также характер и тяжесть осложнений.

Для решения поставленных задач использовалась балльная система (табл. 1).

На основании полученных данных индивидуально каждого больного основной группы исследования оценивали по балльной системе (рис. 1). Оценивая по балльной системе нами было оперировано 139 больных. Все больные были разделены на 3 основные группы.

Таблица 2

Бальная система показаний к использованию разных способов эхинококкэктомии

№	Факторы влияющие на выбор операции	Характеристика факторов		Баллы
1	Характер ларвоцисты	Однокамерная		0
		Многокамерная		1
2	По количеству кист	Одиночная		0
		Множественная	С поражением одной доли	1
			С поражением обеих долей	2
3	По диаметру кисты	Малые (до 5см)		0
		Средние (6-10 см)		1
		Большие (11-20 см)		2
		Гигантские (больше 20 см)		3
4	По локализации кисты	Краевая локализация		0
		Киста диафрагмальной поверхности печени		1
		Киста висцеральной поверхности печени		2
		Внутрипаренхиматозная киста		3
		Киста в области ворот печени		4
Киста занимающая всю долю		5		
5	По наличию осложнений	Осложнений нет		0
		Есть осложнения	Обызвествление	1
			Нагноение кисты	2
			Сдавление желчных путей	3
			Портальная гипертензия	4
			прорыв в билиарный тракт	5
			Прорыв в полость	6
Сочетанные осложнения	7			
6	По происхождению	Первичный эхинококкоз		0
		Рецидивный эхинококкоз	Спаек нет	1
			Выраженные спайки	2

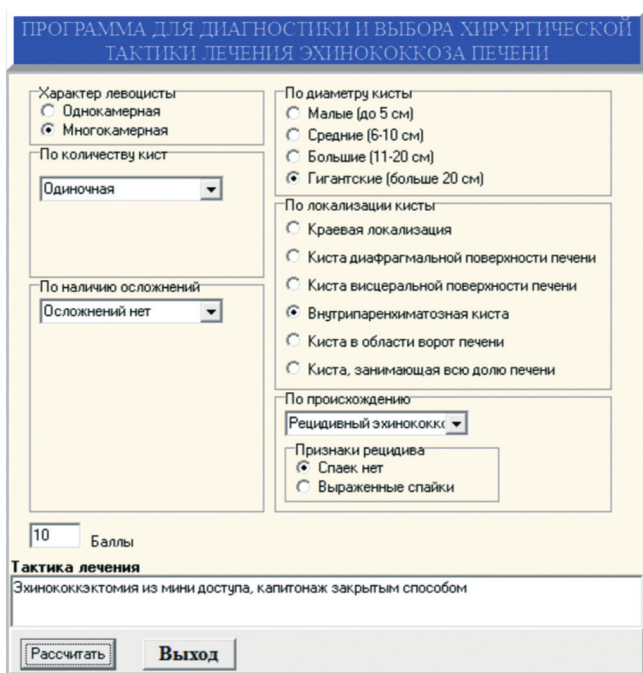


Рис. 1. Внешний вид интерфейса программы для диагностики и хирургической тактики лечения эхинококкоза печени (Свидетельство об официальной регистрации программы для ЭВМ № DGU 03904).

Пациентам 1-й группы с суммарным количеством набранных баллов до 5 выполняли лапароскопическую эхинококкэктомию (ЛЭЭ).

Эту группу составили больные, у которых, как правило, имелись небольшие, не осложненные кисты с краевым расположением и не отмечалось выраженных спаек брюшной полости, отсутствовали сопутствующие заболевания. Таким больным производили абдоминализацию или только дренирование остаточной полости после обработки горячим глицерином, подогретым до 700С.

Во 2-й группе с количеством баллов от 6 до 10 мы выполняли эхинококкэктомию из мини доступа. В частности, при поражении печени в зависимости от локализации кист мы использовали топические минидоступы в правом подреберье, в левом подреберье и срединный минидоступ. Так, показанием к правостороннему минидоступу являлось поражение сегментов правой доли и IV сегмента левой доли печени. Этот разрез использован у 74 (87,0%) больных. У 9 (10,6%) пациентов с поражением левой доли и V сегмент правой доли печени эхинококкэктомию выполнили через срединный минидоступ. В одном (1,2%) случае нам пришлось прибегнуть к левостороннему подреберному мини разрезу при локализации кисты во II сегменте печени. В другом случае, когда мы имели дело с сочетанным эхинококкозом VII сегмента печени и селезенки, поэтапно выполнили минилапаротомию в обеих подреберьях.

При рецидивных, больших эхинококковых кистах, расположенных в труднодоступных сегментах печени (VIII, VII, I), применяли широкую

лапаротомию из срединного или косо-го подреберного доступа. Эти больные с набранным количеством баллов от 11 до 20 вошли в 3-й группу.

Для сравнения полученных результатов нами в качестве контрольной группы взяты 117 больных, которых оперировали по поводу эхинококкоза печени в плановом порядке без учета балльной оценки. Использовали те же методики, что и в основных группах.

### Результаты исследования

В контрольной группе больных отмечали интраоперационные осложнения, такие как анафилактический шок (n=1) и кровотечения (n=2). У 1 больного во время ЛЭЭ открытым способом отметили анафилактический шок, из-за чего не была выполнена радикальная операция. Больной был успешно прооперирован через год по поводу резидуального эхинококкоза печени. 2-м больным потребовалась конверсия из-за внутрибрюшного кровотечения после попытки эхинококкэктомии лапароскопическим доступом при расположении кисты внутри паренхимы печени в III и IV сегментах.

Совершенствование выбора тактики хирургического лечения эхинококкоза печени, снижение травматичности хирургического доступа и другие новшества не могли не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. Так, по сравнению с 2009-2012 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась с 13,7 до 4,1%, т.е. в 3 раза. Значительно реже стали встречаться такие осложнения, как нагноение остаточной полости (в 4 раза), нагноение лапаротомной раны (в 3 раза), образование желчных свищей (в 2 раза), не было поддиафрагмальных абсцессов.

В основной группе больных летальный исход не был отмечен, в контрольной группе умерло 2 (1,7%) больных. В одном случае смерть наступила от тромбоэмболии легочной артерии. Во втором случае через 3 месяца после операции смерть наступила в результате тяжелого эндотоксикоза на фоне нагноения остаточной полости и сепсиса.

Нами были проанализированы отдаленные результаты у 209 (87,1%) из 240 оперированных больных по поводу эхинококкоза печени. Для оценки отдаленных результатов больные подвергались тщательному анкетированию, амбулаторному и стационарному обследованию. Отдаленные результаты изучались в сроки от 1 года до 7 лет.

Одним из главных показателей, характеризующих эффективность оперативного вмешательства при эхинококкозе, является частота рецидивов заболевания. При изучении характера рецидива (истинный рецидив, резидуальная киста или реинвазия) нами сопоставлялись локализация первично оперированной и повторно выявленной кист, сроки появления рецидива, особенности ранее применявшихся методов хирургического вмешательства, количество, размеры и осложненность первичных кист.

Из 209 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза был отмечен в 11 случаях (5,3%). Благодаря применению

вышперечисленных инноваций и мер профилактики заболевания частоту рецидивов удалось снизить с 10,1% до 0,9%. Отмеченное с 2013 года резкое снижение количества рецидивов заболевания мы связываем с переходом на метод обработки остаточных полостей глицерином комнатной температуры, а в последующем – горячим глицерином. Еще большему уменьшению количества рецидивов, на наш взгляд, способствовало обязательное назначение всем больным послеоперационной химиотерапии начиная с 2010 года.

Анализ мировой литературы показывает, что в настоящее время нет точных критериев, позволяющих классифицировать вновь выявленные паразитарные кисты как реинвазивные, резидуальные, имплантационные или метастатические. Чтобы приблизительно ориентироваться в природе вновь выявленных в отдаленном периоде кист, мы изучили взаимоотношения локализации рецидивных и первично удаленных кист. Те рецидивные кисты, которые развивались в зоне предыдущего вмешательства, условно можно связать с недостатками апаразитарной и антипаразитарной техники первичного вмешательства. Если рецидив возникает в другой доле оперированного органа или в другом органе, то такие кисты, вероятнее всего, прогрессируют из микроскопических ларвоцист (рис. 2).

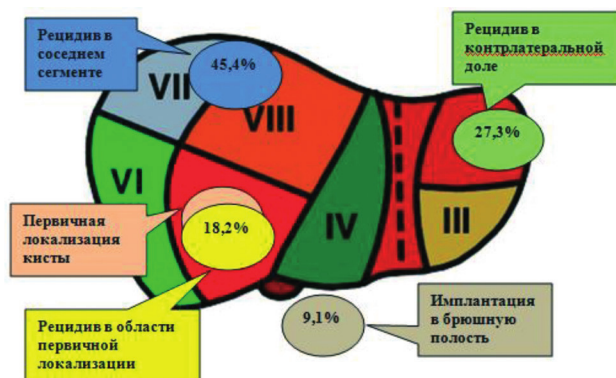


Рис. 2. Локализация рецидивных кисту больных первичным эхинококкозом

В наших наблюдениях 63,6% рецидивов возникли в той же доле органа, откуда была удалена первичная киста. При этом локализация рецидивной кисты лишь у 18,2% больных совпала с посегментарной локализацией первичной кисты, что позволило исключить абсолютное доминирование роли фиброзной капсулы в генезе рецидивного течения заболевания. Вероятность развития рецидива при этом, возможно, связана с тем, что первичное поражение печени изначально могло быть множественным, а развитие только одной паразитарной кисты связано с ее доминированием, конкурентно подавляющим рост остальных кист.

### Выводы

Таким образом, балльная оценка факторов, влияющих на выбор операции у больных эхинококкозом печени, позволяет выбрать оптимальный способ ЭЭ с учетом индивидуальных особенностей организма и



улучшить результаты лечения.

Применение предложенного комплекса способствует снижению частоты послеоперационных осложнений с 13,7 до 4,1%, сокращению продолжительности хирургического вмешательства, уменьшению сроков стационарного лечения в два раза.

Рецидивный эхинококкоз печени, строго связанный с областью первичной локализации паразитарной кисты, составил 18,2% от всех рецидивных форм. Большая доля рецидивных эхинококковых кист в удаленных от первичного очага сегментах (45,4%) и даже поражение

другой доли (27,3%) ставят под сомнение роль фиброзной капсулы первичной кисты как основного фактора рецидива заболевания, а значит, и целесообразность перцистэктомии и широкого использования резекционных технологий.

#### Перспективы дальнейших исследований

Будут продолжены исследования в выбранном научном направлении.

**Конфликт интересов:** Авторы не заявляли какого-либо конфликта интересов.

### Література

1. Резолюция XXII Международного конгресса Ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ Актуальные проблемы гепатобилиарной хирургии; 2015 Сен 7-9; Ташкент, Узбекистан. *Annals of Surgical Hepatology*. 2015;20 (4):128-31.
2. Назыров ФГ, Девятков АВ, Акбаров ММ, Махмудов УМ, Бабаджанов АХ. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени. *Annals of Surgical Hepatology*. 2011;16(4):19-24.
3. Худайбергенов ШН, Абролов ХК, Ибадов РА, Ирисов ОТ, Эшонходжаев ОД, Турсунов НТ, и др. Эхинококкоз грудной полости, осложненный аррозийным кровотечением из крупных сосудов. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2016;11(Вып 2):46-51.
4. Шамсиев ЖА, Рахманов КЭ, Давлатов СС, Жураева ФФ. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени. *European Science*. 2017;7:49-54.

### ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОККОЗА ПЕЧІНКИ

*Ф.Г. Назыров<sup>1</sup>, А.М. Шамсиев<sup>2</sup>, О.Дж. Эшонходжаев<sup>1</sup>,  
К.Е. Рахманов<sup>2</sup>, С.С. Давлатов<sup>2</sup>*

Республіканський спеціалізований науково-практичний  
медичний центр хірургії ім. акад. В.Вахідова<sup>1</sup>  
(м Ташкент, Узбекистан)  
Самаркандський державний медичний інститут<sup>2</sup>  
(м Самарканд, Узбекистан)

#### Резюме

Аналіз науково-медичної та патентної документації свідчить про те, що в доступній нам літературі відсутнє визначення показань до використання того чи іншого способу операції з урахуванням різних факторів, що впливають на результати лікування.

**Мета дослідження.** Підвищити ефективність хірургічного лікування пацієнтів з ехінококкозом печінки на основі оцінки стану печінки і вибору оптимального оперативного втручання.

**Матеріал дослідження.** В основу роботи покладено досвід хірургічного лікування 240 хворих на ехінококкоз печінки різної локалізації, оперованих в клініці СамМІ з 2009 по 2017 рр. До контрольної групи включені 117 (48,7%) хворих, оперованих в 2009-2012 рр. До основної групи увійшли 123 (51,3%) хворих, оперованих в 2013-2017 рр.

**Результати дослідження.** У контрольній групі хворих відзначали інтраопераційні ускладнення такі як, анафілактичний шок (0,8%) і кровотечі (1,7%). У порівнянні з 2009-2012 рр., частота післяопераційних ускладнень знизилася з 13,7 до 4,1%. В основній групі хворих летального виходу не було, у контрольній групі померло 2 (1,7%) хворих. З 209 хворих, обстежених у віддалені терміни, рецидив ехінококкозу відзначений у 11 (5,3%).

**Висновки.** Бальна оцінка факторів, що впливають на вибір операції у хворих на ехінококкоз печінки, дозволяє вибрати оптимальний спосіб ехінококкэктомія з урахуванням індивідуальних особливостей організму і поліпшити результати лікування.

**Ключові слова:** ехінококкоз печінки; хірургічне лікування; бальна система.

### WAYS TO IMPROVE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

*F.G. Nazayrov<sup>1</sup>, A.M. Shamsiev<sup>2</sup>, O.D. Eshonhodjaev<sup>1</sup>,  
K.E. Rakhmanov<sup>2</sup>, S.S. Davlatov<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Republican Specialized Center of Surgery named after  
academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan)  
<sup>2</sup>Samarkand State Medical Institute<sup>2</sup> (Samarkand,  
Uzbekistan)

#### Summary

Analysis of scientific and medical and patent documentation indicates that in the literature available to us there is no definition of indications for the use of a particular method of surgery, taking into account various factors affecting the results of treatment.

**Aim of the study** - to improve the efficacy of the surgical treatment of patients with the liver echinococcosis on the basis of assessment of the liver condition and choice of the optimal surgical operation.

**Material of the study.** The work is based on the experience of surgical treatment of 240 patients with echinococcosis of the liver of various locations operated in the SamMI clinic from 2009 to 2017. The control group included 117 (48.7%) patients operated in 2009-2012. The main group included 123 (51.3%) patients operated in 2013-2017.

**Results of the study.** In the control group of patients, intraoperative complications such as anaphylactic shock (0.8%) and bleeding (1.7%) were noted. Compared with 2009-2012. the incidence of postoperative complications decreased from 13.7 to 4.1%. In the main group of patients, the lethal outcome was not noted, in the control group of the patients 2 (1.7%) patients died. Of the 209 patients who were examined at a later date, relapse of echinococcosis was noted in 11 (5.3%).

**Conclusions.** Score assessment of factors affecting the choice of surgery in patients with liver echinococcosis allows you to choose the optimal method of EE taking into account the individual characteristics of the organism and improve the results of treatment.

**Key words:** Liver Echinococcosis; Surgical Treatment; Point System.

**Контактна інформація:**

**Назыров Ф.Г.**, д.м.н., професор, директор Республіканського спеціалізованого науково-практичного медичного центру хірургії ім. акад. В.Вахідова. - Академік АН РУз (г. Ташкент, Узбекистан)

**Шамсієв А.М.**, д.м.н., професор кафедри дитячої хірургії, ректор Самаркандського державного медичного інституту (г. Самарканд, Узбекистан)

**Ешонходжаєв О.Д.**, д.м.н., перший заступник директора Республіканського спеціалізованого науково-практичного медичного центру хірургії ім. акад. В.Вахідова (г. Ташкент, Узбекистан)

**Рахманов К.Е.**, асистент кафедри хірургічних хвороб №1 Самаркандського державного медичного інституту (г. Самарканд, Узбекистан)

**Давлатов С.С.**, старший викладач кафедри хірургічних хвороб №1, вчений секретар Самаркандського державного медичного інституту (г. Самарканд, Узбекистан)

[Davlatov Salim Sulaymonovich]

**e-mail:** sammi-xirurgiya@yandex.ru

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3268-7156>

**eLibrary SPIN-код:** 1738-3390

**Контактная информация:**

**Назыров Ф.Г.**, д.м.н., профессор, директор Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии им. акад. В.Вахидова. – Академик АН РУз (г. Ташкент, Узбекистан)

**Шамсиев А.М.**, д.м.н., профессор кафедры детской хирургии, ректор Самаркандского государственного медицинского института (г. Самарканд, Узбекистан)

**Эшонходжаев О.Д.**, д.м.н., первый заместитель директора Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии им. акад. В.Вахидова (г. Ташкент, Узбекистан)

**Рахманов К.Э.**, ассистент кафедры хирургических болезней №1 Самаркандского государственного медицинского института (г. Самарканд, Узбекистан)

**Давлатов С.С.**, старший преподаватель кафедры хирургических болезней №1, ученый секретарь Самаркандского государственного медицинского института (г. Самарканд, Узбекистан)

[Davlatov Salim Sulaymonovich]

**e-mail:** sammi-xirurgiya@yandex.ru

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3268-7156>

**eLibrary SPIN-код:** 1738-3390

**Contact Information:**

**Nazirov F.G.**, Doctor of Medical Sciences, professor, director of the Republican specialized scientific and practical medical center of surgery named after academician V. Vakhidov. Academician of the Academy of Sciences of Uzbekistan (Tashkent, Uzbekistan)

**Shamsiev A.M.**, Doctor of Medical Sciences, professor of the Department of Pediatric Surgery, rector of the Samarkand State Medical Institute (Samarkand, Uzbekistan)

**Eshonhodzaev O.D.**, Doctor of Medical Sciences, First Deputy Director of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov (Tashkent, Uzbekistan)

**Rakhmanov K.E.**, - assistant of the Department of Surgical Diseases No. 1 of the Samarkand State Medical Institute (Samarkand, Uzbekistan)

**Davlatov S.S.**, Senior teacher of the Department Surgical Diseases No. 1, Scientific Secretary of the Samarkand State Medical Institute (Samarkand, Uzbekistan)

[Davlatov Salim Sulaymonovich]

**e-mail:** sammi-xirurgiya@yandex.ru

**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-3268-7156>

**eLibrary SPIN-код:** 1738-3390

© Ф.Г. Назыров, А.М. Шамсиев, О.Дж. Эшонходжаев, К.Э. Рахманов, С.С. Давлатов, 2018

© F.G. Nazirov, A.M. Shamsiev, O.D. Eshonhodjaev, K.E. Rakhmanov, S.S. Davlatov, 2018

Надійшло до редакції 14.04.2018  
Підписано до друку 15.06.2018