

ISSN 2304-9081

Учредители:  
Уральское отделение РАН  
Оренбургский научный центр УрО РАН

**Бюллетень**  
**Оренбургского научного центра**  
**УрО РАН**  
(электронный журнал)



**2014 \* № 1**

On-line версия журнала на сайте  
<http://www.elmag.uran.ru>

© Коллектив авторов, 2014

УДК [616.36–002.951.21–02:616.381–002]–089–053.2

*С.П. Досмагамбетов<sup>1,2</sup>, Г.Б. Кенжалиев<sup>2</sup>, Е.Н. Кенжегулов<sup>2</sup>*

## **МЕТОДЫ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ У ДЕТЕЙ**

<sup>1</sup> Областная детская клиническая больница, Актобе, Казахстан

<sup>2</sup> Западно-Казахстанский Государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, Актобе, Казахстан

*Цель.* Определить эффективность эндовидеохирургических технологий эхинококкэктомии и санации брюшной полости в сочетании с антигельминтной терапией.

*Материалы и методы.* Проведен анализ лечения эхинококковых кист печени, осложненных перитонитом у 12 больных. У 5 больных применены традиционные хирургические методы лечения, у 7 больных применены лапароскопические методы санации брюшной полости и эхинококкэктомии. В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась антигельминтная терапия альбендазолом.

*Результаты.* Сравнительные результаты лечения показали преимущества лапароскопической эхинококкэктомии печени, санации брюшной полости и антигельминтной терапии, которые выражались в более ранней нормализации температуры тела, купировании болевого синдрома, двигательной активности, восстановлении перистальтики кишечника, нормализации показателей крови, прекращении экссудации из остаточной полости. Все это позволило сократить сроки стационарного лечения. Рецидив заболевания отмечался у 1 больного после традиционной операции.

*Заключение.* Таким образом, минимальная травма и адекватный объем оперативного вмешательства при проведении лапароскопической эхинококкэктомии, санации брюшной полости при эхинококкозе печени, осложненном перитонитом, способствуют более благоприятному течению послеоперационного периода, чем при традиционном хирургическом лечении. Химиотерапия альбендазолом в послеоперационном периоде надежно предупреждает после обсеменения брюшной полости рецидив заболевания.

*Ключевые слова:* эхинококк, перитонит, лапароскопия, эхинококкэктомия, альбендазол.

---

---

*S.P. Dosmagambetov<sup>1,2</sup>, G.B. Kenzhaliev<sup>2</sup>, E.N. Kenzhegulov<sup>2</sup>*

## **METHODS OF ENDOVIDEOSURGERY TREATMENT FOR HEPATIC ECHINOCOCCOSIS, COMPLICATED BY PERITONITIS AT CHILDREN**

<sup>1</sup> Regional Children's Hospital , Aktobe, Kazakhstan

<sup>2</sup> West Kazakhstan State Medical University named after Marat Ospanov , Aktobe, Kazakhstan

*Aim.* To determine the effectiveness technologies endovideosurgical echinococcectomy and sanitation of the abdominal cavity combined with anthelmintic therapy.

*Materials and Methods .* Analysis of treatment of hydatid cysts of the liver, complicated by peritonitis in 12 patients was performed. Traditional surgical treatment in 5 patients were applied. Laparoscopic techniques of sanitation abdominal and echinococcectomy for 7 patients were performed. To all patients antihelminthic albendazole therapy postoperatively was performed.

*Results.* Comparative results of treatment showed the benefits of laparoscopic echinococcectomy from liver, abdominal sanitation and anthelmintic therapy, which were expressed in an earlier normalization of body temperature, pain relief, motor activity, restoration of intestinal peristalsis, normalization of blood, cease of exudation from the residual cavity. All this has reduced the time of hospital treatment. Relapse was observed in 1 patient after conventional surgery.

*Conclusion.* Thus, the minimum trauma and adequate amount of surgery during laparoscopic echinococcectomy, sanitation abdominal hydatid cyst in the liver, complicated by peritonitis, contribute to a more favorable course of the postoperative period than traditional surgery. Albendazole chemotherapy postoperatively reliably prevents contamination of the abdominal cavity after relapse.

*Keywords:* Echinococcus, peritonitis, laparoscopy, echinococcectomy, albendazole.

## **Введение.**

Гидатидный эхинококкоз печени – широко распространенное паразитарное заболевание человека, которое в детском возрасте протекает гораздо тяжелее, чем у взрослых [1]. В течение заболевания возможно развитие различных осложнений, среди которых важное место занимают разрыв стенки кисты печени с развитием перитонита и анафилактического шока, которые обуславливают тяжесть состояния больных [2, 3]. Развившееся грозное осложнение требует соблюдения рациональной лечебной тактики, направленной на подготовку, проведения щадящего оперативного лечения, послеоперационное ведение и профилактику рецидива заболевания [4, 5].

Цель работы: определить эффективность эндовидеохирургических технологий эхинококкэктомии и санации брюшной полости в сочетании с антигельминтной терапией.

## **Материал и методы исследования.**

С 2000 по 2013 год в клинике детской хирургии г. Актобе находилось на лечении 12 больных с осложненным перитонитом эхинококковых кист печени в возрасте от 4 до 14 лет. Сроки поступления больных составили  $9,5 \pm 1,5$  часов после появления первых клинических симптомов перитонита. В анамнезе у 9 (64%) больных развитию перитонита предшествовала травма (удар, падение), после которой отмечался болевой абдоминальный синдром и многократная рвота. При клиническом обследовании, кроме тяжелого состояния больных и характерных перитонеальных симптомов, обращало на себя внимание появление крапивницы в виде полиморфной сыпи на лице, туловище и конечностях. В анализах крови отмечался нейтрофильный лейкоцитоз в пределах  $15,9 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$ , эозинофилия до  $9,2 \pm 0,8\%$ . Ультразвуковое

исследование позволяло не только выявить наличие свободной жидкости в брюшной полости, но и установить причину перитонита – наличие кистозных образований в печени. Титр антиэхинококковых антител в крови составил  $1:1680 \pm 278$ . Предоперационная подготовка была направлена на коррекцию нарушений гомеостаза и включала в себя дезинтоксикационную, десенсибилизирующую и противошоковую терапию. Оперативное лечение семи больных с осложненным эхинококкозом печени проведено лапароскопическим способом [3, 6]. Пневмоперитонеум накладывался в пупочной области – в нижней точке Калька. После введения дополнительного троакара в правой подвздошной области выполнялась ревизия брюшной полости, устанавливалась причина и степень распространенности процесса. Во время лапароскопии во всех отделах брюшной полости обнаруживался мутный, с геморрагической примесью, с обрывками хитиновой оболочки выпот. Выполнялась первичная санация брюшной полости растворами, удаление фрагментов хитиновой оболочки. Затем в правом подреберье вводились дополнительно 2 троакара в зависимости от расположения кисты. После биполярной коагуляции производилось широкое рассечение фиброзной оболочки вскрывшейся кисты, аспирация остаточной жидкости, удаление основной части хитиновой оболочки путем вакуум-экстракции, антипаразитарная обработка внутренней поверхности фиброзной капсулы 1% раствором бетадина и 30% тиосульфатом натрия. При обнаружении других кист, не являющихся причиной перитонита, также производилась лапароскопическая эхинококкэктомия с последующим дренированием остаточных полостей печени и брюшной полости. Операция завершалась дренированием полости кист и брюшной полости. В послеоперационном периоде, кроме антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, проводилась химиотерапия антигельминтным препаратом альбендазолом (Зентел®, GlaxoSmithKline, Франция) в дозе 10 мг/кг массы тела в течение 14 дней. После завершения стационарного лечения в амбулаторных условиях больные после лапароскопической эхинококкэктомии принимали альбендазол в той же дозе два курса по 14 дней с 14 дневным перерывом. Контрольные осмотры проведены в сроки 3 – 6 – 9 -12 месяцев.

Результаты лечения больных с применением лапароскопической санации и эхинококкэктомии печени были сопоставлены с таковыми при традиционном хирургическом лечении. Традиционное оперативное вмешательство

пяти больным было проведено путем лапаротомии и направлено было на тщательную санацию брюшной полости, освобождение от остатков паразита вскрывшейся эхинококковой кисты, антипаразитарную обработку. Ликвидацию остаточной полости печени осуществляли наложением вворачивающих края кисты швов. В послеоперационном периоде больные получали антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, химиотерапия проводилась мебендазолом в дозе 40-60 мг/кг и альбендазолом в дозе 10 мг/кг массы тела. Критериями оценки служили длительность температурной реакции, сроки восстановления перистальтики кишечника, двигательной активности больных, динамика показателей крови и РПГА с эхинококковым диагностикумом.

Полученные результаты обработаны статистически [7].

### **Результаты и обсуждение.**

При анализе результатов обследования пациентов, подвергшихся лапароскопической эхинококкэктомии, санации, дренированию брюшной полости при кистах печени, осложненных перитонитом, отмечалось более благоприятное течение послеоперационного периода. Температура тела нормализовалась на  $2,5 \pm 0,15$  сутки, тогда как после традиционного хирургического лечения – на  $3,8 \pm 0,2$  сутки ( $p < 0,01$ ). Как следствие минимальной инвазивности лапароскопического оперативного вмешательства у пациентов в более ранние сроки купировался болевой синдром ( $1,8 \pm 0,2$  сут. против  $2,5 \pm 0,2$  сут. при традиционном лечении), быстрее восстанавливалась перистальтика кишечника (на  $1,7 \pm 0,16$  сут. против  $2,6 \pm 0,2$  сут. соответственно). Анализ двигательной активности больных в послеоперационном периоде показал, что более ранняя активизация больных, на  $3,5 \pm 0,17$  сутки, наступала после эндовидеохирургического вмешательства, тогда как после лапаротомии – только на  $4,4 \pm 0,2$  сутки. Снижение лейкоцитоза и уменьшение нейтрофилеза до нормальных показателей в анализах периферической крови пациентов после лапароскопической операции наступало на  $2,5 \pm 0,2$  сутки, а после традиционной – на  $3,4 \pm 0,2$  сутки. У больных, перенесших лапароскопическую операцию дренажи были удалены на  $3,6 \pm 0,2$  сутки (в связи с прекращением выделений), сроки их лечения в стационаре составили  $14,5 \pm 0,2$  суток. У пациентов после лапаротомных операций вышеуказанные показатели были заметно выше -  $4,6 \pm 0,4$  и  $19,0 \pm 0,7$  суток соответственно. Рецидив заболевания был отмечен у 1 больного (20%) после традиционной операции. Полученные ре-

зультаты лечения позволяют рекомендовать эндовидеохирургическое вмешательство как метод выбора при лечении больных эхинококкозом печени, осложненным перитонитом.

### **Заключение.**

Таким образом, минимальная травма и адекватный объем оперативного вмешательства при проведении лапароскопической эхинококкэктомии, санации брюшной полости при эхинококкозе печени, осложненном перитонитом, способствуют более благоприятному течению послеоперационного периода, чем при традиционном хирургическом лечении. Химиотерапия альбендазолом в послеоперационном периоде надежно предупреждает послеобсеменение брюшной полости рецидив заболевания.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте. М: Медицина. 2004. 224 с.
2. Шамсиев А.М., Одилов А.Х. и с соавт. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза у детей. Детская хирургия. 1999. 5: 17-21.
3. Agayev R.M. Diagnosis and surgical treatment of complicated liver echinococcosis. Turk. J. Gastroenterol. 2002. Vol. 1: 11-16.
4. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. World Health Organization. Department of Epidemic and Pandemic Alert and Response. Puncture, Aspiration, Injection, Re-aspіration: an option for the treatment of cystic echinococcosis /WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Geneva: World Health Organization. 2001.: 40.
5. Пулатов А.Т. Ошибки при диагностике и лечении эхинококкоза у детей. Детская хирургия. 1998. 4: 24-28.
6. Емельянов С.И., Хамидов М.А. Лапароскопическое удаление эхинококковых кист печени. Хирургия. 2000. 11: 32-34.
7. Гланц С. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. М.: Практика, 1998. 459 с.

*Поступила 21.02.2014 г.*

*(Контактная информация: Досмагамбетов Сагидулла Примжанович – к.м.н, доцент кафедры детской хирургии Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. Марата Оспанова. Заместитель главного врача по лечебной работе ГККП, Областной детской клинической больницы г. Актобе, Юго-Запад, район фабрики ПОШ, 471, тел./факс 8 (7132) 577557, e-mail: [dossag2011@mail.ru](mailto:dossag2011@mail.ru))*