

трасонографическим исследованием тазового дна и тоноперинеометрией при пробах с натуживанием. Ультразвуковое исследование высоты сухожильного центра промежности, определение толщины мышц-леваторов и ректовагинальной перегородки, перинеометрия является простым недорогостоящим исследованием, позволяющим диагностировать функциональную недостаточность тазового дна и индивидуально подойти к выбору метода перинеопластики. Нами были разработаны критерии, выявлению которых свидетельствовало об анатомо-функциональной несостоятельности тазового дна: прирост давления во влагалище при тоноперинеометрии ≤ 5 мм вод. ст, уменьшение высоты тазового дна в области centrum tendineum perinei менее 10 мм по данным сонографии, снижение толщины мышц-леваторов менее 10 мм, расхождение леваторов, увеличение толщины ректовагинальной перегородки за счет ее складчатости выше 18 мм, повышение коэффициента соотношения толщины промежности-силы промежностных мышц выше $0,89 \pm 0,1$ мм/мм вод. ст. Признаки анатомо-функциональной несостоятельности тазового дна расцениваются нами как прямое показание для использования трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2006. — 336 с.
2. Мальцев С.В., Мальцев В.Н., Супрун И.С. Ректоцеле: клинические проявления и хирургическая коррекция // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2009. — № 4. — С. 34-36.
3. Попов А.А., Мананникова Т.Н., Рамазанов М.Р., Федоров А.А., Чечнева М.А., Краснополянская И.В. Применение MESH в хирургии генитального пролапса. Насколько это безопасно? // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. — 2010. — Т. 5, № 1. — С. 51-52.
4. Popov A.A., Shaginyan G.G., Manannikova T.N., Ramasanov M.R., Chechneva M.A., Fedorov A.A., Slobodyanyuk B.A., Krasnopolskaya I.V., Abramyan K.N. Different methods of surgical treatment of genital prolapses: Prolift and Laparoscopic sacrocolpopexy // Pelvioperineology. — 2008. — Vol. 27. — P. 1.

Таким образом, дистрофические изменения тазового дна являются патогномоничным признаком тяжелых форм тазового пролапса и эти данные, несомненно, указывают на то, что оперативные вмешательства без укрепления сетчатым протезом (леваторопластика, кольпорафия) заведомо обречены на неудачу, так как пластическим материалом являются ткани с выраженными дегенеративно-дистрофическими изменениями. Этот фактор необходимо учитывать клиницистам при выборе метода хирургической коррекции тазового пролапса и индивидуального подхода при проведении предгоспитального обследования.

Выводы

1. У умерших женщин с тазовым пролапсом доказано наличие выраженных дегенеративно-дистрофических изменений центральной части промежности во всех наблюдениях.
2. Трансвагинальное и трансректальное ультразвуковое исследование тазового дна и ректовагинальной перегородки, тонометрическое исследование градиента вагинального давления покоя и напряжения являются важными диагностическими критериями функциональной недостаточности промежности и позволяют определить оптимальную тактику хирургической коррекции тазового пролапса.

5. Сухих Г.Т., Данилов А.Ю., Боташева Д.А. Некоторые аспекты развития пролапса гениталий // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2011. — № 5. — С. 33-37.

6. Беженарь В.Ф., Айламазян Э.К., Богатырева Е.В. Эффективность применения Prolift при хирургическом лечении пролапса тазовых органов // Московский хирургический журнал. — 2009. — Т. 8, № 4. — С. 5-15.

7. Дрыга А.В. Диагностика и хирургическое лечение ректоцеле. Учебное пособие. — Челябинск: Репринт. — 2007. — 64 с.

8. Bump R.C., Mattiasson A., Bo K., Brubaker L.P. The standardisation of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1996. — Vol. 175. — P. 10-11.

9. Чечнева М.А., Титченко Л.И., Петрухин В.А., Иванкова Н.А., Краснополянская И.В. Возможности ультразвуковой диагностики анатомии и патологии тазового дна в послеродовом периоде // SONOACE ULTRASOUND. — 2010. — Выпуск 21. — С. 13-20.

УДК 616.36-002.951.21-089

Хирургическое лечение больных с эхинококкозом печени

А.П. ТОЛСТИКОВ, А.В. АБДУЛЬЯНОВ, М.А. БОРОДИН, А.М. ИМАМОВА

Казанский государственный медицинский университет

Толстик Алексей Петрович

ассистент кафедры хирургических болезней № 1

420132, г. Казань, ул. Амирхана, д. 22, кв. 64, тел. (843) 515-23-56

e-mail: tolstikovalexei@rambler.ru

Представлены результаты лечения 44 больных с эхинококкозом печени. Выделены 2 группы больных: основная — 18 пациентов и сравнения — 26 пациентов. Ведение пациентов основывалось на разработанном алгоритме диагностики и лечения больных с эхинококковыми кистами печени. В основной группе лечение заключалось в чрескожной пункции и дренировании эхинококковых кист печени под ультразвуковым наведением. В группе сравнения выполнены хирургические вмешательства, используя трансабдоминальный доступ.

Ключевые слова: эхинококковые кисты печени, пункция, ультразвуковое исследование, хирургическое лечение.

Surgical treatment of patients with hepatic echinococcosis

A.P. TOLSTIKOV, A.V. ABDULYANOV, M.A. BORODIN
A.M. IMAMOVA

Kazan State Medical University

Results of treatment of 44 patients with hepatic echinococcosis during the period of 1997-2011 years are presented. Two groups of patients were allocated: the basic — 18 patients, and comparison group — 26 patients. Management of patients was based on the developed algorithm of diagnostic and treatment of hepatic echinococcosis. The basic group treatment consisted of transcutaneous puncture and drainage of hydatid hepatic cysts under ultrasound directing. In the comparison group performed surgery interferences using transabdominal access.

Key words: hepatic echinococcosis, puncture, ultrasound guidance, surgical treatment.

В настоящее время общепризнано, что основным и наиболее эффективным в лечении больных с эхинококковыми кистами печени (ЭКП) остается хирургический метод [1, 2]. Вместе с тем в последнее десятилетие традиционному оперативному методу лечения больных с ЭКП появилась альтернатива, основанная на малоинвазивных технологиях, заключающаяся в чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под УЗ наведением [1-3].

Задача исследования заключалась в улучшении результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени.

Материалы и методы

В период с января 1997 г. по декабрь 2011 г. в клинике хирургических болезней № 1 КГМУ на базе отделения абдоминальной хирургии РКБ МЗ РТ находились на лечении 44 пациента с эхинококкозом печени: 18 пациентов составили основную группу, 26 — группу сравнения. В группе сравнения выполнялись традиционные хирургические операции, в основной группе чрескожные пункции и дренирование эхинококковых кист печени под УЗ наведением.

Традиционное хирургическое лечение проведено 26 пациентам с гидатидозным эхинококкозом печени. Возраст больных от 16 до 79 лет, из них женщин — 16 (61,5%), мужчин — 10 (38,5%). Одиночные паразитарные кисты печени наблюдались в 19 случаях (73%), две и более — в 7 (27%), размеры варьировали от 2,0 до 24,0 см в диаметре. При солитарном эхинококкозе печени поражение правой доли печени отмечалось у 17 (65,4%) больных. Первичный эхинококкоз был выявлен у 20 (77%) больных, рецидив — у 5 (19,2%), резидуальный — у 1 (3,8%) больного.

При хирургических вмешательствах производили эхинококкэктомию (16), эхинококкотомия (3), резекцию пораженной части печени (3), правостороннюю гемигепатэктомию (3), марсупиализацию (1), чаще из срединного доступа (22). У 4 (15,3%) больных одновременно с операцией на печени были выполнены эхинококкэктомия из брюшной полости — 1 (3,8%), холецистэктомия — 2 (7,7%), спленэктомия — 1 (3,8%).

Эхинококкэктомия с предварительным вскрытием полости кисты произведена в 16 (61,53%) случаях. В основном это были больные с большими и гигантскими эхинококковыми кистами, осложненные нагноением, с плотной, ригидной и нередко кальцинированной стенкой. При проведении операции соблюдали принципы антипаразитарности, применяя различные сколексоцидные растворы для обработки остаточной полости, а также надежно ограничивали эхинококковую кисту марлевыми тампонами от брюшной полости. Для антипаразитарной обработки эхинококковых кист применялся 30% раствор хлорида натрия с экспозицией 10-

12 минут, а также 80% глицерин с экспозицией 8-10 минут, спиртовой раствор йода 5% с экспозицией 8-10 минут. После эхинококкэктомии свободные части фиброзной капсулы иссекали, остаточная полость дренировалась трубками с широким просветом, края ложа кисты сводились узловыми швами. Недостатками данного вида операции являлись длительное закрытие остаточной полости кисты, возникновение гнойных и желчных свищей.

Атипичная (клиновидная) резекция печени выполнена у 3 (11,5%) пациентов с периферическим расположением небольшой эхинококковой кисты, что является радикальным хирургическим вмешательством. При тотальном и множественном поражении одной из долей печени выполняли гемигепатэктомию — 3 наблюдения (11,5%). Эхинококкотомия произведена 3 (11,5%) больным. Однако эту операцию не всегда удается выполнить ввиду высокой вероятности повреждения крупных сосудов и желчных протоков. Вынужденная марсупиализация остаточной полости выполнена 1 (3,8%) больному с осложненным эхинококкозом печени.

Комбинированная эхинококкэктомия применялась при множественном поражении печени у 3 (11,5%) пациентов, когда количество паразитарных кист было более двух. Наружное дренирование остаточной полости выполняли при внутривнутрипеченочном расположении солитарных эхинококковых кист неправильной формы, при невозможности устранения остаточной полости ушиванием, ввиду технических трудностей и опасностью повреждения важных анатомических структур печени. После эхинококкэктомии, производили дренирование остаточной полости полихлорвиниловой трубкой 24-27 Fr с боковыми отверстиями. После операции через дренажную трубку проводилась фистулография для контроля динамики облитерации. Дренажная трубка удалялась после полной облитерации остаточной полости в среднем через 1,5-2 месяца.

Поддиафрагмальное расположение эхинококковых кист печени является наименее удобным для выполнения оперативных вмешательств. Именно при такой локализации эхинококковых кист в послеоперационном периоде часто отмечаются застой раневого отделяемого и формирование поддиафрагмальных абсцессов, что обуславливает необходимость широкого дренирования поддиафрагмального пространства.

Анализ результатов хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени показал отсутствие специфических ранних послеоперационных осложнений (РПО) у больных, которым была выполнена «идеальная эхинококкэктомия». Наибольшее количество послеоперационных осложнений наблюдалось у больных, которым произведены эхинококкотомия и резекция печени.

При анализе результатов традиционного хирургического лечения эхинококкоза печени установлено, что осложнения общего характера наблюдались у 3 больных (11,5%), а местные осложнения 8 (30,8%). Причиной развития в 2 наблюдениях экссудативного плеврита послужило поддиафрагмальное расположение эхинококковой кисты и наличие сращений фиброзной капсулы с диафрагмой. Показаниями к повторной операции у 2 (7,7%) пациентов послужили внутреннее кровотечение и подпеченочный абсцесс.

Средняя длительность пребывания в стационаре в группе сравнения составила $29,6 \pm 5,4$ койко-дня. В ходе проведенного исследования нами проанализированы отдаленные результаты лечения. К рецидивам нами были отнесены случаи повторного заболевания в сроки до 3 до 5 лет, после перенесенного оперативного вмешательства. Более поздние рецидивы, расценивались как реинвазия эхинококка. Среди 26 оперированных больных случаев рецидивного эхинококкоза было 3 (11,5%), что согласуется с данными Ф.Г. Назырова (1999) и Б.И. Альперовича (2010) [4, 5].

На основании анализа результатов хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени, следует отметить, что до настоящего времени традиционный хирургический метод лечения остается основным. Данное оперативное пособие рекомендуется при больших эхинококковых кистах печени с множественными дочерними пузырями, при поверхностно расположенных кистах с риском разрыва, при осложненных кистах, при кистах, сдавливающих жизненно важные органы.

С 2001 года в РКБ МЗ РТ аспирационная эхинококкэктомия под УЗ наведением выполнена 18 больным (основная группа) с ЭКП в возрасте от 16 до 79 лет. Мужчин было 8 (44,4%), женщин — 10 (55,6%). Средний возраст больных составил $43,4 \pm 1,8$ года.

Размеры эхинококковых кист в основной группе варьировали от 3,5 до 10 см. У 12 (66,7%) больных было поражение правой доли, у 6 (33,3%) — левой. Рецидивная форма эхинококкоза печени установлена у 3 (16,7%) человек, в 18 (100%) наблюдениях интрапаренхиматозная локализация эхинококковой кисты. У 10 (55,6%) пациентов эхинококковые кисты были с признаками нагноения.

Показаниями для данного вмешательства были изолированные эхинококковые кисты, не превышающие в диаметре 100 мм, расположенные в толще паренхимы, особенно у ослабленных больных, отказывающихся от проведения традиционного хирургического лечения, пациенты с высоким операционно-анестезиологическим риском, нагноившиеся формы эхинококкоза печени.

Оперативные вмешательства под ультразвуковым (УЗ) наведением выполнялись под местной анестезией или внутривенным потенцированием. После проведения обзорного ультразвукового исследования (УЗИ) выбирается траектория движения инструмента, которая может быть линейной или «ломаной». Применялась техника PAIR-PD (puncture, aspiration, injection, reaspiration, percutaneous drainage) [6]. Для дренирования кисты использовали метод стилет-катетер. После попадания в полость ЭКП стилет извлекали, а дренаж фиксировали к коже. Использовали изогнутые дренажные катетеры 12-18 Fr, а также типа «свиной хвост». Через катетер производили максимальную аспирацию содержимого кисты. Далее полость неоднократно промывали

раствором NaCl (30%). Интраоперационных осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у одного пожилого пациента развилась правосторонняя нижнедолевая пневмония, еще в одном наблюдении произошло нагноение остаточной полости. В наших наблюдениях у 8 больных с нагноившейся ЭКП достигнута полная эвакуация хитиновой оболочки во время выполнения манипуляции. Сроки полной эвакуации хитиновой оболочки при нагноившихся формах ЭКП в среднем составили $16,3 \pm 2,4$, а в остальных случаях — $22,2 \pm 3,4$ дня. Средний срок пребывания больных в стационаре при чрескожных вмешательствах составил $13,2 \pm 1$ койко-дня. Летальных исходов в данной группе больных не было.

Показанием к удалению дренажа считали освобождение полости кисты от остатков хитиновой оболочки, прекращение отделяемого и инволюции остаточной полости. У 4 пациентов (22,2%) катетер удален на 6–8-е сутки после операции в стационаре. Остальные больные были выписаны с наличием катетера и систематически проходили ультразвуковое обследование. На 30–35-е сутки после пункционно-аспирационной эхинококкэктомии катетеры удалены у всех пациентов.

Специфическое медикаментозное лечение проводили альбендазолом в дозе 10–13 мг/кг в сутки. Для профилактики рецидива препарат назначали, как правило, одним курсом продолжительностью 28 дней. В отдельных наблюдениях проводили либо непрерывный курс 56–60 дней, либо 3 последовательных курса по 28 дней с межкурсовым интервалом 7–10 дней. Для лечения первичных и рецидивных кист назначали не менее 3 курсов по 28 дней.

Средний срок пребывания больных в стационаре при чрескожных вмешательствах составил $13,0 \pm 2,1$ койко-дня. На основании оценки отдаленных результатов (6 месяцев — 5 лет) применения чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под УЗ наведением удовлетворительный результат был отмечен у всех пациентов. Данных за рецидив заболевания не обнаружено. При УЗИ у 15 больных (83,3%) отмечена полная инволюция кисты, а у 3 (16,7%) — сохранились небольшие остаточные полости.

Заключение

Методы малоинвазивных вмешательств имеют большое преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, снижение количества послеоперационных осложнений, уменьшение пребывания пациентов в стационаре. Особое значение малоинвазивные технологии приобретают в лечении ЭКП у пожилых больных, страдающих тяжелыми сочетанными заболеваниями, высоким операционным риском. В то же время считаем, что ошибочно преувеличивать значимость этих методов, как основного пособия, при лечении больных с данной патологией. На современном этапе развития хирургии возникает необходимость в переосмыслении и унификации тактики при применении традиционных вмешательств, с учетом внедрения в практику новых технологий. Накопленный нами опыт использования пункционно-аспирационной эхинококкэктомии позволяет рекомендовать данный метод лечения к более широкому применению по строго обоснованным показаниям, а также при дальнейшем совершенствовании техники операций и её инструментального обеспечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Вишневский В.А., Кахаров М.А., Камолов М.М. Радикальные операции при эхинококкозе печени // Актуальные вопросы хирургической гепатологии: Сб. тезисов XII Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. — Ташкент, 2005. — С. 106.
- Рудаков В.А., Полуэктов Л.В. Крихирургия в лечении эхинококкоза и непаразитарных кист печени // Анналы хир. гепатол. — 1997. — № 2. — С. 20–24.
- Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. — СПб: Предприятие ЭФА, 2002. — 448 с.

- Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А., Леонов В.Ф. Эхинококкоз. — Ташкент, 1999. — 207 с.

- Альперович Б.И. Хирургия печени / Б.И. Альперович. — М.: ГЭОТАР Медиа, 2010. — 352 с.

- Гаврилин А.В., Кунцевич Г.И., Вишневский В.А. Пункционный метод лечения эхинококковых кист печени под контролем ультразвукового исследования // Хирургия. — 2002. — № 8. — С. 39–46.