

**А.С. ИБАДИЛЬДИН, И.Л.КИДИРМАГАМБЕТОВ, Н.К. ЖЕТПИСБАЕВА, Н.Ж. ЧОВДУРБАЕВ,  
А.Я. МАРУФОВ, М.М. ЖУЛОВЧИНОВ**  
*Военный клинический госпиталь Министерства обороны Республики Казахстан, г. Алматы.  
Казахский Национальный медицинский университет им. Асфендиярова,  
кафедра «Хирургические болезни №2»*

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЛЕГКИХ**

*Профилактика и лечение эхинококкоза, человека является медико-социальной проблемой. Социально-эпидемиологический контроль на мясокомбинатах, местах забоя животных, санация пастбищ, водоемов, дегельминтизация приотарных собак, при содержании и общении с собаками строжайшее соблюдение правил личной гигиены, своевременное УЗИ, КТ мониторинг лиц организованного коллектива будут способствовать своевременному выявлению и санации больных с эхинококкозом печени и легких.*

*Применение аппарата Sanoca 400 при оперативном лечении эхинококкоза печени позволяет произвести эхинококкэктомия с перикистэктомией и минимальной интраоперационной кровопотерей, сократить продолжительность операции.*

*Несвоевременное оперативное лечение эхинококкоза, печени, может осложниться портальной гипертензией, а легких прорывом в бронхиальное дерево*

**Ключевые слова:** Эхинококкоз, Доступ, осложнение, аппарат Sanoca-400

**Актуальность:** Эхинококкоз - гельминтоз из группы цестодозов, характеризующийся образованием в печени, легких или других органах и тканях паразитарных кист. Возбудителем является личиночная стадия эхинококка *Echinococcus granulosus*. Окончательным, или постоянным, хозяином являются собаки, волки, лисы. Человек, домашние животные являются промежуточным хозяином.

Основной источник инвазии человека приотарные собаки. Заражение человека происходит алиментарным, воздушным путем, при употреблении загрязненной воды, несоблюдении правил личной гигиены на производстве(1,2).

Эхинококкоз печени, при локализации кист в области портальных, кавадных ворот, множественности кист, может осложниться портальной гипертензией (4). Эхинококкоз легких, при несвоевременности лечения осложняется прорывом в бронхиальное дерево, контрлатеральное легкое (2,5).

В диагностике паразитарных поражений печени, легких доминируют неинвазивные лучевые методы УЗИ КТ (2,3). Несмотря на достигнутые успехи в диагностике, лечении эхинококкоза печени, легких, выявление, санация, применение аппарата Sanoca 400 у больных с паразитарным поражением паренхиматозных органов продолжает оставаться актуальной проблемой.

**Цели и задачи исследования:** обобщить опыт лечения эхинококкоза печени и легких у военнослужащих, оценить значимость аппарата Sanoca 400 в хирургии эхинококка печени.

**Материалы и методы исследования:** За период 2006-2015г.г. в военном клиническом госпитале (ВКГ) МО РК г. Алматы оперировано 52 больных с эхинококкозом. Из них мужчин-48, что составило (92,3%) и женщин -4, что составило 9 (7,7%) случаев. Солдаты срочной службы-27(52,0%), офицеров-4 (7,7%), контрактников-11 (21.1%), членов семей военнослужащих -5 (9,6%). Возраст больных 17-52года.

Эхинококкоз печени был у39 (75,0%), легких -11 (21,1%) симультанное поражение печени и легкого -2 (3.9%) больных.

Паразитарные кисты локализовались в левой доле печени у 16 (39,1%), в правой доле – у 22 (53,6%), в обеих долях печени (множественное поражение) – у 3 (7,3%) больных. Размеры кист в печени варьировали от1,5 до 21, 5 см d с локализацией кист в различных сегментах печени.Локализация эхинококковых кист в легких, левое -5 (45,4%), правое -6(54,6%) больных.

Осложнения паразитарной кисты диагностированы у 5 больных (9,6%). Нагноение кисты печени было у 3 (5,7%) больных, прорыв кисты легкого в бронхиальное дерево у1(1,9%),разрыв кисты печени с «прорывом» и обсеменением свободной брюшной полости у 1(1,9%).

В диагностике эхинококковых кист печени, основное место, занимало ультразвуковое исследование (УЗИ), обладающее высокой разрешающей способностью. Достоинствами метода являются быстрота обследования, неинвазивность, отсутствие лучевой нагрузки, возможность многократного исследования в динамике. При УЗИ возможно получение серии изображений в различных плоскостях. Спектр исследования широко варьирует от обзорного до точной идентификации сегментарного, полисегментарного поражения печени, что позволяет определить тактику и объем лечебных мероприятий.

Кистозные образования в легких диагностированы при помощи R – исследования и компьютерной томографии. Из специфических лабораторных методов диагностики применялась полимеразная цепная реакция.

Радикальное излечение на сегодняшний день от эхинококкоза возможно только оперативным путем.

Концепция хирургического лечения эхинококкоза:

1.Радикальная эхинококкэктомия, т.е. полное удаление эхинококковой кисты вместе с ее фиброзной оболочкой(1,2,3,4,6).

2. Типичная, атипичная резекция паренхиматозного органа с кистой (6).

Паллиативные операции при эхинококкозе применяются редко. Во время операции необходима строгая апаразитарность и антипаразитарность. В зависимости от локализации и наличия осложнений применяются различные доступы с вскрытием брюшной полости, либо двух полостей.

Виды доступов при эхинококкозе печени и легких представлены в таблице-1.

Таблица 1 – Доступы при эхинококкозе печени и легких.

№	Доступ	Количество
1	Торакофренолапаротомия по Кунио	25
2	Лапаротомия	14
3	Торакотомия	10
4	По Федорову	2
5	Миниинвазивный торакоскопический	1
	Всего	52

Из таблицы 1 видно что, в ВКГ применяется в основном торакофренолапаротомный доступ по Кунио (от нижнего угла правой лопатки по 7 межреберью с пересечением правой реберной дуги к пупку).

При эхинококкозе легких – торакотомия соответственно локализации кисты. Объем оперативных вмешательств и способы завершения операции представлены в таблице №2 и диаграмме 1.

Таблица 2 – Виды и объем оперативных вмешательств

№	Объем операции	Количество	%
1	Открытая эхинококкэктомия	40	77,0
2	Открытая эхинококкэктомия УЗИ Sanoca - 400	5	9,6
3	Идеальная Эхинококкэктомия(цистперицистэктомия)	4	7,7
4	Сегментарная резекция печени с кистой	1	1,9
5	Закрытая эхинококкэктомия	2	3,8
	Всего	52	100

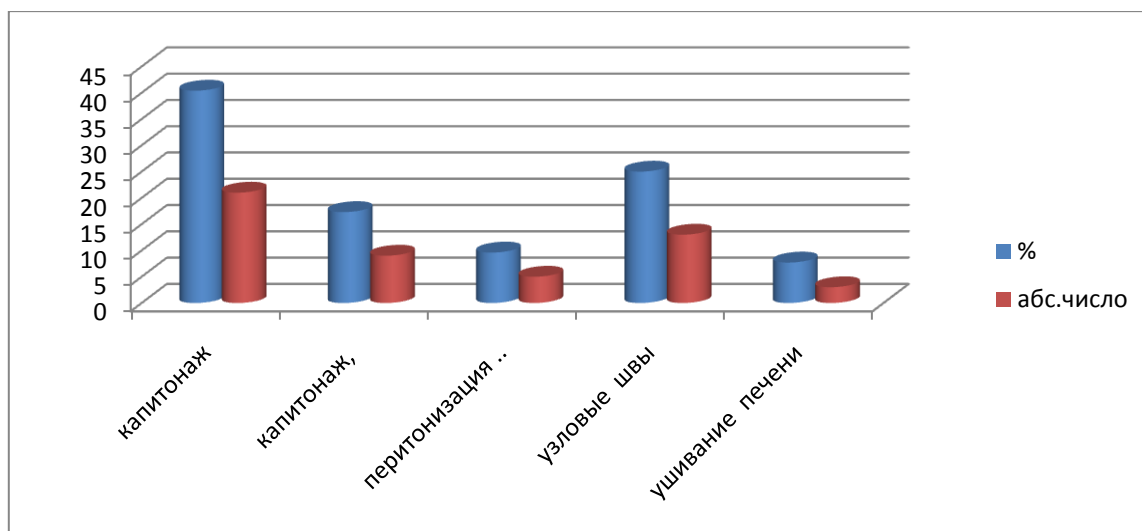


Диаграмма 1-способы завершения операции

**Результаты и обсуждение:** У большинства больных, у 36 (87,8%) кисты печени не имели клинических проявлений или проявлялись маловыраженными симптомами. У 5 больных (9,6%) развились осложнения кист. Из-за наличия двух оболочек (кутикулярная и фиброзная) инфицирование кисты, некоторое время, может не проявляться, и, только, по мере разрушения фиброзной капсулы появляются симптомы общей интоксикации, гектическая лихорадка с ознобами, септическое состояние. Крайне тяжелым осложнением паразитарных кист печени является их разрыв вследствие механической травмы или спонтанно, что сопровождается перитонеальными симптомами, коллаптоидным состоянием, аллергическими реакциями или даже анафилактическим шоком за счет реакции брюшины на содержимое кист. При оперативном лечении эхинококкоза печени нами применяется ультразвуковой аппарат Sanoca -400. Он представляет собой альтернативу традиционной хирургии в области рассечения тканей. В отличие от других инструментов диссектор аппарата служит не только для рассечения тканей, но и обеспечивает ирригацию и аспирацию в зоне вмешательства, не повреждая структуры соединительной и нервной ткани, разрушаются эпителиальные, мышечные и паренхиматозные ткани.

С использованием ультразвукового аппарата Sanoca -400 оперировано 5 больных с краевой локализацией кисты печени в 5 сегменте – произведены перицистэктомии с перевязкой под зажимом сосудов и внутрипеченочных протоков с дополнительной электрокоагуляцией, П-образными швами рассасывающей нитью, конусовидный дефект ушит с образованием линейной раны.

В послеоперационном периоде у 3 (5,7%) больных развились осложнения, поддиафрагмальный абсцесс у 1(1,9%)больного после раннего удаления контрольного дренажа из поддиафрагмального пространства, фибринозный плеврит у 1(1,9%), нижнедолевая пневмония у 1 (1,9%). Поддиафрагмальный абсцесс вскрыт и дренирован по Мельникову, а остальные двое пролечены консервативно. Все больные выздоровели, профессионально реабилитированы. Рекомендована, профилактически, антипаразитарная терапия, УЗИ – мониторинг.

**Заключение:** В диагностике паразитарного поражения печени, легких, дифференциальной диагностике, выборе оперативного доступа имеют значимость лучевые методы обследования. Применение аппарата Sanoca -400 позволило значительно уменьшить кровопотерю, повысить асептичность, радикальность операции, сократить специфические и неспецифические осложнения, после эхинококкэктомии печени, до 5,7 %.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ордабеков С.О., Акшулаков С.К., Кулакеев О.К. Эхинококкоз человека. – Алматы: 2009. – 183 с.
- 2 Алиев М.А., Кулакеев О.К. Хирургия эхинококкоза легких. - Алматы: 2002. – 202 с.
- 3 Ибадильдин А.С., Андреев Г.Н., Кадырбаев Р.В. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени. *Анналы хирургической гепатологии // Материалы 5 коференции гепатологов.* – Томск: 1997. - С.41.
- 4 Ибадильдин А.С., Андреев Г.Н. Паразитарные кисты печени как причина портальной гипертензии. *Анналы хирургической гепатологии // Материалы 5 коференции гепатологов.* – Томск: 1997. - С.40.
- 5 Кулакеев О.К., Орманов Н.Ж. Дифференциально-диагностические критерии эхинококкоза легких. – Алматы: 2004. – 318 с.
- 6 Альперин Б.И. Хирургия печени. – Томск: Из - во Томского университета, 1983. – 250 с.
- 7 Аскерханов Р.П. Оментопластика остаточных полостей печени // *Хирургия.* –М.: 1984. – С. 67-71.
- 8 Ибадильдин А.С., Андреев Г.Н., Корабельников А.И. и др. Эхинококкоз как причина внепеченочной формы портальной гипертензии // *Сборник научных трудов.* - Алматы-Актюбинск: 1997. - С.18-20.

**А.С. ИБАДИЛЬДИН, И.Л.КИДИРМАГАМБЕТОВ, Н.К. ЖЕТПИСБАЕВА, Н.Ж. ЧОВДУРБАЕВ,  
А.Я. МАРУФОВ, М.М. ЖУЛОВЧИНОВ**

*Қазақстан Республикасы Қорғаныс Министрлігінің  
Әскери клиникалық госпиталі, Алматы қ.  
С. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті  
Хирургиялық аурулар кафедрасы №2*

#### **БАУЫР ЖӘНЕ ӨКПЕ ЭХИНОКОККОЗЫНЫҢ ЕМДЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ**

**Түйін:** Эхинококкоздың алдын алу, адам үшін медициналық-әлеуметтік болуы тиіс. Еткомбинаттарын әлеуметтік-эпидемиологиялық бақылау, қасапханаларда, жайылымдарда санациялау, тоғандарды, жайылымдағы иттерді дегелментизациялау, иттерді ұстау және қарым-қатынас кезінде қатаң жеке гигиенаны сақтау қажет.

Sanoca 400 аспабын бауыр эхинококкозын хирургиялық емдеу кезінде, эхинококкэктомияны перцистэктомиямен және интраоперация кезіндегі қан кетуінің аз шығындалуына мүмкіндік береді және де жұмыс ұзақтығын қысқартады.

Бауыр және өкпе эхинококкозына уақытында жасалмаған ота, порталды гипертензиямен бронхиаллды ағашына жарылып кетуі мүмкін.

**Түйінді сөздер:** Эхинококкоз, қолжетімдік, шиеленісу, Sanoca-400 аппараты

**A.S. IBADILDIN, I. L. KIDIRMAGANBETOV, N.K. ZHETPISBAEVA, N.ZH. CHOVDURBAEV,  
A.Y. MARUFOV, M.M. ZHULOVCHINOV**

*Military clinical hospital the Ministry of Defence, Almaty, Kazakhstan  
Kazakh national medical university after S. Asfendiyarov*

#### **THE RESULTS OF TREATMENT ECHINOCOCCOSIS HEPAR AND LUNGS**

**Resume:** Prevention Echinococcosis of the human must be be medical – socially. Social – epidemiological control at meat, place the as slaughter of animals, rehabilitation of pasture ponds, deworming flock dogs, with the content and communicating with dogs strict personal hygiene.

Use Sanoca 400 machines in the surgical treatment of echinococcosis of the liver allows Echinococcectomy with pericystectomy and minimal intraoperative blood loss, shorten the duration of the operation.

Intemporary surgical management of hepar and pulmonal echinococcosis may be complicated by portal hypertension and bronchical tree rupture.

**Keywords:** Echinococcosis, Access, complication unit Sonoca-400