

# Сочетанный эхинококкоз: особенности хирургического лечения

*Ырысов К.Б., Мамашев Н.Д.*

## Peculiarities of surgical management of combined echinococcosis

*Yrysov K.B., Mamashev N.D.*

*Кыргызская государственная медицинская академия, г. Бишкек, Кыргызская Республика  
Национальный госпиталь Минздрава Кыргызской Республики, г. Бишкек, Кыргызская Республика*

© Ырысов К.Б., Мамашев Н.Д.

Хирургическое вмешательство остается основным в лечении гидатидозных кист. Успех любой операции зависит в широком смысле от того, насколько оптимальный выбран хирургический доступ, и от методов обработки остаточной полости. Цель настоящей работы – проанализировать опыт лечения сочетанного эхинококкоза: головного мозга и брюшной полости. Осложнения связаны с глубиной, размерами и отношением к соседним органам.

Surgery has remained the mainstay for the management of hydatid cysts. The success of any operation depends to a great extent how well the optimal surgical approach is chosen and which method of residual cyst sanitation. The purpose of the study was to analyze of complications after combined cyst, brain and abdominal, surgery. The complications associate with depth, size and relation to adjacent organs.

### Введение

Успешное удаление эхинококковой кисты головного мозга впервые выполнил Mudd (1892). При резко выраженной внутрочерепной гипертензии с угрозой дислокации мозга, окклюзии ликворопроводящих путей оперативное вмешательство должно осуществляться незамедлительно. Проведение плановой операции возможно при компенсированном состоянии больного.

Целенаправленный поиск эхинококковых кист органов грудной клетки и брюшной полости немаловажен, так как сочетанное поражение не является редкостью. Приоритет в очередности хирургического лечения принято отдавать удалению эхинококковых кист головного мозга. Однако при обнаружении признаков перфорации эхинококковых кист иной локализации прежде всего выполняется эхинококкэктомия легких или брюшной полости при отсутствии угрожающих дислокационных церебральных явлений [1–3, 7].

Принципиальным во время операции считается удаление паразитарной кисты без попадания ее содержимого в операционную рану. В случае несоблюдения этого условия возможно развитие анафилактического шока, менингита, рецидива заболевания с множественными очагами [4–7].

В зависимости от расположения и размеров эхинококковых кист выделяют следующие методы оперативного вмешательства:

1) наиболее распространенный метод, по Schroeder (1935), заключается в удалении кутикулярной оболочки паразита после предварительной пункции и аспирации ее содержимого;

2) метод тотального удаления по Dowling (1939). Сущность его заключается в удалении паразитарной кисты без предварительной пункции и аспирации ее содержимого. При этом киста выделяется из своего ложа целиком.

Имеются сообщения некоторых авторов по удалению эхинококковых кист через фрезевые отверстия с предварительной пункцией и аспирацией ее содержимого. Однако этот метод не лишен недостатков. Во-первых, возможно под-

текание эхинококковой жидкости в операционную рану. Во-вторых, этот метод является слепым, не свободным от риска повреждения мозговых сосудов. Также не исключено нахождение в полости кисты дочерних кист, удаление которых может вызвать определенные трудности [2, 6, 7].

## Материал и методы

Проведен анализ результатов диагностики и хирургического лечения 76 больных эхинококкозом головного мозга (39 пациентов мужского пола и 37 — женского) в возрасте от 2 до 60 лет, находившихся на лечении в клиниках нейрохирургии и общей хирургии Национального госпиталя МЗ КР, за период с 2003 по 2008 г. Основной контингент больных представляют дети в возрасте до 14 лет — 42 человека и люди молодого возраста, что согласуется с данными литературы. Количество больных мужского и женского пола было примерно одинаковым: 39 и 37 больных соответственно. Большинство больных были жителями областей и сельских регионов республики.

Все больные были подвергнуты клиничко-лабораторным методам обследования, которое включало оценку неврологического статуса, показателей общего и биохимического анализов крови, цереброспинальной жидкости. Большое внимание придавали подробно собранному анамнезу. Обращали внимание на особенности возникновения и течения болезни, условия быта, контакт с животными.

## Результаты

Чаще всего встречались больные с одиночными паразитарными кистами. Первично-множественное поражение головного мозга имело место в 5 наблюдениях, при этом расположение кист было односторонним. Сочетанный эхинококкоз наблюдался у 17 из 54 больных, которым было дополнительно произведено обследование органов грудной клетки и брюшной полости или которых до поступления в клинику ранее оперировали по поводу эхинококкоза внутренних органов. В 6 случаях имело место сочетание с эхинококкозом печени, в 4 случаях — с эхино-

коккозом легких и в 7 случаях — с эхинококкозом печени и легких.

В головном мозге обнаружены эхинококковые кисты малых размеров (до 4 см в диаметре) у 10 больных, средние (от 5 до 8 см в диаметре) — 37 больных и большие кисты (более 8 см в диаметре) — у 14 больных.

Клиническая картина эхинококкоза головного мозга складывалась из симптомов повышения внутричерепного давления, локальных симптомов раздражения и выпадения, а также стволовых симптомов.

В операциях с целью антипаразитарной обработки использовали 1%-й раствор формалина, 3%-й раствор перекиси водорода, 1%-й раствор диоксида. В последние годы антипаразитарная обработка производилась 80%-м раствором глицерина с последующей химиофилактикой рецидива антигельминтным препаратом бильтрицидом, активным веществом которого является празиквантел.

Антипаразитарную обработку остаточной полости эхинококковой кисты осуществляли с экспозицией 5 мин.

При обработке 1%-м раствором формалина послеоперационный период у части больных в первые 2–3 сут характеризовался более высокой температурной реакцией (39–40 °С), выраженной менингеальной симптоматикой и значительным повышением цитоза в цереброспинальной жидкости в сравнении с обработкой другими препаратами.

Какой-либо четкой закономерности в характере течения раннего послеоперационного периода в зависимости от применения остальных препаратов с целью антипаразитарной обработки в наблюдениях не отмечено.

Антипаразитарную обработку стерильным 80%-м раствором глицерина осуществляли с экспозицией 5 мин. В послеоперационном периоде, начиная со 2–3-х сут, проводили химиофилактику рецидива заболевания антигельминтным препаратом бильтрицидом в дозе 30 мг/кг массы тела в сутки в течение 5–7 дней. Комплексное лечение (хирургическое лечение в сочетании с химиофилактикой) применено у 25 больных.

При анализе зависимости частоты рецидивов заболевания от метода антипаразитарной обработки остаточной полости эхинококковой кисты выявлено, что наибольшее количество рецидивов (9 случаев) было при использовании с целью антипаразитарной обработки 1%-го раствора диоксида с экспозицией 5 мин.

При отсутствии антипаразитарной обработки рецидивы заболевания также были высокими и наблюдались у 6 больных.

При использовании 3%-го раствора перекиси водорода у 7 больных рецидивы отмечены в 1 случае. Хотя количество наблюдений в данной группе небольшое, все же не исключается возможность выталкивания из обрабатываемых полостей с пеной наружу зародышевых элементов эхинококка, не подвергшихся губительной экспозиции перекисью водорода, и обсеменение ими прилежащих тканей больного.

Несмотря на то что 1%-й формалин обладает выраженным губительным действием на протосколексы эхинококка в течение 3 мин, по результатам собственных исследований, рецидивы заболевания при его использовании отмечены в 8 случаях.

Наилучшие отдаленные результаты лечения имелись в группе больных, которым проводилась интраоперационная антипаразитарная обработка 80%-м глицерином с послеоперационной химиопрофилактикой бильтрицидом. В то же время не представляется возможным определенно утверждать, с чем именно связано отсутствие рецидивов: с комплексной терапией (антипаразитарная обработка глицерином и химиопрофилактика бильтрицидом), только с обработкой глицерином либо с эф-

фективной послеоперационной химиопрофилактикой. Однако, учитывая антипаразитарные свойства каждого из них, можно полагать, что именно сочетанное действие обоих препаратов обеспечивает высокий профилактический эффект.

## **Заключение**

Таким образом, на основании данных клинических наблюдений становится очевидным, что глицерин является надежным и безопасным антипаразитарным средством для интраоперационной профилактики рецидива эхинококкоза головного мозга.

## **Литература**

1. *Акшулаков С.К., Махамбетов Е.Т., Макимова Г.С., Дюсембеков Е.К.* Эхинококкоз головного мозга. Алматы, 2004. 88 с.
2. *Белеков Ж.О.* Диагностика и хирургическая тактика при сочетанных, осложненных и рецидивных формах эхинококкоза печени: Дис. ... д-ра мед. наук. Алматы, 1997.
3. *Вафин А.З.* Хирургическое лечение рецидивного и резидуального эхинококкоза: Дис. ... д-ра мед. наук. Ставрополь, 1993.
4. *Гилевич М.Ю.* Выбор метода обработки полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии // Хирургия. 1984. № 4. С. 74–76.
5. *Качков И.А., Резван А.Г.* Об эхинококкозе головного мозга // Вопр. нейрохирургии. 1982. № 5. С. 47–48.
6. *Мамашев Н.Д.* Возможность ультразвуковой диагностики и местной озонотерапии в комплексном хирургическом лечении больных эхинококкозом печени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Бишкек: КРСУ, 2007. 20 с.
7. *Махамбетов Е.Т.* Клинико-экспериментальная оценка хирургического лечения эхинококкоза головного мозга: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Алматы, 2001. 24 с.