

ПРОФИЛАКТИКА И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Р.М. Баширов

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье приведены частота встречаемости рецидивного эхинококкоза печени по материалам Городской клинической больницы №1 г. Бишкек, особенности диагностики, дифференциальной диагностики от остаточных полостей после эхинококкэктомии непаразитарных кист печени и результаты оперативного лечения различных его форм. В последние годы отмечается рост первичного эхинококкоза в Кыргызской Республике и наряду с ним растет число больных с рецидивным эхинококкозом, диагностика и лечение которых представляет определенные трудности по сравнению с первичным эхинококкозом. Имеющиеся иммунологические методы малоинформативны из-за сенсibilизации организма после перенесенного первичного эхинококкоза. Исследованы результаты применения различных сколексоцидных препаратов для уничтожения плодоносных элементов эхинококковой кисты. Доказана эффективность применения раствора 0,2% Декасана с целью профилактики рецидива эхинококкоза. Основным методом лечения рецидивного эхинококкоза является хирургическое в комплексе с антипаразитарными препаратами. Видеолапароскопические методы операции, которые применяются при первичном эхинококкозе, невозможны при рецидиве эхинококкоза из-за спаечного процесса после перенесенной первичной операции, но при этом есть возможность применить малоинвазивный метод, пункцию кисты под контролем ультразвукового исследования с дренированием и активной аспирацией. При этом вводили раствор 0,2% Декасана в полость кисты с целью уничтожения плодоносных элементов эхинококкоза.

Ключевые слова: эхинококкоз, рецидивный эхинококкоз, профилактика, диагностика.

БОРДУН КАЙТАЛАГАН ЭХИНОКОККОЗУНУН АЛДЫН АЛУУ ЖАНА ДАРЫЛОО

Р.М. Баширов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Комбустиология курсу менен жалпы хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Бул макалада Бишкек шаардык №1 клиникалык ооруканасынын маалыматтарынын негизинде боор эхинококкозунун рецидивдик оорусу, диагностикалык өзгөчөлүктөрү, боордун мите эмес кисталарынын эхинококкозэктомиясынан кийинки калдык көндөйлөрдөн дифференциалдык диагностикасы жана анын ар кандай формаларын хирургиялык дарылоонун натыйжалары берилген. Акыркы жылдары Кыргыз Республикасында эхинококкоздун рецидивдуу түрү менен ооругандардын санынын өсүшү менен бирге биринчилик эхинококкоздун көбөйүшү байкалууда. Баштапкы эхинококкозго караганда диагностика жана дарылоо кыйыныраак. Азыркы иммунологиялык методдор баштапкы эхинококкоздон кийин сенсibilизацияга байланыштуу маалыматсыз. Эхинококк кисталарынын уруктандыруучу элементтерин жок кылуу үчүн ар кандай сколексициддик препараттарды колдонуунун натыйжалары изилденет. Эхинококкоздун кайталануусун алдын алуу үчүн 0,2% Декасан эритмени колдонуунун натыйжалуулугу далилденген. Кайталануучу

эхинококкозду дарылоонун негизги ыкмасы паразиттерге каршы дарылар менен бирге операция жасоо. Баштапкы эхинококкозду колдонулган видеолапароскопиялык хирургиялык ыкмалар алгачкы операциядан кийин адгезиялардан улам кайталануучу эхинококкозду мүмкүн эмес. Бирок, аз инвазивдик ыкма, дренаждык жана активдүү аспирация менен УЗИ менен киста пункциясы бар. Эхинококкоздун уруктандыруучу элементтерин жок кылуу үчүн киста көндөйүнө 0,2% деказан эритмеси сайылган.

Негизги сөздөр: эхинококкоз, кайталануучу эхинококкоз, алдын алуу, диагностика.

RECURRENT ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER

R.M. Bashirov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of general surgery with a course in combustiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. This article presents the incidence of recurrent liver echinococcosis based on data from Bishkek City Clinical Hospital No. 1, diagnostic features, differential diagnosis from residual cavities after echinococectomy of nonparasitic liver cysts, and the results of surgical treatment of its various forms. In recent years, there has been an increase in primary echinococcosis in the Kyrgyz Republic, along with a growing number of patients with recurrent echinococcosis, the diagnosis and treatment of which presents certain difficulties compared to primary echinococcosis. Existing immunological methods are uninformative due to sensitization after primary echinococcosis. The results of using various scolexicidal drugs to destroy fruiting elements of echinococcal cysts are studied. The effectiveness of using a 0.2% Decasan solution for the prevention of echinococcosis recurrence has been proven. The primary treatment for recurrent echinococcosis is surgery combined with antiparasitic medications. Videolaparoscopic surgical techniques used for primary echinococcosis are not possible in cases of recurrent echinococcosis due to adhesions after the initial surgery. However, a minimally invasive method, ultrasound-guided cyst puncture with drainage and active aspiration, is available. A 0.2% Decasan solution is injected into the cyst cavity to destroy the fertilizing elements of the echinococcosis.

Key words: echinococcosis, recurrent echinococcosis, prevention, diagnostics.

Введение. Кыргызская Республика относится к странам с высоким уровнем заболеваемости эхинококкозом, который оценивается как “эндемическая зона”. За последние годы отмечается увеличение количества заболевших эхинококкозом людей в Кыргызской Республике. За период с 2010 по 2025 года. заболеваемость гидатидозным эхинококкозом по сравнению с 2001-2005 годом увеличился на 2,6 раза с естественным приростом +14,6% [1,2].

Наряду с ростом первичного эхинококкоза увеличивается число больных с рецидивным эхинококкозом, что зачастую связано с несоблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности во время операции, а также с поздним выявлением первичного эхинококкоза, часто больших размеров и стадии осложнений. Частота рецидивного эхинококкоза печени по данным различных авторов колеблется в широком диапазоне от 8 до 36%

[3,4,5]. По мнению многих авторов рецидивы эхинококкоза возникают в основном после органосохраняющих операций, а радикальные операции не дают рецидива [6,7]. Кроме того, многие исследователи рекомендуют использовать при рецидиве малоинвазивные методы операции [8,9].

Несмотря на проведение мероприятий по профилактике и лечению эхинококкоза, он остается одним из тяжелых и широко распространенных паразитарных заболеваний человека. По этой причине ранняя диагностика и своевременное лечение больных с данной патологией продолжает быть актуальной проблемой, быть в центре внимания среди паразитологов и хирургов нашей страны. Это связано с тем, что часто поражаемые органы имеют сложное строение, кровоснабжение, физиологические функции, а также часто проявляется идентичность клиники многих ее заболеваний [10,11].

Цель работы: повышение эффективности лечения больных с рецидивным эхинококкозом путем использования антисептического препарата для профилактики послеоперационных осложнений и снижение частоты повторных рецидивов заболевания.

Материал и методы исследования. Нами исследованы результаты лечения 65 больных рецидивным эхинококкозом печени из 323 пациентов с гидатидозным эхинококкозом печени, которые находились в хирургических отделениях ГКБ №1 г. Бишкек с 2013 по 2016 года., что составило 20,1%. С первичным эхинококкозом печени поступило 258 (79,9%). Возраст колебался от 16 до 80 лет. В правой доле печени кисты локализовались у 38 (58,5%), в левой доле 8 (12,3%) у 14 (21,5%) диагностирована распространенная форма рецидива эхинококкоза.

В диагностике рецидива эхинококкоза использовали лабораторные методы (общий анализ крови, биохимический анализ крови, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), ультразвуковое исследование (УЗИ)) и по их результатам определяли наличие воспалительного процесса, нарушение функции печени. Чаще использовали УЗИ, а в неясных случаях назначали компьютерную (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ), когда необходима была дифференциальная диагностика между рецидивом эхинококкоза и наличием остаточной полости.

В момент операции с целью уничтожения плодородных элементов эхинококкоза нами был применён раствор Декасана 0,02%. [12].

Результаты. Из 65 больных с рецидивным эхинококкозом у 57 (87,7%) были выполнены органосохраняющие операции, а у 8 (12,3%) радикальные методы операции.

Из 57 больных у 41 (71,9%) пациентов применяли традиционные методы ликвидации полости фиброзной капсулы путем инвагинации, капитонажа, оментопластики, а у 8 (14,0%) операция выполнялись по усовершенствованной нами методики абдоминализации полости фиброзной капсулы с подшиванием ко дну и краям оставшейся полости фиброзной капсулы пряди сальника на ножке (Кыргызпатент №845 от 30.12.2005 г.) [13], а также успешно были применены усовершенствованный нами органосохраняющий метод операции в виде ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы путем частичной перицистэктомии свободных краев фиброзной капсулы и ушивание оставшейся полости непрерывными П-образными швами поэтапно (Кыргызпатент №1692 от 28.11.2014г.) [14].

Основные полученные результаты способов ликвидации полости фиброзной капсулы у пациентов с рецидивным эхинококкозом и характер осложнений после традиционных и усовершенствованных методов эхинококкэктомии приведены в таблице ниже (таб.).

Таблица – Способы ликвидации полости фиброзной капсулы и характер осложнений при рецидивном эхинококкозе

Группы	Способ ликвидации фиброзной капсулы	Всего абс. число (%)	из них возникло осложнений				Всего осложнений
			Остаточ. полость	Желче-истечение	Крово-течение	Поддиафр. абсцесс	
Группа сравнения n- 156	Капитонаж по Дельбе	4 (9,8%)	1	0	0	0	1
	Инвагинация	8 (19,5%)	1	0	1	0	2
	Абдоминализация	16 (39,0%)	1	1	0	0	2
	Дренирование	13 (31,7%)	2	1	0	1	4
	Всего	41 (100%)	5 (12,2%)	2 (4,9%)	1 (2,4%)	1 (2,4%)	9 (21,9%)
Основная группа n-82	Абдоминализация с подшиванием пряди сальника	12 (75%)	1	0	0	0	1
	Перицистэктомия с наложением непрерывных- П образных швов	4 (25%)	0	0	0	0	1
	Всего	16 (100%)	1 (6,2%)	0	0	0	2 (12,5%)

В основном к кисте, расположенной в правой доле печени, доступ осуществлялся в правом подреберье по Федорову, по Кохеру, в левой доле – срединный доступ.

Для обеззараживания содержимого кисты и фиброзной капсулы применяли озонированный раствор хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, 0,2% раствор Декасана и 33% раствор хлорида натрия эффективность которых доказана экспериментальными и клиническими исследованиями [15].

Для профилактики рецидива эхинококкоза всем пациентам в послеоперационном периоде проведена химиотерапия (Зентокс, 400 мг) по общепринятой схеме.

Обсуждение. Из 65 больных, оперированных по поводу рецидивного эхинококкоза, 46 (70,8%) были с неосложненными кистами, а у 19 (29,2%) были осложнения в виде разложения и нагноения. Преобладание больных с неосложненным рецидивным эхинококкозом было связано с диспансеризацией и динамическим наблюдением после перенесенного первичного эхинококкоза по месту жительства у семейных врачей.

Оперативное лечение рецидива эхинококкоза наиболее затруднено из-за наличия спаечного процесса после перенесенной первичной эхинококкэктомии. При рецидивном эхинококкозе наиболее часто использовали органосохраняющие операции в 57 случаях, что составило 87,7% и только у 8 больных выполнены радикальные методы эхинококкэктомии. Радикальные операции выполнить технически сложно из-за обширного спаечного процесса в брюшной полости.

Важнейшим этапом завершения органосохраняющих операций является ликвидация полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии. При этом были использованы открытые и закрытые методы эхинококкэктомии.

Ряд исследователей [2,3] в лечении эхинококкоза применяют и эндовидеохирургические вмешательства, которые имеют неоспоримые преимущества, так как операционный доступ небольшой, техника прецизионная, широкая инструментальная эндовидеоскопическая ревизия органов, но к сожалению, при рецидивном эхинококкозе не всегда возможна из-за спаечного процесса в брюшной полости после перенесенной ранее операции. Так как имеются затруднения в аспирации содержимого кист и выполнить ушивание фиброзной капсулы, особенно при больших ее размерах.

Чрескожная пункция эхинококковых кист при первичном эхинококкозе опасна из-за

возможного обсеменения брюшной полости онкосферами и сколексами паразита вследствие возможного подтекания содержимого кисты после ее прокола. При рецидивном эхинококкозе данная опасность минимальна в результате спаечного процесса в брюшной полости. У 7 пациентов нами выполнена методика чрескожно-пункционного дренирования эхинококковых кист под контролем УЗИ. После аспирации эхинококковой жидкости, вводили 0,02% раствор Декасана с экспозицией 5-7 минут. Данная методика была использована при кистах средних размеров и краевом, ближе к передней брюшной стенке одиночных кистах у больных пожилого возраста с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

По усовершенствованной нами методике ликвидации полости фиброзной капсулы [13] путем иссечения свободных краев фиброзной капсулы и ушивание непрерывными П-образными швами (кыргызпатент №1692 от 28.11.2014 г.), оперированы 4 (6,1%) больных с рецидивным эхинококкозом. При этом после удаления содержимого кисты и обработки раны раствором 0,02% Декасана производили иссечение свободных краев фиброзной капсулы, затем начиная со дна полости накладывали непрерывные П-образные швы поэтапно и при затягивании шва края фиброзной капсулы сопоставлялись герметично. При этом сосудисто-проточная структура печени меньше деформировалась. На иссеченные края фиброзной капсулы накладывали непрерывный шов из рассасывающего материала. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Из 65 больных рецидивным эхинококкозом у 16 (24,6%) выполнены органосохраняющие операции в виде абдоминализации и у 12 больных абдоминализация с подшиванием ко дну и краям оставшейся полости пряди сальника на ножке и дренировании [14] по разработанной нами методике (кыргызпатент №845 от 30.12.2005г.), что составило 18,5%.

Из 65 больных у 6 (9,2%) пациентов мы производили вскрытие кисты, удаление содержимого. Далее, после соответствующей обработки производили дренирование с активной аспирацией для ускорения облитерации остаточной полости.

Радикальные методы операции были применены у 8 (12,3%) больных в виде тотальной перицистэктомии у 3 (4,6%), резекции печени в пределах 2 сегментах у одного (1,5%), а идеальная эхинококкэктомия произведена у 4 (6,2%) больных. Небольшой процент выполненных радикальных операций при

рецидиве эхинококкоза был связан с спаечным процессом в брюшной полости после первичной эхинококкэктомии.

У 57 пациентов с рецидивным эхинококкозом которым были проведены традиционные органосохраняющие методы операции у 4 в послеоперационном периоде возникли остаточные полости. Эти пациенты находились под динамическим наблюдением. По усовершенствованной нами методу оперированы 16 пациентов и послеоперационном периоде остаточных полостей не наблюдалось.

Выводы. Наши исследования показали, в последние годы отмечается рост как первичного, так и рецидивного эхинококкоза печени. К оперативному лечению рецидива эхинококкоза печени необходимо подходить строго индивидуально с учетом локализации кист и их размеров. Раствор Декасана 0,2% является надежным сколексоцидным препаратом в профилактике рецидива эхинококкоза. Все больные после эхинококкэктомии должны получить 3 месячный противопаразитарное лечение препаратом Зентокс (альбендазол).

Благодарности. Как автор статьи выражаю благодарность коллективу городской клинической больницы №1 за помощь в предоставлении материала для исследования.

Финансирование. Самофинансирование.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Аслонова Г.И., Рузикулова Н.А. Клинические проявления гельминтозов. *International scientific online conference France: Scientific Approach to the Modern Education System*. 2024;3(25):139-141.
2. Журавлев В.А., Черемисинов О.В. Традиционное, новое и спорное в хирургии эхинококкоза печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2005;10(2):109. [Zhuravlev V.A., Cheremisinov O.V. Traditional, new and controversial in the surgery of liver echinococcosis. *Annals of Surgical Hepatology*. 2005;10(2):109. (In Russ.)].
3. Аталиев А.Е., Тешаев О.Р., Шукуров А.А. Пункционное и пункционно-дренажное лечение эхинококковых кист печени. *Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии*. Ташкент; 2015:110-111. [Ataliyev A.E., Teshayev O.R., Shukurov A.A. Puncture and puncture-drainage treatment of echinococcal cysts of the liver. *Actual problems of hepatopancreatobiliary surgery*. Tashkent; 2015:110-111. (In Russ.)].
4. Павлюк Г.В., Бужор П.В., Морару В. Эхинококкоз печени – перикистэктомия или эхинококкэктомия. *Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии*. Минск; 2016:305-306. [Pavlyuk GV, Buzhor PV, Moraru V. Echinococcosis of the liver - pericystectomy or echinococsectomy. *Actual problems of hepatopancreatobiliary surgery*. Minsk; 2016:305-306 (In Russ.)].
5. Abdelraouf A, Boraii S, Elgohary H, Mogahed M., Elkholy A., Hamdy H. Evaluation of packing the residual cavity after total or partial cyst resection in management of hepatic hydatid cystic disease. *J Egypt Soc Parasitol*. 2016;46(2):453–460.
6. Borham MM. Comparison between omentoplasty and partial cystectomy and drainage (PCD) techniques in surgical management of hydatid cysts liver in endemic area (Yemen). *J Egypt Soc Parasitol*. 2014;44(1):145–50. PMID: 24961020
7. Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С., Левкин В.В. Принципы и современные тенденции лечения эхинококкоза печени. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2017;(12):90–4. [Musaev G.K., Fatyanova A.S., Levkin V.V. Principles and modern trends in liver echinococcosis treatment. *Khirurgiia*. 2017;(12):90–4. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20171290-94>
8. Пантелеев В.С. Анализ ранних и отдаленных результатов различных вариантов ликвидации остаточной полости печени после эхинококкэктомии. *Креативная хирургия и онкология*. 2018;8(3):203-207. [Panteleyev V.S. Analysis of Early and Distant Results of Various Options for Eliminating the Residual Liver Cavity Following Echinococsectomy. *Creative surgery and oncology*. 2018;8(3):203-207. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.24060/2076-3093-2018-8-3-203-207>
9. Байсариев Ш.У., Мутазаев З.И. Возможности видеоланароскопии при эхинококкозе печени. *Research focus international scientific journal*. 2024;3(5):224-30. [Baisariyev Sh.U., Mutazaev Z.I. Possibilities

- of videolaparoscopy for liver echinococcosis. *Research focus international scientific journal*. 2024;3(5):224-30. (In Russ.)). <https://doi.org/10.5281/zenodo.11397154>
10. Manterola C, Otzen T, Munoz G, Alanis M, Kruuse E, Figueroa G. Surgery for hepatic hidatidosis. Risk factors and variables associated with postoperative morbidity. Overview of the existing evidence. *Cir Esp*. 2017;95(10):566–76. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.08.009>
 11. Borhani M, Bazargan N, Eslami S. Cystic echinococcosis in children, Addressing Research Needs, Filling knowleg Gaps. *International Journal of Echinococcoses*. 2022;1:49-53.
 12. Мусаев А.И., Баширов Р.М., Алиев М.Ж. Способ профилактики рецидива эхинококкоза печени. Патент на изобретение № 1692 от 31.04.2014. [Musaev A.I., Bashirov R.M., Aliev M.Zh. A method for preventing recurrence of liver echinococcosis. Patent for invention No. 1692 dated April 31, 2014. (In Russ.)].
 13. Мусаев А.И., Баширов Р.М. Способ ликвидации полости фиброзной капсулы эхинококкоза печени. Патент на изобретение №845 от 30.12.2005. [Musaev A.I., Bashirov R.M. Method for eliminating the fibrous capsule cavity in liver echinococcosis. Patent for invention No. 845 dated April 30, 2005. (In Russ.)].
 14. Касыев Н.Б., Баширов Р.М., Способ ликвидации полости фиброзной капсулы эхинококкоза печени. Патент на изобретение № 2382 от 29.03.2024. [Kasiev N.B. Bashirov R.M. Method for eliminating the fibrous capsule cavity in liver echinococcosis. Patent for invention No. 2382 dated March 29, 2024. (In Russ.)].
 15. Алиев М.Ж., Калыбеков Т.А., Баширов Р.М., Ниязов Б.С. Интраоперационные меры профилактики рецидива эхинококкоза печени. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2021;4:43-47.

Сведения об авторе

Баширов Расул Мамедович – к.м.н., доцент кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. ORCID ID: 0000-0002-3605-5113, e-mail: bashirovrasul@mail.ru

Для цитирования

Баширов Р.М. Профилактика и особенности лечения рецидивного эхинококкоза печени. *Евразийский журнал здравоохранения*. 2025;3:99-104. <https://doi.org/10.54890/1694-8882-2025-3-99>