

УДК 616.36-002.951.21-089.87

РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Б.А. Авасов

Представлены результаты оперативного лечения больных при эхинококкозе печени.

Ключевые слова: эхинококкоз; резекции печени; тотальная перицистэктомия; осложнения.

Введение. Эхинококкоз печени – повсеместно распространенное антропоозоозное паразитарное заболевание, частота и география которого имеют устойчивую тенденцию к росту. Трудности ранней и дифференциальной диагностики, большая частота послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания делают проблему эхинококкоза весьма актуальной [1–3]. Проблеме хирургического лечения эхинококкоза печени на протяжении многих лет посвящены многочисленные научные исследования, диссертации, доклады на международных конференциях и симпозиумах. Однако все они направлены на поиск новых и совершенствование уже существующих мер антипаразитарной обработки и ликвидации остаточных полостей после удаления хитиновой оболочки паразита [4, 5]. При этом вопросы резекции печени как абсолютно радикального метода лечения данной патологии практически не рассматривались. Значительный прогресс в хирургии печени за последние два десятилетия оказал большое влияние и на тактику лечения больных эхинококкозом. Анализ литературы свидетельствует, что не только у гепатологов дальнего зарубежья, но и у отечественных хирургов стал преобладать агрессивный подход к фиброзной капсуле паразита. Все большее распространение и популярность получает перицистэктомия как радикальный, но органосберегающий способ лечения, а также резекции печени [6].

Резекция печени – основной метод, позволяющий минимизировать риск рецидива болезни и добиться радикального излечения больных эхинококкозом печени. Однако резекции печени продолжают оставаться операциями высокого риска, который обусловлен опасностью возникновения массивных интраоперационных кровотечений и развития послеоперационной печеночной недостаточности. В настоящее время летальность при

выполнении обширных резекций печени по отводу эхинококкоза варьирует в пределах от 2,4 до 6,8 % [7, 8]. Все вышеизложенное требует дальнейшего обсуждения проблемы радикального хирургического лечения эхинококкоза печени.

Материал и методы обследования. Представлен анализ результатов радикального хирургического лечения 32 больных эхинококкозом печени, проходивших лечение в городской клинической больнице № 1 г. Бишкек с 2003 по 2012 г. Пациентов с первичным эхинококкозом было 29 (90,6 %), с рецидивным – 3 (9,4 %).

Одиночные кисты были отмечены у 24 человек (75,0 %), множественные – у 8 (25,0 %). Дооперационные осложнения отмечены у 6 (18,7 %) больных: нагноение кисты – 3 случая, разложившийся эхинококкоз – 2, кальцинированный – 1.

Мужчин было 14, женщин – 18. Возраст больных колебался от 15 до 65 лет. Давность заболевания – от нескольких месяцев до 7 лет.

Всем пациентам в предоперационном периоде для верификации диагноза, уточнения размеров, числа и локализации очаговых образований выполняли УЗИ брюшной полости. При неясности диагноза выполнялись КТ и МРТ. Для дифференциальной диагностики эхинококкоза и непаразитарных кист использовали внутрикожную аллергическую реакцию. Для оценки функциональных резервов печени определяли биохимические показатели и площадь оставшейся непораженной паренхимы печени по разработанной нами методике с использованием специальных инструментальных методов диагностики. Для уточнения топографии очагового образования, а также выявления дополнительных очаговых образований при необходимости в ряде случаев применяли интраоперационное УЗИ.

Наиболее информативным методом инструментальной диагностики явилась спиральная ком-

пьютерная томография. Она позволяла установить точную топическую локализацию паразитарной кисты, ее взаимоотношение с сосудисто-протоковыми элементами печени.

Результаты и их обсуждение. Всем 32 больным эхинококкозом печени проведены радикальные оперативные вмешательства. Характер оперативных вмешательств приведен в таблице 1. Радикальными мы считаем операции, приводящие к удалению всех оболочек паразита, в том числе фиброзной капсулы как одного из возможных источников рецидива заболевания, поскольку в настоящее время доказанным считается факт проникновения в толщу фиброзной капсулы протосколексов, а также микробной инфильтрации фиброзной капсулы при нагноении кисты.

Таблица 1 – Объем выполненных радикальных операций при эхинококкозе печени

Вид хирургического лечения	Число больных	
	чел.	%
Атипичная резекция	15	48,0
Резекция – вылушивание кисты	3	9,4
Гемигепатэктомия	5	15,6
Тотальная перицистэктомия	9	27,0
Всего	32	100,0

Во время операции у 3 больных имелось диффузное кровотечение из раневой поверхности печени, потребовавшее наложения дополнительных гемостатических швов, использования различных гемостатических губок. У одного больного отмечалось повреждение нижней полой вены, что потребовало наложения сосудистых швов.

В послеоперационном периоде у 6 пациентов отмечались следующие осложнения: содружественный плеврит – в 2 случаях, желчеистечение и нагноение раны еще по 2 случая.

Жидкостные скопления в плевральных полостях были успешно ликвидированы путем пункций под контролем УЗИ. Желчные свищи закрылись самостоятельно в сроки до 40 суток после операции.

Летального исхода после радикальных оперативных вмешательств не отмечалось.

Выводы

1. Резекция печени и тотальная перицистэктомия предпочтительны как методы лечения, наиболее соответствующие принципам апаразитарности при эхинококкозе печени.

2. Показания к резекциям печени должны устанавливаться строго индивидуально с учетом количества и размера паразитарных кист, вовлечения в процесс центральных сегментов и сосудисто-протоковых структур, объема остающейся после резекции площади печени, а также резервных возможностей печени.

Литература

1. *Альперович Б.И.* Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени / Б.И. Альперович, Р.В. Сорокин, М.В. Толкаева и др. // *Анналы хирургической гепатологии.* 2006. Т. 11. № 1. С. 7–10.
2. *Алиев М.А.* Осложненный эхинококкоз / М.А. Алиев, С.О. Ордабеков. Алматы, 1996. С. 216.
3. *Мусаев Г.Х.* Гидатидозный эхинококкоз: диагностика и комплексное лечение: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г.Х. Мусаев. М., 2000. 35 с.
4. *Ильхамов Ф.А.* Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ф.А. Ильхамов. Ташкент, 2005. 35 с.
5. *Yagci G., Ustunsoz B., Kaymakcioglu N.* Results of surgical, laparoscopic and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients // *World J. Surg.* 2005. V. 29. № 12. P. 1670–1679.
6. *Кахаров М.А.* Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени / М.А. Кахаров, В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский // *Хирургия.* 2003. № 1. С. 31–36.
7. *Goksoy E., Durren M.* // *Chirurg.* 2000. № 1. P. 21–29.
8. *Milicevic M.* Hydatid disease // *Surgery of the liver and billiary tract.* 1994. V. 2, section 10. P. 1121–1150.