

## Хирургическое лечение эхинококкоза печени

М. Е. Ничитайло,  
К. И. Буланов,  
В. В. Черный,  
В. Ф. Саенко

Институт клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины (директор – член-корр. АН и АМН Украины, проф. В. Ф. Саенко), Киев

Проанализированы результаты хирургического лечения 122 больных с первичным эхинококкозом печени, среди которых было 79 (64.8%) женщин и 43 (35.2%) мужчины в возрасте 14–72 лет. Жителями эндемических регионов Украины и СНГ были 88 (72.1%) пациентов. Основными методами диагностики эхинококкоза служили ультразвуковое исследование и компьютерная томография. Солитарные кисты выявлены у 90 (73.8%) больных, множественные – у 32 (26.2%), осложненные формы заболевания диагностированы в 31 (25.4%) случае. Консервативные вмешательства (эхинококкэктомия) выполнены у 68 (55.7%) пациентов, радикальные (перикистэктомия и резекция печени) – у 42 (34.5%), метод этапных пункционных аспираций под контролем УЗИ применен у 12 (9.8%). Специфические послеоперационные осложнения (17.6%), летальные исходы (2.9%) и рецидивы заболевания в отдаленном периоде (7.3%) наблюдали только после консервативных вмешательств. Наличие длительных наружных желчных свищей служило показанием к выполнению эндоскопической папиллосфинктеротомии у 8.8% пациентов. Внедрение радикальных и миниинвазивных методов способствовало значительному улучшению результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени.

Аббревиатура: ЭКП – эхинококковые кисты печени, ЭЭ – эхинококкэктомия, ПЦЭ – перикистэктомия, РП – резекция печени, ПА – пункционные аспирации, УЗИ – ультразвуковое исследование.

## Surgical Management of the Liver Hydatidosis

M. E. Nychitaylo,  
K. I. Bulanov,  
V. V. Chernyi,  
V. F. Saenko

Institute of Clinical and Experimental Surgery AMSci of Ukraine (Director – Academician ASci and AMSci of Ukraine, Prof. V.F. Saenko) Kiev

Results of surgical management of 122 primary liver hydatidosis patients (79–64.8% female and 43–35.2% male in age of 14–72 years) are analysed. 88 (72.1%) patients lived in endemic regions of Ukraine and CJS. US and CT were used as main diagnostic tools.

90 (73.8%) patients had solitary and 32 (26.2%) – multiple hydatid cysts. In 31 (25.4%) cases complicated course of disease was stated. In 68 (55.7%) the conservative (hydatidectomy), in 42 (34.5%) radical (pericystectomy) and in 12 (9.8%) percutaneous US-guided interventions were carried out.

17.6% morbidity rate, 2.9% mortality rate and 7.3% recurrence rate followed our activity. Persisting external bile duct fistulas in 8.8% of cases were managed by means of EST.

Implication of radical and minimally invasive tools drove to the significant amelioration of the liver hydatidosis surgical management results.

### Введение

Гидатидный эхинококкоз является наиболее распространенным хроническим паразитарным заболеванием, которое до настоящего времени остается медицинской проблемой, обусловленной как увеличением количества больных в эндемических очагах, так и усилением процессов миграции населения [6, 17]. Возбудитель заболевания (*Echinococcus granulosus*) чаще поражает печень. Многочисленные осложнения (нагноение, кровотечение, перфорация, механическая желтуха, портальная гипертензия и др.) наблюдаются у 23–63% больных [1, 2, 9, 21].

При лечении больных с эхинококковыми кистами печени встречаются значительные трудности, обусловленные спонтанным прогрессированием и рецидивами заболевания. Поскольку в настоящее время не существует эффективных антипаразитарных препаратов, консервативная терапия используется лишь как адъювантный способ к основному хирургическому методу. Со-

временные подходы к лечению ЭКП предусматривают использование как консервативных – эхинококкэктомия (ЭЭ), так и радикальных – перикистэктомия (ПЦЭ), резекция печени (РП) хирургических вмешательств [1, 8–11, 13]. За последние годы получил распространение метод лечения ЭКП с помощью пункционных аспираций (ПА) под контролем УЗИ. Целесообразность и варианты его применения активно дискутируются в научно-медицинских исследованиях [18, 20].

### Материал и методы

С целью оценки эффективности хирургического лечения ЭКП проанализированы результаты вмешательств, выполненных у 122 больных в Институте клинической и экспериментальной хирургии АМН Украины в течение 1989–1999 гг. Среди пациентов было 79 (64.8%) лиц женского и 43 (35.2%) – мужского пола в возрасте 14–72 лет. Жителями эндемических регионов Украины и стран СНГ были 88 (72.1%) больных.

Симптомокомплекс ЭКП у 102 (83.6%) больных характеризовался наличием хронической боли и чувства тяжести в правой подреберной области, у 10 (8.2%) периодически повышалась температура тела, 12 (9.9%) пациентов отмечался кожный зуд, у 8 (6.6%) – преходящая желтуха. Увеличение печени определялось у 77 (63.1%) больных. Длительность анамнеза заболевания с момента появления жалоб составляла 6–36 мес. 20 (16.4%) пациентов не предъявляли жалоб, а ЭКП были выявлены у них при профилактическом осмотре.

Диагностику ЭКП во всех наблюдениях осуществляли при помощи УЗИ, в сомнительных случаях прибегали к компьютерной томографии с контрастным усилением. Солитарные ЭКП были выявлены у 90 (73.8%) больных, множественные – у 32 (26.2%), в том числе у 27 (22.1%) пациентов – 2, у 4 (3.3%) – 3 и у 1 (0.8%) – 4 кисты. Правая доля печени была поражена у 88 (72.1%), левая – у 12 (9.9%), обе доли – у 22 (18.0%) больных. Размеры ЭКП составляли от 2 × 3 см до 16 × 40 см. В соответствии с классификацией ультразвуковых признаков [17] у 22 (18.0%) больных диагностированы кисты I типа (с анэхогенным содержимым), у 40 (32.8%) – II типа (с ундулирующей мембраной), у 48 (39.3%) – III типа (с наличием дочерних кист и экзогенного матрикса), у 12 (9.9%) – IV типа (с гиперэхогенным содержимым и кальцификатами). Внепеченочная локализация ЭКП выявлена у 11 (9.0%) больных: поражение легких – у 7 (5.7%), селезенки – у 2 (1.6%), толстой кишки – у 1 (0.8%), диафрагмы – у 1 (0.8%), почки – у 1 (0.8%).

Осложнения ЭКП наблюдались у 31 (25.4%) больного: опорожнение эхинококковой кисты в желчные пути – у 16 (13.1%), нагноение – у 10 (8.2%), перфорация в свободную брюшную полость – у 2 (1.6%), кальцификация – у 2 (1.6%), внепеченочная портальная гипертензия – у 1 (0.8%).

Нарушение функционального состояния печени (гипербилирубинемия, гипоальбуминемия, повышение активности трансаминаз) отмечено у 48 (39.3%) больных, анемия – у 23 (18.6%), лейкоцитоз – у 24 (19.7%), эозинофилия – у 44 (36.1%), увеличение СОЭ – у 98 (80.3%) больных.

Консервативные хирургические вмешательства выполнены у 68 (61.8%) больных, радикальные операции – у 42 (38.2%); 12 (9.8%) пациентов лечили методом этапных ПА под контролем УЗИ. Для доступа в 66 (60.0%) наблюдениях использовали верхнюю срединную лапаротомию, в 38 (34.5%) – правый подреберный разрез, в 6 (5.5%) – клюшкообразный разрез. При наличии глубоких и множественных ЭКП применяли интраоперационное УЗИ. Сроки отдаленных наблюдений составляли 1–10 лет.

## Результаты

Консервативные хирургические вмешательства, выполненные у 68 больных в 1989–1993 гг., заключались в ЭЭ с различными вариантами обработки остаточной полости: закрытым (капитонаж, оментопластика), полузакрытым (капитонаж и наружное дренирование) и открытым (наружное дренирование). После удаления аспиратором содержимого кисты ее широко вскрывали и удаляли хитиновую оболочку. Полость фиброзной капсулы обрабатывали 2% раствором формалина и 96% этанолом либо 5% раствором йода и 30% раствором натрия тиосульфата, для коагуляции использовали струю воздуха температурой 200–500°C.

Закрытую ЭЭ с оментопластикой выполнили у 44 (64.7%) пациентов, с капитонажем остаточной полости – у 5 (7.4%), полузакрытую – у 5 (7.4%), открытую – у 6 (8.8%), сочетанную закрытую и открытую – у 6 (8.8%), закрытую с атипичной резекцией печени – у 2 (2.9%) пациентов. В целом дренирование полости кисты наружу использовали в 17 (25.0%) наблюдениях.

Цистобилиарные свищи выявлены во время операции у 12 (17.6%) больных, в связи с чем объем оперативного вмешательства включал холецистэктомию (5 или 7.3%), наружное дренирование холедоха (10 или 14.7%), супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз (2 или 2.9%). Свищевые отверстия в паренхиме печени ушивали атравматической иглой. При сочетанном поражении органов брюшной полости у 3 (4.4%) больных выполнили спленэктомию (2) и резекцию кишки (1).

Интраоперационные осложнения наблюдались у 2 (2.9%) больных, в том числе повреждение нижней полой вены (1) и общего печеночного протока (1) при капитонаже остаточной полости. Произведено ушивание дефекта вены и наложение гепатикоюноанастомоза по Ру.

Ранние послеоперационные осложнения ЭЭ отмечены у 19 (27.9%) больных. В 7 (10.3%) наблюдениях были диагностированы неспецифические осложнения (пневмония, тромбофлебит, цистопиелонефрит). У 12 (17.6%) больных развились специфические осложнения: наружные желчные свищи (6 или 8.8%), абсцесс остаточной полости (4 или 5.9%), гепатаргия (2 или 2.9%). После ликвидации остаточной полости у 3 (5.9%) пациентов из 51 отмечены лишь неспецифические осложнения. Специфические осложнения наблюдались у 12 (70.6%) и неспецифические – у 4 (23.5%) из 17 больных после открытой и полузакрытой ЭЭ с наружным дренированием полости.

Наружные желчные свищи сформировались у больных с дооперационными клиническими признаками цистобилиарных сообщений (транзитерная механическая желтуха, холангит). Наличие длительных (более недели) наружных свищей с дебитом 350–700 мл желчи в сутки считали показанием к выполнению эндоскопической ретро-

градной холангиопанкреатикографии и папилло-сфинктеротомии, причем в 2 наблюдениях при помощи корзинки Дормиа были удалены мелкие дочерние кисты и фрагменты хитиновой оболочки, нарушавшие отток желчи. У всех больных свищи закрылись в течение 3–5 сут после папиллотомии.

Абсцессы остаточной полости размером 3–5 см, выявленные у 4 больных, успешно дренировали наружу под контролем УЗИ и осуществляли их санацию по общим принципам.

Летальные исходы у 2 (2.9%) больных после открытой ЭЭ гигантских многокамерных кист обеих долей печени были обусловлены развитием прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности. Длительность послеоперационного периода составляла 12–95 сут (в среднем 27.9 сут). Рецидивы заболевания, потребовавшие выполнения повторных операций, наблюдались в отдаленном периоде у 5 (7.3%) пациентов.

Радикальные хирургические вмешательства, выполненные в 1993–1999 гг. у 42 больных, включали РП или ПЦЭ (удаление кисты с фиброзной капсулой). Согласно разработанному в клинике способу РП для рассечения паренхимы использовали диатермокоагуляцию и аппарат УКЛ-60 (предварительную обработку элементов ворот печени не производили). Окончательный гемостаз осуществляли накладыванием П-образных швов вдоль линии резекции. С целью уменьшения травматичности вмешательства для рассечения паренхимы применяли ультразвуковой аспиратор “Aloka-SUS 201D” в трехконтурном режиме, а также аппарат “Ромашка-2” на базе CO<sub>2</sub>-лазера в режиме резки. Для окончательного гемостаза проводили коагуляцию поверхности печени расфокусированным лазерным излучением.

Для выполнения ПЦЭ в клинике разработан способ, в соответствии с которым капсулу печени в области кисты рассекали электрокоагулятором и при помощи ультразвукового аспиратора “Aloka-SUS201D” формировали нишу в паренхиме до визуализации фиброзной капсулы. Затем выполняли энуклеацию кисты с капсулой без вскрытия просвета и ликвидации остаточной полости. Поверхность ниши обрабатывали струей воздуха при температуре 200–500°C с помощью пневмокоагулятора “Leister”.

РП были выполнены у 18 (42.9%) пациентов, в том числе расширенные правосторонние гемигепатэктомии (IV–VIII сегменты), 1 правосторонняя гемигепатэктомия (V–VIII сегменты), 2 левосторонние гемигепатэктомии (I–IV сегменты), 5 бисегментэктомий (V–VI, VI–VII, II–III сегменты), 3 сегментэктомии (VI, VII, VIII сегменты) и 5 атипичных резекций. Во время операций традиционные способы рассечения паренхимы и гемостаза использовали у 8, миниинвазивные способы – у 10 больных.

ПЦЭ выполнили у 24 (57.1%) пациентов, в том числе традиционным методом с капитонажем или оментопластикой остаточной полости у 6 (25%) и по разработанному способу энуклеации у 16 (75%). Отверстия цистобилиарных сообщений у 4 (16.7%) больных ушивали атрауматической иглой.

Во время радикальных вмешательств осложнений не было. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 5 (11.9%) больных: пневмония у 4, тромбофлебит у 1. Специфических осложнений и летальных исходов не наблюдалось. Длительность послеоперационного периода после РП составляла 9–34 сут (в среднем 14.6 сут), после ПЦЭ – 8–21 сут (в среднем 11.7 сут). Рецидивов ЭКП за период наблюдения не было.

Лечение методом этапных ПА под контролем УЗИ проводили в 1997–1998 гг. у 12 больных с солитарными ЭКП I типа размером 2–5 см. При диагностической пункции получали прозрачную бесцветную жидкость без осадка. Наличие сколков в пунктате подтверждали цитологическим исследованием.

При лечении проводили 4 сеанса с интервалом 2 сут. Чрескожные чреспеченочные ПА осуществляли под контролем УЗИ из межреберного или переднего подреберного доступа при помощи пункционной иглы Chiba калибром 19 G. После эвакуации 50% объема в полость вводили 5–10 мл сколицидного агента с экспозицией 5 мин и последующей аспирацией под визуальным контролем. Во время первого сеанса с целью антипаразитарной обработки и деструкции герминативной мембраны использовали 2% раствор формалина, при проведении следующих этапов – 96% этанол для склерозирования остаточной полости.

При проведении 42 сеансов осложнений, связанных с манипуляциями и введением препаратов, не отмечено. Субфебрильное повышение температуры регистрировалось у 2 (16.7%) больных. При повторных сеансах боль отсутствовала, размер кисты уменьшался, в полости появлялись спиралеобразные мембраны, а в дальнейшем постепенно повышалась экзогенность. Сроки госпитализации составляли 6–9 сут (в среднем 7.4 сут).

Оценка отдаленных результатов использования метода этапных ПА проведена через 12–30 мес. Удовлетворительные результаты отмечены у всех больных. Жалоб, свидетельствующих о рецидиве заболевания, не было. При проведении контрольных УЗИ на месте ЭКП определялись гиперэхогенные образования размерами 1–3 см, в 4 наблюдениях отмечена гидрофильность ткани.

## Обсуждение

Эндемические очаги эхинококкоза хорошо известны, но усиление миграционных процессов за последнее время существенно изменило эпидемиологическую картину заболевания. Недостаточная информированность населения об опасности

и путях передачи эхинококкоза приводит к увеличению заболеваемости. Затраты на обследование, лечение и реабилитацию очень велики, а эффективные методы часто недоступны по медицинским, экономическим и другим причинам.

Известные диагностические серологические тесты (реакции непрямой гемагглютинации, латекс-агглютинации, двойной диффузии в геле, иммуноферментного анализа) в 15–20% случаев сопровождаются ошибочными результатами [1, 11, 21]. Использование инструментальных методов с высокой чувствительностью, достигающей 95–100% (УЗИ, компьютерная томография, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография), позволяет четко определить локализацию очага и топографические соотношения с прилегающими структурами [17].

Консервативные хирургические вмешательства превалируют в общем объеме операций при ЭКП, достигая 90% и более. Частота послеоперационных осложнений составляет 6–80%, летальность – 2,9–7,8%, послеоперационный период длится в среднем 14–30 сут [1–3, 8, 9, 14, 20].

Наибольшее количество интра- и послеоперационных осложнений связано с обработкой и закрытием остаточной полости (повреждение сосудисто-секреторных структур, абсцессы печени, наружные желчные свищи, кровотечения, стриктуры желчных протоков, анафилактический шок). Предложены многочисленные методы обработки фиброзной полости: лазерное облучение, ультразвуковая кавитация, термическая обработка паром, криодеструкция, озонирование. С целью антипаразитарной обработки используют растворы: 10–30% натрия хлорида, 30% декстроза, 2–5% формалин, 60–80% глицерин, 70–96% этанол, 3–5% йод, 0,05% хлоргексидин, 30% натрия тиосульфат и др. Отмечены тяжелые последствия системной и билиарной абсорбции концентрированного раствора сколицидного агента (анафилактический шок, склерозирующий холангит) [15]. Специфические послеоперационные осложнения наблюдаются преимущественно после наружного дренирования остаточной полости, чем и обусловлена длительность госпитализации. Чаще всего остаточную полость ликвидируют при помощи оментопластики или капитонажа [1, 3, 9–11, 14]. При наличии цистобилиарных сообщений выполняют декомпрессионные вмешательства на желчных путях (20–35% наблюдений). Однако наружные желчные свищи образуются у 10–22% больных вследствие неадекватного закрытия остаточной полости и повреждения протоков сколицидными агентами, что требует выполнения повторных операций [2, 8, 9, 11, 19, 21]. Наилучшие результаты были получены нами после закрытой ЭЭ с оментопластикой. Применение эндоскопической папилосфинктеротомии способствовало устранению билиарной обструкции и желчных свищей.

Использование современных способов обработки фиброзной капсулы и ликвидации остаточной полости позволило значительно улучшить исходы консервативных операций, однако отдаленные результаты остаются неудовлетворительными: рецидивные и резидуальные ЭКП наблюдаются у 10–36% больных, что связано с неполным удалением зародышевых элементов или их миграцией [9–12]. Полное соблюдение принципов антипаразитарности при определенной локализации кист невозможно. Необходимость удаления фиброзной капсулы обусловлена тем, что при развитии паразита она может включать зародышевые элементы (экзогенная везикуляция), а при нагноении происходит ее микробная инфильтрация [4, 6, 16]. Тем не менее опасность тяжелых осложнений ограничивает выполнение радикальных операций.

Консервативные вмешательства при ЭКП особенно распространены в эндемичных регионах, тогда как радикальные способы преобладают в странах, находящихся за пределами таких очагов. За последнее время четко обозначилась тенденция к увеличению количества радикальных операций [7, 11–14, 16]. Целесообразность их использования обусловлена большой частотой рецидивов и осложнений, связанных с попытками устранения остаточной полости. Следует также учесть значительные репаративные возможности печени после резекции.

Использование традиционных способов рассечения паренхимы при РП приводит к неоправданной травматизации органа и удалению значительной части неповрежденной печени, а также сопровождается опасностью повреждения магистральных сосудисто-секреторных структур вследствие их недостаточной визуализации. С целью устранения этих недостатков в клинике разработан способ прошивания паренхимы с помощью аппарата УКЛ-60 [10]. Преимуществами этого способа являются уменьшение риска кровотечения, желчеистечения, профилактика образования желчных свищей. Применение механического шва позволило существенно уменьшить продолжительность операции и обеспечить надежный гемостаз.

На протяжении последних лет получили распространение новые способы выполнения радикальных операций с использованием современных высокоэнергетических лазерных и плазменных устройств, кавитационного ультразвукового аспиратора. Для уменьшения травмы печени при рассечении паренхимы и окончательного гемостаза нами применены ультразвуковой аспиратор и лазерный прибор. Ранее проведенные в клинике экспериментальные сравнительные исследования морфологических изменений печени показали, что при выполнении РП с использованием малотравматичного подхода объем и характер повреждения паренхимы был заметно меньшим,

Результаты хирургического лечения больных с первичным эхинококкозом печени						
Тип вмешательства	Число больных	Послеоперационные осложнения	Специфические осложнения	Летальность	Рецидивы	Длительность послеоперационного периода, сут
Консервативная операция	68	19 (27.9%)	12 (17.6%)	2 (2.9%)	5 (7.3%)	27.9
Радикальная операция	42	5 (11.9%)	–	–	–	13.1
ПА	12	2 (16.7%)	–	–	–	7.4
Всего	122	26 (21.3%)	12 (9.8%)	2 (1.6%)	5 (4.1%)	16.2

чем после операции по обычному методу. Существенных дистрофических изменений в паренхиме и со стороны сосудисто-секреторных структур печени не наблюдалось [5].

Выполнение ПЦЭ по разработанному в клинике способу дает возможность избежать тяжелых осложнений, связанных с обработкой и закрытием остаточной полости. Формирование ниши в паренхиме печени при помощи ультразвукового аспиратора способствует улучшенной визуализации оболочек кисты и окружающих сосудисто-секреторных структур, что облегчает работу хирурга и уменьшает количество осложнений.

Многочисленные публикации материалов III Всемирного конгресса по гепатопанкреатобилиарной хирургии (Мадрид, 1998 г.) свидетельствуют, что использование современных способов выполнения радикальных операций при ЭКП способствовало уменьшению сроков госпитализации в 1.5–2 раза, количества осложнений до 0.5–15%, летальности до 0–1.5%, рецидивов до 0–1% [23].

При наличии неосложненных солитарных ЭКП возможно применение метода чрескожных ПА в один или несколько этапов, иногда выполняют наружное дренирование полости [18, 20, 22]. Отсутствие тяжелых осложнений и летальных исходов является главным аргументом сторонников этого метода, но количество и сроки наблюдений недостаточны для окончательных выводов о его эффективности.

Внедрение метода этапных ПА позволило применить наряду с антипаразитарными средствами (формалин) склерозирующие вещества (этанол) для ликвидации остаточной полости. Деструкция инактивированной герминативной мембраны, фрагменты которой остаются в полости, способствует трансформации ЭКП в плотное фиброзное образование в течение 4–6 мес. При наличии примеси желчи в содержимом кисты, что указывает на цистобилиарные сообщения, считаем метод ПА противопоказанным из-за опасности попадания скопленного агента под давлением в желчные пути. Наружное дренирование в процессе лечения не применяли, что повысило безопасность метода. Результаты использования метода этапных ПА у больных с солитарными ЭКП

свидетельствуют об отсутствии осложнений, клинической эффективности и сокращении госпитализации.

Оценка результатов хирургического лечения больных с ЭКП приведена в таблице. Существенного их улучшения можно достичь лишь при повышении радикальности вмешательств. Вместе с тем нельзя считать целью операции обеспечение радикальности любой ценой. Тенденция к радикализму не должна быть общим правилом, чтобы не подвергать чрезмерному риску пациентов с доброкачественным заболеванием.

## Список литературы

1. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Ордабеков С.О. и др. Эхинококкоз печени и его хирургическое лечение // Хирургия. 1999. № 3. С. 15–17.
2. Вахидов А.В., Ильхамов Ф.А., Струсский Л.П., Азатьян Т.С. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного цистобилиарным свищом // Хирургия. 1998. № 5. С. 15–17.
3. Гайбатов С.П., Гайбатов Р.С. Ликвидация остаточных полостей при множественном эхинококкозе печени // Хирургия. 1999. № 1. С. 29–31.
4. Гостищев В.К., Стреляева А.В., Чебышев Н.В. и др. Биологический подход к хирургическому лечению эхинококкоза печени // Анналы хир. 1998. № 6. С. 45–50.
5. Донцова Л.С., Жулай В.В. Преимущества использования ультразвукового аспиратора при резекции печени // Клини. хир. 1996. № 9. С. 22–24.
6. Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т., Еришанов А.Т. Эпидемиологические аспекты эхинококкоза // Хирургия. 1998. № 7. С. 37–39.
7. Кахаров А.Н., Мадалиев И.Н. Современные возможности хирургического лечения эхинококкоза печени // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. 1997. № 2. С. 42–45.
8. Мовчун А.А., Шатверян Г.А., Абдуллаев А.Г., Мовчун В.А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени // Хирургия. 1997. № 2. С. 28–30.
9. Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени // Анналы хир. гепатол. 1999. Т. 4. № 1. С. 11–16.
10. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев: Здоров'я, 1993. 512 с.

11. Abu Zeid M., El-Eibiedy G., Abu-El-Einien A. et al. Surgical treatment of hepatic hydatid cysts // *Hepato-Gastroenterol.* 1998. V. 45. P. 1802–1806.
12. Aeberchard P., Fuhrmann R., Strahm P., Thommen A. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: an experience from outside the endemic area // *Hepato-Gastroenterol.* 1996. V. 43. P. 627–636.
13. Alfieri S., Doglietto G.B., Pacelli F. et al. Radical surgery for liver hydatid disease: a study of 89 consecutive patients // *Hepato-Gastroenterol.* 1997. V. 44. P. 496–500.
14. Balik A.A., Basoglu M., Celebi F. et al. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: review of 304 cases // *Arch. Surg.* 1999. V. 134. P. 166–169.
15. Castellano G., Moreno-Sanchez D., Gutierrez J. et al. Caustic sclerosing cholangitis: report of four cases and a cumulative review of the literature // *Hepato-Gastroenterol.* 1994. V. 41. P. 458–470.
16. Di Matteo G., Bove A., Chiarini S. et al. Hepatic echinococcus disease: our experience over 22 years // *Hepato-Gastroenterol.* 1996. V. 43. P. 1562–1565.
17. Lewall D.B. Hydatid disease: biology, pathology, imaging and classification // *Clin. Radiol.* 1998. V. 53. P. 863–874.
18. Men S., Hekimoglu B., Yucesoy D. et al. Percutaneous treatment of hepatic hydatid cysts: an alternative to surgery // *Amer. J. Roentgenol.* 1999. V. 172. P. 83–90.
19. Rodriguez A.N., Del Rio A.L.S., Alguacil L.V. et al. Effectiveness of endoscopic sphincterotomy in complicated hepatic hydatid disease // *Gastr. Endoscopy.* 1998. V. 48. P. 593–597.
20. Tan A., Yakut M., Kaymakcioglu N. et al. The results of surgical treatment and percutaneous drainage of hepatic hydatid disease // *Int. Surg.* 1998. V. 83. P. 314–316.
21. Uravic M., Stimac D., Lenac T., Ivanis N. Diagnosis and treatment of liver hydatid disease // *Hepato-Gastroenterol.* 1998. V. 45. P. 2265–2269.
22. Ustrunsoz B., Akhan O., Kamilglu M.A. et al. Percutaneous treatment of hydatid cysts of the liver: long-term results // *Amer. J. Roentgenol.* 1999. V. 172. P. 91–96.
23. Abstracts 3rd World Congress of the IHPVA (May 24–28, 1998) // *Hepato-Gastroenterol.* 1998. V. 45 (Suppl. 2). 550 p.

## Рецензия на статью М.Е. Ничитайло и соавт. “Хирургическое лечение эхинококкоза печени”

Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений представляет серьезную проблему не только для хирургов-гепатологов, работающих в эндемических регионах, но и для специалистов стран, расположенных вне таких очагов. Авторами накоплен весьма крупный для неэндемического региона клинический опыт разнообразных (лапаротомных и малоинвазивных) хирургических вмешательств при различных формах неосложненного и осложненного эхинококкоза печени.

До настоящего времени многие хирурги, преимущественно работающие в эндемических реги-

онах, применяют в повседневной практике, как правило, традиционные способы закрытой, полужакрытой, а нередко и открытой эхинококкэктомии, которые в большинстве случаев позволяют добиться клинического выздоровления и избежать рецидивов эхинококкоза печени, однако нередко это достигается ценой довольно длительного пребывания больного в стационаре, развития у многих пациентов неспецифических, а также таких специфических осложнений, как абсцедирование остаточной полости кисты, наружные и внутренние гнойные и желчные свищи и др.; не являются редкостью и летальные исходы после подобных операций. Поэтому оправданы клинические исследования, направленные на разработку и внедрение в практику, с одной стороны, радикальных оперативных вмешательств на печени, позволяющих существенно сократить опасность рецидивов эхинококкоза и развития послеоперационных специфических осложнений, с другой – на переход в части случаев к использованию малоинвазивных хирургических вмешательств, позволяющих уменьшить объем и травматичность лечения эхинококкоза и тем самым снизить опасность неспецифических осложнений.

Авторы особенно эффективно справились с решением первой из перечисленных задач. Анализ приведенных ими результатов радикальных оперативных вмешательств (“перицистэктомия”, а также анатомические и атипические резекции печени) показывает их неоспоримые преимущества (практически отсутствие специфических осложнений и летальных исходов) по сравнению с ранее применявшимися тем же коллективом авторов разнообразными способами эхинококкэктомии, которые авторами статьи справедливо обозначаются как “консервативные хирургические вмешательства”. По-видимому, этим вмешательствам при хирургическом лечении эхинококкоза в условиях специализированных гепатологических центров должно отдаваться предпочтение, тогда как использование консервативных вмешательств допустимо лишь при невозможности выполнения радикальных операций, особенно у тяжелых ослабленных больных.

Более сложно оценить результаты применявшихся авторами малоинвазивных хирургических вмешательств, в частности этапных пункционных аспираций содержимого эхинококковых кист под контролем УЗИ. У всех 12 пациентов, которым была осуществлена данная процедура при небольших солитарных неосложненных эхинококковых кистах, был отмечен хороший клинический результат: отсутствие рецидивов заболевания, специфических осложнений и летальных исходов, что, на первый взгляд, дает основание для внедрения данного метода в широкую клиническую практику лечения больших эхинококкозом. Однако, по нашему мнению, расширение показаний к пункционному методу лечения эхинококкоза печени допустимо лишь в условиях

специализированных отделений хирургической гепатологии, при наличии совершенной аппаратуры и высококвалифицированных специалистов по хирургической гепатологии и малоинвазивной хирургии во избежание развития тяжелых осложнений, в первую очередь обсеменения брюшной полости. При выборе показаний к пункционным аспирациям и чрескожному дренированию эхинококковых кист нам кажется более целесообразным использование этого способа у больных с рецидивными кистами, где наличие сращения поверхности печени с диафрагмой и брюшной стенкой существенно уменьшает опасность истечения содержимого кисты в свободную брюшную полость; оправдано использование пункционно-

катетризационного способа лечения и у больных с осложненными (инфицированными) эхинококковыми кистами в качестве этапной процедуры, предшествующей выполнению радикальной операции.

В целом исследования авторов по разработке и внедрению методов как радикальных, так и малоинвазивных хирургических вмешательств при эхинококкозе печени могут рассматриваться как новаторская работа, открывающая новые пути в повышении эффективности и безопасности лечения рассматриваемого тяжелого заболевания.

*Проф. М.В. Данилов*