

Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение

Д.м.н., проф. В.А. ВИШНЕВСКИЙ, д.м.н. М.Г. ЕФАНОВ*, д.м.н. Р.З. ИКРАМОВ, д.м.н. Н.А. НАЗАРЕНКО, д.м.н., проф. А.В. ЧЖАО

ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России (дир. — акад. РАМН проф. В.А. Кубышкин), Москва

Surgery of liver hydatid cyst

V.A. VISHNEVSKY, M.G. EFANOV, R.Z. IKRAMOV, N.A. NAZARENKO, A.V. ZHAO

Federal state budgetary institution «A.V. Vishnevsky Institute of Surgery», Russian Ministry of Health

В последние 20 лет отмечаются увеличение заболеваемости эхинококкозом печени, расширение границ эндемических регионов и учащение случаев заражения в неэндемичных районах. Во многом этому способствовали увеличившаяся миграция населения и ухудшение санитарно-эпидемиологической ситуации. Продолжается дискуссия относительно роли и места радикальных и малоинвазивных методов хирургического лечения эхинококкоза печени. Высоким остается удельный вес осложненных форм эхинококкоза и рецидивов заболевания после ранее проведенного хирургического лечения. В связи с этим особую важность приобретают своевременная диагностика заболевания и концентрация больных с эхинококкозом печени в хирургических стационарах, специализированных по хирургической гепатологии. В статье обсуждаются патогенез заболевания и причины его рецидива после хирургического лечения, а также представлен опыт радикального лечения эхинококкоза печени, в том числе резидуального и осложненного, накопленный в Институте хирургии им. А.В. Вишневского.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, эхинококкэктомия, перицистэктомия, чрескожное дренирование эхинококковых кист, резидуальный эхинококкоз.

The prevalence of hepatic echinococcosis has been growing during the recent years in conjunction with the extension of the region endemic for this pathology and the increase in the number of new cases of this disease in non-endemic areas. The main causes behind this situation are the enhancement of the population migration processes and the deterioration of the epidemiological conditions. The discussion about the role and significance of radical and minimally invasive methods for the surgical treatment of hepatic echinococcosis is currently underway. The occurrence of complicated forms of this pathology and its relapses following the previous surgical intervention remains rather high. In this context, of primary importance is early diagnostics of the disease and the referral of the patients presenting with hepatic echinococcosis to specialized hepatopathological surgical clinics. The present paper is focused on the discussion of pathogenesis of liver hydatid cyst and the causes of its relapses after the surgical treatment. In addition, the experience gained at A.V. Vishnevsky Institute of Surgery with radical treatment of hepatic echinococcosis (including its residual and complicated forms) is reported.

Key words: hepatic echinococcosis, echinococcectomy, pericystectomy, transdermal drainage of echinococcal cysts, residual echinococcosis.

Эхинококкоз — заболевание, развивающееся в результате проникновения в организм человека и развития в нем личиночной стадии ленточного червя эхинококка.

Анализ данных литературы и текущая клиническая практика свидетельствуют о росте заболеваемости эхинококкозом печени, расширении границ эндемических регионов и учащении случаев заражения в неэндемичных районах [1—7]. В течение последних 20 лет отмечается увеличение числа осложненных форм эхинококкоза печени, частота которых достигает 84,6%. Рецидивы наблюдаются в 54% случаев [3, 8]. Подобная ситуация сложилась из-за ухудшения санитарно-эпидемиологического контроля и диспансеризации в эндемичных районах, возросшей миграции населения, что привело к обострению проблемы диагностики и хирургического лечения эхинококкоза на территории стран СНГ.

Не способствуют улучшению результатов лечения больных эхинококкозом печени сохраняющиеся разногласия во взглядах на лечебную тактику (нередко полярные точки зрения), в отношении как первичного, так и резидуального эхинококкоза печени. Достаточно высокая частота рецидивов заболевания после нерадикальных операций на печени заставляет с осторожностью относиться к популяризации малоинвазивных методик, включающих лапароскопические цистперцистэктомии и пункционно-дренажные методы лечения [9, 10]. Малоинвазивные методы лечения эхинококкоза печени демонстрируют положительные ближайшие и отдаленные результаты, как правило, в специализированных отделениях, располагающих достаточным опытом выполнения открытых радикальных опера-

*e-mail: efanov@ixv.ru

ций. В связи с этим нам хотелось бы еще раз подчеркнуть важность учета патогенетических механизмов естественного течения заболевания при выборе метода операции. В этом нас убеждает накопленный в Институте хирургии им. А.В. Вишневского 35-летний опыт лечения первичного и резидуального эхинококкоза печени, анализ которого представлен в данной публикации.

Цель работы — проанализировать опыт радикальных операций при первичном и резидуальном эхинококкозе печени.

Этиология и патогенез

Возбудителем заболевания является гельминт *Echinococcus granulosus*. Жизненный цикл паразита происходит со сменой двух хозяев. Половозрелые формы червей в ленточной стадии паразитируют в кишечнике окончательных хозяев (собаки, волки, шакалы). Промежуточными хозяевами являются овцы, козы, свиньи, крупный рогатый скот. В их организме развивается промежуточная стадия паразита — кистозная. Собаки заражаются, съедая пораженные эхинококковыми кистами органы животных. В их организме элементы герменативного слоя эхинококковой кисты развиваются в половозрелых червей, которые выделяются в окружающую среду. Человек, также являющийся промежуточным хозяином для эхинококка, чаще заражается от собак, при этом яйца гельминта, попадая в кишечник, теряют свою оболочку, высвобождая сколексы, мигрирующие с током портальной крови в печень (50—60%) и далее в другие органы (30—40% — в легкие), где формируется эхинококковая киста. Она состоит из трех хорошо дифференцируемых оболочек и заполнена прозрачной опалесцирующей жидкостью. Внешняя оболочка — фиброзная капсула или перициста (результат воспалительной реакции ткани печени хозяина), второй слой — эктоциста, хитиновая оболочка (протеиновая мембрана, образуемая паразитом), внутренний, ростковый слой — эндоциста, которая отпочковывает вторичные дочерние пузыри и жизнеспособные сколексы, свободно плавающие в эхинококковой жидкости в виде эхинококкового песка. В 1 мм³ эхинококкового песка содержится более 400 000 сколексов. При прорывах пузыря в брюшную или плевральную полость сколексы из эхинококкового песка и дочерние пузыри имплантируются с развитием в дальнейшем множественных эхинококковых кист, аналогичных материнской кисте. Нередким является кальцификация стенок кисты, свидетельствующая о нежизнеспособности паразита. Типичные осложнения эхинококкоза — разрыв кист с развитием тяжелой анафилактической реакции, нагноение кист и прорыв в желчные пути с развитием гнойной интоксикации и холангита. Прорыв нагноившейся эхинококковой кисты печени в плевральную полость приводит к эм-

пиеме плевры и образованию плевробронхиальных и билиотрахеальных свищей. В редких случаях кисты могут прорываться и в перикард.

Материалы и методы

В Институте хирургии им. А.В. Вишневского с 1976 по 2010 г. прошли лечение 383 больных эхинококкозом печени. Первичный эхинококкоз имели 278 (75,3%) пациентов, резидуальный и рецидивный — 105 (24,7%). В последней группе пациенты перенесли 1—8 вмешательств. Солитарные кисты выявлены у 247 (64,4%) человек, множественные — у 136 (35,6%).

Сочетанный эхинококкоз печени и других органов выявлен у 63 (16,4%) больных. При внепеченочной локализации эхинококковые кисты обнаружены в селезенке, брюшной полости, диафрагме, почках, яичнике, легких, перикарде и средостении.

По мнению многих исследователей, одним из факторов, существенно влияющих на эффективность лечения и, соответственно, выбор метода операции, является осложненное течение заболевания [1, 11—15].

Осложнения, связанные с гибелью паразита, отмечены у 164 (43%) больных (нагноение кисты, частичное или полное обызвествление фиброзной капсулы паразита, прорыв элементов кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи и холангита, разрушение фиброзной капсулы с открытием в ее просвет желчных свищей, прорыв в брюшную полость).

Всем пациентам в предоперационном периоде с целью верификации диагноза, уточнения размеров, числа и локализации очаговых образований, а также вариантов нормальной анатомии печени и ее изменений вследствие взаимоотношений с очаговыми образованиями выполнялись компьютерная томография (КТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости с дуплексным сканированием ее сосудов. Для дифференциальной диагностики эхинококкоза и непаразитарных кист печени у ряда больных с тонкостенными эхинококковыми кистами, соответствовавшими I и I-a типам по классификации М. Milicevic (1994), использовали анализы крови на антитела к эхинококку и газожидкостную хроматографию с масс-спектрометрией. Для уточнения топографии очагового образования, разметки секторальных и сегментарных границ печени, а также выявления дополнительных очаговых образований применяли интраоперационное УЗИ.

Из 383 больных, получивших лечение, оперированы 359 (93,7%) человек. Предпочтение отдавали радикальным оперативным вмешательствам: перицистэктомии и резекции печени, которые позволяли удалять все оболочки паразита, в том числе фи-

Таблица 1. Послеоперационные осложнения со стороны брюшной полости и летальность

Вид осложнения	Число больных с осложнениями					
	без удаления фиброзной капсулы		радикальные вмешательства		условно-радикальные вмешательства	
	абс.	%	абс.	%	абс.	5
Жидкостные скопления в зоне резекции	—	—	15	11,6	9	5,1
Осложнения со стороны остаточной полости*	19	24,4	7	5,4	18	10,2
Желчный перитонит	1	1,3	1	0,7	—	—
Летальность	2	2,6	2	1,5	—	—

Примечание. * — нагноение, желчеистечение, желчно-гноенные свищи.

бронную капсулу как один из возможных источников рецидива заболевания.

Радикальному хирургическому лечению подверглись 129 (33,7%) больных. В отдельную группу были выделены 176 (46,0%) пациентов с так называемыми условно-радикальными операциями, у которых в связи с высоким риском развития осложнений не была удалена вся фиброзная оболочка, — субтотальными перицистэктомиями и комбинированными вмешательствами. Последний вид операций предполагает сочетание радикальных и условно-радикальных вмешательств со способами эхинококкэктомии без удаления фиброзной оболочки при множественном поражении печени с труднодоступной локализацией части кист, радикальное удаление капсулы которых резко повышает риск осложнений. Таким образом, операции с максимальным возможным удалением фиброзной капсулы выполнены 305 (79,7%) больным. Техника выполнения радикальных и условно-радикальных операций подробно была изложена ранее [13, 14]. Операции без удаления фиброзной капсулы использовали в основном на ранних этапах освоения хирургического лечения эхинококкоза. Такие вмешательства выполнены у 78 (20,3%) пациентов.

В Институте хирургии также изучены возможности чрескожного дренирования эхинококковых кист под контролем УЗИ. Разработаны показания к применению этого малоинвазивного метода, которые ограничивали его использование в основном двумя ситуациями: невозможностью радикального оперативного лечения ввиду неблагоприятного соматического фона и неосложненным течением эхинококковых кист I и I-a типов по M. Milicevic (1994). Данная методика применена у 24 (6,2%) пациентов.

Пациенты с сочетанным эхинококкозом печени и легких оперировались, как правило, в один этап. Вначале выполнялась операция на пораженном легком. После закрытия грудной клетки производилась лапаротомия и вмешательство на печени. Такая тактика лечения была применена у 16 больных. В 2 случаях ввиду тяжести соматического фона больных оперативное лечение было разделено на два этапа.

Результаты

Осложнения со стороны брюшной полости отмечены у 74 (20,6%) из 359 прооперированных больных. Распределение пациентов по характеру осложнений в зависимости от типа операции представлено в табл. 1. Жидкостные скопления были излечены с помощью пункционных вмешательств под контролем УЗИ. Желчные свищи, как правило, закрывались самостоятельно в течение 60 сут после операции. У одного пациента отмечено нагноение остаточной полости после эхинококкэктомии из легкого.

Летальные исходы зарегистрированы в 5 (1,6%) случаях. До 1984 г., когда применялись преимущественно закрытые и полужакрытые эхинококкэктомии, летальность составляла 8,1%. Причиной смерти пациентов были послеоперационные осложнения (1 больной) и тяжелая аллергическая реакция на вводимый в полость кисты 10% раствор формалина (2 больных), от применения которого для антипаразитарной обработки в дальнейшем отказались. Один летальный исход в дальнейшем имел место после правосторонней гемигепатэктомии на фоне гнойного холангита и цирроза печени: причиной смерти стала острая послеоперационная печеночная недостаточность. Летальный исход после чрескожного дренирования кисты был обусловлен декомпенсацией сопутствующих заболеваний.

Другим не менее важным аспектом проблемы увеличивающейся заболеваемости эхинококкозом является лечение *резидуального эхинококкоза печени*. В литературе нам удалось найти только единичные публикации, посвященные проблеме хирургического лечения резидуального эхинококкоза печени [16—18]. Наш опыт свидетельствует о том, что наиболее оправданными при резидуальном эхинококкозе печени являются радикальные операции, к которым мы относим разные варианты перицистэктомий в сочетании с атипичными резекциями печени [13, 14, 19].

В данной статье нами представлен анализ ближайших и отдаленных результатов лечения 26 больных резидуальным эхинококкозом печени, прооперированных в Институте хирургии с 1995 по 2007 г.

Таблица 2. Сравнительный анализ периоперационного течения первичного и рецидивного эхинококкоза (M±m)

Показатель	Первичный эхинококкоз (n=104)	Резидуальный эхинококкоз (n=26)	p
Суб- и тотальная перикистэктомия, %	61±5	69±13	>0,05
Интраоперационная кровопотеря, мл	803±97	1586±455	<0,05
Средняя длительность операции, мин	213±9	261±26	>0,05
Послеоперационные осложнения, %	24±5	33±11	>0,05
Специфические послеоперационные осложнения, %	10±3	22±10	>0,05
Длительность послеоперационного стационарного лечения, койко-дни	20±1	18±2	>0,05

В группе резидуального эхинококкоза больные, прооперированные за этот период, перенесли 1—4 вмешательства. Операции у абсолютного большинства больных выполнялись в радикальном и условно-радикальном объеме, который предполагал тотальную или субтотальную перикистэктомию в сочетании с атипичной резекцией пораженных сегментов. Изучив особенности клинического течения резидуального эхинококкоза в сравнении с первичным, мы выяснили, что при первичном эхинококкозе достоверно чаще имели место крупные кисты, средний размер которых составил 116 ± 7 мм, в то время как при рецидивном эхинококкозе — 86 ± 7 мм ($p<0,05$). При рецидивном эхинококкозе достоверно чаще встречалось внепеченочное поражение брюшной полости ($p<0,05$). Не получено отличий по частоте осложненного течения заболевания, числу кист, распространенности поражения печени (число сегментов) и топографии кист в печени.

Представляют интерес осложнения заболевания. Несмотря на то что частота осложненного течения заболевания при первичном и осложненном эхинококкозе не отличалась, при резидуальном эхинококкозе достоверно чаще возникало одно из осложнений, связанных с гибелью паразита, — кальциноз фиброзной оболочки ($p<0,05$). Сочетание разных осложнений чаще имело место при первичном эхинококкозе ($p<0,05$). Осложнения, связанные с крупными размерами кист (прорыв эхинококковых кист в желчные протоки и свободную брюшную полость, а также угроза разрыва), встречались только при первичном эхинококкозе, что подтверждается достоверно большими размерами кист при первичном поражении печени.

Особенности периоперационного течения резидуального эхинококкоза в сравнении с первичным представлены в табл. 2.

Резидуальный эхинококкоз приводил к достоверно большей кровопотере (1586 ± 455 мл), чем первичный (803 ± 97 мл). По остальным параметрам интра- и ближайшего послеоперационного периода достоверных отличий не получено. Ни первичный, ни резидуальный характер эхинококкоза не влияли на полноту иссечения фиброзной капсулы, частоту и характер послеоперационных осложнений, сред-

нюю длительность операции и послеоперационного стационарного лечения.

При более детальном изучении факторов, влияющих на объем интраоперационной кровопотери при первичном и резидуальном эхинококкозе печени, выявлено, что в обеих группах кровопотеря достоверно ($p<0,05$) увеличивалась при тотальной перикистэктомии (1079 ± 151 мл и 1938 ± 769 мл) по сравнению с субтотальной (365 ± 62 мл и 500 ± 0 мл).

Среди больных, прооперированных с 1995 по 2007 г. в Институте хирургии, рецидив отмечен у 7. Пятеро из них были оперированы по поводу первичного эхинококкоза, что в пересчете на всех 104 больных с первичным эхинококкозом, поступивших и оперированных в Институте за тот же период, составило $4,5\pm 2,0\%$. Двое пациентов были прооперированы по поводу резидуального эхинококкоза после перенесенных в других стационарах операций. Тем не менее после повторных операций, проведенных в Институте хирургии, отмечен рецидив заболевания, по поводу чего больные оперированы повторно с успешным результатом. Причина рецидива у одного пациента заключалась в локализации кисты в 1-м сегменте с компрессией нижней полой вены. У другого больного резидуальные кисты в брюшной полости и печени имели место после первоначального разрыва кисты в свободную брюшную полость при наличии также обширного обсеменения забрюшинной клетчатки и дорсальных сегментов печени. Частота рецидивов после операций по поводу резидуального эхинококкоза составила $7,6\%$ (26 больных с резидуальным эхинококкозом, оперированных за анализируемый период). Достоверных отличий в частоте резидуального эхинококкоза после первичных и повторных операций не получено (табл. 3).

Следовательно, хирургическое лечение резидуального эхинококкоза печени отличается от лече-

Таблица 3. Сравнение частоты рецидива после хирургического лечения первичного и резидуального эхинококкоза печени

Характер эхинококкоза	n	Число больных		p
		абс.	%	
Первичный	104	4	$4,5\pm 2$	>0,05
Резидуальный	26	2	$7,6\pm 5$	

ния первичного большей травматичностью, о чем свидетельствует достоверно большая кровопотеря при повторных операциях по поводу эхинококкоза. Увеличение интраоперационной кровопотери при резидуальном эхинококкозе определяется как повторным характером вмешательства, так и необходимостью более травматичной перицистэктомии в условиях более выраженного воспалительного процесса. Преобладание воспалительных и дистрофических изменений фиброзной оболочки при резидуальном эхинококкозе требует расширения объема перицистэктомии и одновременно затрудняет ее. Другое отличие исходных условий, являющееся причиной повышения травматичности операции при резидуальном эхинококкозе, — достоверное преобладание кист внепеченочной абдоминальной локализации. Несмотря на достоверно больший объем интраоперационной кровопотери, операции при резидуальном эхинококкозе не приводили к большей частоте осложнений, в том числе специфических, а также увеличению длительности операции и сроков послеоперационного стационарного лечения. Тотальная перицистэктомия достоверно увеличивала интраоперационную кровопотерю как при первичном, так и при резидуальном эхинококкозе печени. Более сложные условия для технического исполнения операции при резидуальном эхинококкозе не увеличивали числа рецидивов по сравнению с первичным эхинококкозом.

Обсуждение

В различных регионах СНГ, в том числе традиционно эндемичных по эхинококкозу, а также в странах Европы (Средиземноморье) отмечается постепенный рост заболеваемости эхинококкозом печени.

В Узбекистане, одном из пяти эндемичных очагов заболевания, число ежегодно выполняемых по поводу эхинококкоза операций увеличилось с 1,5 тыс. в 1990-х годах до 4,5 тыс. в 2001 г. [3] Частота осложненных форм эхинококкоза печени достигает 84,6%, а рецидивы, по данным разных авторов, наблюдаются у 22—54% прооперированных больных [3, 8, 20—22].

Тем не менее не только ухудшение эпидемиологической обстановки обуславливает актуальность поиска эффективных методов лечения эхинококкоза печени. При анализе данных литературы не выявлено тенденции к существенному снижению частоты рецидивного эхинококкоза. Б.И. Альперович приводит следующие данные о рецидивном эхинококкозе: 7—45% случаев — Н.Г. Назаревский (1956); 50% — А.А. Шалимов (1975); 10—25% — М.Ю. Гилевич (1990); 8—36% — В.А. Рудаков, Л.В. Полуэктов (1997); 22,3% — С.А. Дадвани и соавт. (2000); 14,7% — Ф.Г. Назыров (2004) [1, 4, 5, 23, 24]. Зарубежные авторы из стран, эндемичных по эхинококкозу, также

приводят достаточно тревожные показатели частоты рецидивов заболевания после хирургического лечения, достигающего 16,2% (Турция), 19,4% (Греция), 16,7% (Объединенные Арабские Эмираты) [6, 7, 25]. В опубликованных в последние годы крупных сериях наблюдений, включающих более 500 и 600 операций, приводится более низкая частота рецидивов (8,5—8,7%), что, тем не менее, оставляет возможность для дальнейшего уменьшения этого показателя [15, 26].

Многие авторы справедливо считают, что основным способом снижения частоты рецидивов до 0—4,6% являются радикальные операции, предполагающие выполнение перицистэктомии, поскольку консервативные методы хирургического лечения (наружное дренирование, марсупиализация, оментопластика) приводят к рецидивам, частота которых достигает 25,0—30,4% [15, 20, 21]. Кроме того, как показывает наш опыт, выполнение операций в радикальном объеме существенно уменьшает частоту осложнений, связанных с остаточной полостью, по сравнению с эхинококкэктомиями без удаления фиброзной оболочки.

Мы полагаем, что большинство пациентов, подвергающихся повторным операциям по поводу эхинококкоза печени, следует относить к группе резидуального эхинококкоза печени. Мы выделяем ряд причин резидуального эхинококкоза печени.

1. Ошибки пред- и интраоперационного обследования, ведущие к поздней диагностике пропущенных кист. В связи с этим мы придаем особое значение интраоперационному УЗИ, которое, по нашему мнению, должно быть обязательным компонентом ревизии при операциях по поводу абдоминального эхинококкоза.

2. Дефекты техники операции, приводящие к имплантационной диссеминации зародышевых элементов паразита по брюшной полости. Нарушение технологии операции или недостаточное оснащение могут приводить к попаданию обсемененной жидкости кист в свободную брюшную полость в результате как недостаточной изоляции зоны операции, так и неадекватной аспирации содержимого кист, для которой считаем необходимым использование мощных вакуум-аспираторов. Важным является создание адекватного доступа к зоне операции, особенно при локализации эхинококковых кист в задних сегментах печени. Подобного мнения придерживаются и другие авторы [16, 18].

3. Выполнение операции в нерадикальном варианте при осложненном эхинококкозе печени. В настоящее время считается доказанным проникновение в толщу фиброзной капсулы протосколексов, микробной инфильтрации фиброзной капсулы при нагноении кисты. Такая вероятность повышена при осложненном течении эхинококкоза, когда имеют место изменения фиброзной капсулы, связанные с гибелью паразита: обызвествление и ригидность

капсулы, наличие сообщения полости фиброзной капсулы с желчными протоками, нарушение целостности фиброзной капсулы, ее микробная инвазия при нагноении эхинококковой кисты. Эти изменения способствуют миграции зародышевых элементов в окружающую кисту ткань печени, поэтому удаление фиброзной капсулы, несомненно, повышает радикальность операции и снижает опасность развития осложнений. Анализ нашего материала показал, что основной причиной резидуального эхинококкоза больных, поступивших в Институт хирургии для повторного лечения, была первичная операция, выполненная в нерадикальном варианте.

4. Отсутствие антипаразитарной химиотерапии в послеоперационном периоде. Хотя, по мнению многих авторов, только хирургическое вмешательство является единственным радикальным способом излечения от заболевания, химиотерапия целесообразна в ситуациях так называемых условно-радикальных операций, когда по причинам, повышающим риск развития серьезных осложнений, выполняется субтотальная перицистэктомия [18].

5. Резидуальными мы также считаем паразитарные кисты, умышленно интраоперационно оставленные в печени по причинам, не позволяющим расширить объем операции, с расчетом на их последующее этапное пункционное или оперативное лечение.

В общих чертах подобного мнения придерживаются и другие авторы [18, 23, 27]. М.Ю. Гилевич (1990) утверждает, что в 6,9% случаев причиной рецидива эхинококкоза являются резидуальные кисты, пропущенные во время первой операции. Повторные вмешательства ведут к выздоровлению пациентов [23]. А.А. Червинский и соавт. (1990) полагают, что резидуальным является эхинококкоз, если в брюшной полости оставлены герминативные элементы. Повторное возникновение заболевания в случае рецидива также не является рецидивом [27].

Рецидивным мы считаем эхинококкоз печени и других органов, возникший в результате повторного инфицирования организма. В данной работе представлен анализ результатов лечения резидуального эхинококкоза печени, поскольку все пациенты, прошедшие повторное хирургическое лечение в Институте хирургии, имели локальный рецидив заболевания, когда кисты возникли в зоне первичной операции, или паразитарные кисты были обнаружены через непродолжительный период после перенесенной первичной операции в других сегментах печени. Эти факторы указывают на резидуальный характер болезни. Случаев рецидивного эхинококкоза печени, когда болезнь была диагностирована в отдаленные после первичной операции сроки с другой локализацией новых паразитарных кист, мы не встретили. Тем не менее мы считаем, что рецидив эхинококкоза вне зависимости от локализации должен являться показанием к хирургическому лечению с приоритет-

ным применением радикальных методов в случае осложненного течения заболевания.

В настоящее время не вызывает сомнения прямая зависимость частоты местного рецидива от полноты удаления оболочек паразита. Повторные операции, согласно мнению многих авторов, должны выполняться в радикальном объеме [16, 18]. Однако радикальные операции по поводу резидуального эхинококкоза печени, как правило, выполняются в сложных условиях спаечного и инфильтративно-воспалительного процессов, измененной анатомии, нередко на фоне утяжеляющих состояние больного гнойно-септических осложнений. Это закономерно приводит к росту интраоперационной кровопотери. Тем не менее у прооперированных нами больных не отмечено увеличения частоты послеоперационных осложнений и рецидивов в отдаленном периоде. Согласно данным литературы, выполнение радикальной операции в объеме тотальной перицистэктомии при резидуальном эхинококкозе позволяет добиться сравнительно низкой частоты рецидива болезни — 4,65%, что не противоречит нашим данными (5%) [16].

В.А. Журавлев методом выбора при лечении эхинококкоза печени считает резекцию печени, мотивируя свою позицию, в том числе, и большей травматичностью перицистэктомии [22, 28]. Безусловно, резекция печени наиболее соответствует принципам апаразитарности. Тем не менее вызывает сомнение возможность считать резекцию предпочтительным методом хирургического лечения, учитывая, что поражение печени при эхинококкозе часто множественное и нередко при этом в патологический процесс вовлечены центральные сегменты. В таких случаях резекция органа может привести к потере большей части функционирующей паренхимы печени. А. Cirenei и I. Bertoldi (2001), основываясь на результатах анализа 37-летнего опыта хирургического лечения эхинококкоза печени, продемонстрировали значимое уменьшение рецидивов заболевания с 11,2 до 0,9% при переходе от консервативных хирургических вмешательств (марсупиализация, частичная перицистэктомия) к радикальным (тотальная перицистэктомия и резекция печени). Тем не менее авторы отмечают, что резекция печени являлась вынужденной мерой [29].

Анализ нашего опыта лечения первичного и резидуального эхинококкоза печени не выявил достоверных отличий в течение ближайшего и отдаленного послеоперационного периодов. Одной из причин, объясняющих подобный результат, может быть отсутствие значимой разницы между больными первичным и резидуальным эхинококкозом, прошедшими лечение в Институте хирургии, по локализации, числу и характеру течения заболевания. Этот факт, выявленный нами при анализе нашего материала, в свою очередь может быть следствием

направления в Институт хирургии больных с первично-множественным поражением и осложненным течением заболевания. Другим фактором, объясняющим сходные результаты лечения больных первичным и резидуальным эхинококкозом, с нашей точки зрения, является применение в обеих группах преимущественно радикальных методов хирургического лечения. Следовательно, радикальные методы хирургического лечения (тотальная или субтотальная перицистэктомия), при необходимости дополненные сегментарными или субсегментарными резекциями печени, являясь адекватными как при первичном, так и при резидуальном эхинококкозе печени и позволяют добиться одинаково приемлемых результатов в обеих группах больных.

Пункционное лечение в настоящее время считается допустимым при первичном неосложненном эхинококкозе печени. Тем не менее метаанализ современных публикаций в Cochrane Database System Review за 2011 г., как и в предыдущих аналогичных обзорах, не выявил достаточного количества доказательных исследований, подтверждающих эффективность пункционно-аспирационных методик (PAIR) при лечении неосложненного эхинококкоза печени [30—32]. Наш более ранний опыт показывает, что пункционное лечение может быть эффективным при первичном и резидуальном эхинококкозе печени у ряда больных с высоким риском открытого вмешательства на печени [11, 12, 33, 34]. В литературе также обсуждается возможность использования пункционных методов в отдельных случаях при тяжелом соматическом состоянии пациента, исклю-

чающем полостную операцию [18]. Необходима оценка эффективности пункционно-аспирационных методов как безопасной альтернативы открытым операциям при лечении наиболее сложных для традиционной хирургии кист центральной локализации.

Заключение

Радикальное хирургическое лечение первичного и резидуального эхинококкоза печени позволяет в большинстве случаев добиться хороших результатов. Низкая частота рецидивов и относительно безопасный послеоперационный период позволяют считать, что в условиях растущей заболеваемости эхинококкозом печени, в том числе осложненными формами, необходимым и достаточным является применение радикальных операций в объеме тотальных и субтотальных перицистэктомий, дополненных при необходимости сегментарными и субсегментарными резекциями печени. Тотальную перицистэктомию целесообразно применять при краевом расположении кист и отсутствии их контакта с крупными сосудисто-секреторными элементами. Обширные резекции печени, оставаясь в арсенале радикальных методов лечения эхинококкоза печени, должны выполняться по строгим показаниям. При неосложненных кистах без дочерних пузырей эффективными являются пункционно-дренажные методы. Использование этих методов лечения при центрально расположенных кистах нуждается в оценке.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Альперович Б.И., Сорокин Р.В., Толкаева М.В., Будков С.Р.* Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени. *Анналы хир гепатол* 2006; 11 (1): 7—10.
2. *Дадани С.А., Шкроб О.С., Лотов А.Н., Мусаев Г.Х.* Лечение гидатидозного эхинококкоза. *Хирургия* 2000; 8: 27—32.
3. *Ильхамов Ф.А.* Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ташкент 2005.
4. *Рудаков В.А., Полуэктов Л.В.* Криохирургия в лечении эхинококкоза и непаразитарных кист печени. *Анналы хир гепатол* 1997; 2 (1): 20—24.
5. *Хирургия печени и желчных протоков.* Под ред. А.А. Шалимова. Киев 1975: 75.
6. *Atmatzidis K.S., Pavlidis T.E., Papaziogas B.T., Mirelis C., Papaziogas T.B.* Recurrence and long-term outcome after open cystectomy with omentoplasty for hepatic hydatid disease in an endemic area. *Acta Chir Belg* 2005; 105 (2): 198—202.
7. *Yagci G., Ustunsoz B., Kaymakcioglu N., Bozlar U., Gorgulu S., Simsek A., Akdeniz A., Cetiner S., Tufan T.* Results of surgical, laparoscopic, and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients. *World J Surg* 2005; 29 (12): 1670—1679.
8. *Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.* Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика. *Вестн хир им. И.И. Грекова* 2011; 2: 91—94.
9. *Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А., Шарипов У.Б., Хамдамов Б.З., Муаззамов Б.Б.* Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени. *Анналы хир гепатол* 2010; 3: 99.
10. *Емельянов С.И., Хамидов М.А., Феденко В.В., Панфилов С.А.* Принцип апаразитарности при лапароскопической эхинококкэктомии печени. *Эндоскопич хир* 2000; 4: 26—29.
11. *Икрамов Р.З.* Кисты печени (диагностика и лечение). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1992: 45.
12. *Кахаров М.А.* Эхинококкоз печени. Новые аспекты диагностики и хирургического лечения. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2003.
13. *Кахаров М.А., Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А., Икрамов Р.З., Истратов В.Г., Мухиддинов Н.Д.* Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени. *Хирургия* 2003; 1: 31—36.
14. *Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А., Кахаров М.А., Икрамов Р.З., Гаверилин А.В.* Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. *Анналы хир гепатол* 2002; 7 (1): 18—22.
15. *Prousalidis J., Kosmidis C., Anthimidis G., Kapoutzis K., Karamanlis E., Fachantidis E.* Postoperative recurrence of cystic hydatidosis. *Can J Surg* 2011; 54 (5): 15—20.
16. *Kapan M., Kapan S., Goksoy E., Perek S., Kol E.* Recurrence in hepatic hydatid disease. *J Gastrointest Surg* 2006; 10 (5): 734—739.
17. *Ramia J., Veguillas P., De La Plaza R.* Feasibility of radical surgery for liver hydatidosis. A prospective serie. *HPB* 2009; 11 (suppl 2): 16.
18. *Siellaff T.D., Taylor B., Langer B.* Recurrence of Hydatid Disease. *World J Surg* 2001; 25: 83—86.
19. *Вишневецкий В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Мелехина О.В., Волченков А.В.* Радикальное лечение резидуального эхинококкоза печени. *Альманах Института Хирургии им. А.В. Вишневецкого.* 2008; 3 (1): 13—18.

20. *Tagliocozzo S., Miccini M., Amore Bonapasta S., Gregori M., Tocchi A.* Surgical treatment of hydatid disease of the liver: 25 years of experience. *Am J Surg* 2011; 201 (6): 797–804.
21. *Akbulut S., Senol A., Sezgin A., Cakabay B., Dursun M., Satici O.* Radical vs conservative surgery for hydatid liver cysts: experience from single center. *World J Gastroenterol* 2010; 16 (8): 953–959.
22. *Журавлев В.А.* Радикальные операции у «неоперабельных» больных с очаговыми поражениями печени. Киров 2000: 142–155.
23. *Гилевич М.Ю., Гилевич Ю.С., Порфисенко В.Н. и др.* Рецидивный и резидуальный эхинококкоз. *Хирургия* 1990; 12: 64–70.
24. *Назыров Ф.Г., Десятов А.В., Махмудов У.М.* Комплексный подход к хирургическому лечению эхинококкоза печени и органов брюшной полости: Материалы научно-практической конференции. Ташкент 2004: 50.
25. *Shams-Ul-Bari, Arif S.H., Malik A.A., Khaja A.R., Dass T.A., Naikoo Z.A.* Role of albendazole in the management of hydatid cyst liver. *Saudi J Gastroenterol* 2011; 17 (5): 343–347.
26. *El Malki H.O., El Mejdoubi Y., Souadka A., Zakri B., Mohsine R., Ifrine L., Abouqal R., Belkouchi A.* Does primary surgical management of liver hydatid cyst influence recurrence? *J Gastrointest Surg* 2010; 14 (7): 1121–1127.
27. *Червинский А.А., Джумадилов Ш.Д., Садирбеков Д.С., Романов А.С.* Рецидивный и резидуальный эхинококкоз органов брюшной полости. *Хирургия* 1990; 7: 105–107.
28. *Журавлев В.А.* Большие и предельно большие резекции печени. Саратов: Изд-во Саратовского университета 1986; 197.
29. *Cirenei A., Bertoldi I.* Evolution of Surgery for Liver Hydatidosis from 1950 to Today: Analysis of a Personal Experience. *World J Surg* 2001; 25: 87–92.
30. *Nasseri-Moghaddam S., Abrishami A., Taefi A., Malekzadeh R.* Percutaneous needle aspiration, injection, and re-aspiration with or without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic hydatid cysts. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 19 (1): CD003623.
31. *Dziri C., Haouet K., Fingerhut A.* Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence? *World J Surg* 2004; 28 (8): 731–736.
32. *Nasseri-Moghaddam S., Abrishami A., Malekzadeh R.* Percutaneous needle aspiration, injection, and reaspiration with or without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic hydatid cysts. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 19 (1): CD003623.
33. *Вишневецкий В.А., Помелов В.С., Гаврилин А.В., Икрамов Р.З.* Первый опыт чрескожного пункционно-дренажного лечения эхинококковых кист печени. *Хирургия* 1992; 1: 22–26.
34. *Гаврилин А.В., Кунцевич Г.И., Вишневецкий В.А., Икрамов Р.З.* Пункционное лечение эхинококковых кист печени под ультразвуковым наведением. *Хирургия* 2002; 8: 39–46.