

© Коллектив авторов, 2012
УДК 616.36-002.951.1-07-089(474.3)

А.И. Тулин, Р. Рибениекс, Е.Н. Погодина, Р. Стуцка, Я. Шавловскис, Я. Гардовскис

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ В ЛАТВИИ

Хирургическая клиника (зав. — проф. Я. Гардовскис), Университетская клиническая больница им. Паула Страдыня, г. Рига, Латвия

Ключевые слова: эхинококкоз печени, диагностика, радикальное и паллиативное лечение не осложненных и осложненных форм.

Введение. Эхинококкоз относится к заболеваниям, которые многие годы протекают асимптоматично, но уже появление его первых клинических симптомов может возникнуть в результате развития тяжелых осложнений, требующих применения хирургического лечения, а в ряде случаев — оказания неотложной помощи. Эхинококкоз является гельминтозом со сложным биологическим циклом, поражающим внутренние органы человека, в первую очередь — печень. Наиболее часто это заболевание встречается в двух формах — гидатидной и альвеолярной.

Возбудителем гидатидного эхинококкоза (ГЭ) является *Echinococcus granulosus*. Возбудитель альвеолярного эхинококкоза (АЭ) печени — *Echinococcus alveolaris* (multilocularis).

До недавнего времени считалось, что распространение данного заболевания ограничено лишь отдельными районами Средней Азии, Сибири, Южной Германии и Балканских стран. Однако в последнее десятилетие существенно выросла заболеваемость эхинококкозом и в других странах Европы: Франции, Германии, Швейцарии, Польше, Литве [21–24]. По данным Агентства общественного здоровья Латвии, если до 2006 г. ежегодно регистрировалось в среднем 4–5 случаев эхинококкоза, то только за 2007 г. и за 6 мес 2008 г. были выявлены 24 новых случая этого заболевания.

Материалы и методы. За период с 1997 по 2010 г. в хирургической клинике Университетской больницы им. П.Страдыня находились на лечении 44 больных с эхинококком печени (ЭП), в том числе 12 мужчин и 32 женщины в возрасте от 17 до 78 лет. Гидатидная форма эхинококка была диагностирована у 15 пациентов, у 29 больных имело

место поражение печени АЭ. В зависимости от клинической картины на момент поступления больные были разделены на три группы.

В 1-ю группу вошли 5 пациентов (2 — с ГЭ и 3 — с АЭ) в бессимптомной стадии ЭП. Поражение печени было диагностировано случайно во время УЗИ брюшной полости, проводимого по поводу других заболеваний.

2-ю группу составили 16 больных (7 — с ГЭ и 9 — с АЭ), которые обратились с жалобами на чувство дискомфорта и боли в правом подреберье.

В 3-ю группу вошли 23 больных, причиной госпитализации которых стало возникновение тяжелых осложнений ЭП. Характер осложнений у 6 пациентов с ГЭ и у 17 больных с АЭ представлен в табл. 1.

Таблица 1

Осложнения эхинококкоза печени

Вид осложнений	Число больных	
	ГЭ	АЭ
Нагноение гидатидной кисты	4	—
Нагноение альвеолярного узла	—	6
Механическая желтуха	1	6
Инфильтрация соседних органов,	1	6
в том числе:		
в диафрагму		3
в правую почку		1
в правый надпочечник		1
в нижнюю полую вену		3
в поджелудочную железу		1
Метастазирование,		2
в том числе:		
в легкие		1
в головной мозг		1

Лабораторная диагностика включала рутинные методы исследования функционального состояния печени, почек, свертывающей системы крови. У 7 больных с механической желтухой уровень билирубина составил от 86 до

485 мкмоль/л, у 6 больных при поступлении выявлено снижение протромбинового индекса ниже 45%, у 5 больных гипопротеинемия и гипоальбуминемия сопровождались появлением асцита. В результате обследования у 7 больных, в том числе у 1 с ГЭ и у 6 с АЭ, обнаружены признаки выраженной печеночной недостаточности.

Подтверждение паразитарного происхождения заболевания печени, а также мониторинг за состоянием больных после проведенного лечения осуществлялся с помощью иммунных серологических реакций. Путем реакции непрямой геммагглютинации (РНГ) исследовалось наличие специфических иммуноглобулинов в сочетании с проведением иммуноферментативной реакции (*Enzyme-Linked Immunosorbent ELISA*).

Радиологическое исследование начинали с УЗ-диагностики органов брюшной полости. Более детальная информация о состоянии печени, ее сосудистой архитектоники, размеров, локализации и структуры очаговых образований была получена с помощью спиральной компьютерной томографии (КТ) с ангиографией и 3-мерной реконструкцией изображения. Для исследования желчевыводящей системы применялась магнитно-резонансная холангиография (МРХГ).

Хирургическое лечение было применено у 41 больного (табл. 2), 36 из них (13 — с ГЭ и 23 — с АЭ) прошли 5–7-дневные курсы неoadьювантной противопаразитарной терапии альбендазолом. Анатомические резекции печени были выполнены у 13 пациентов. Гемигепатэктомия произведена у 9 больных, в том числе правосторонняя — у 6 и левосторонняя — у 3. Неанатомические резекции печени были выполнены у 24 больных. Паллиативные методы лечения были применены у 3 пациентов.

Таблица 2

Методы хирургического лечения эхинококкоза печени

Метод лечения	Число больных	ГЭ	АЭ
Анатомические резекции печени, в том числе:	13	3	10
правосторонняя гемигепатэктомия	6	–	6
левосторонняя гемигепатэктомия	3	1	2
левосторонняя кавальная лобэктомия	4	2	2
Неанатомические резекции печени, в том числе:	24	8	16
перистистэхинококкэктомия	8	8	–
перинодозная резекция печени	16	–	16
Гепатикоэюностомия	1	–	1
Пункционно-аспирационный метод (PAIR)	4	4	–
Чрескожное дренирование абсцесса печени	2	–	2
Всего	44	15	29

Оперативный доступ осуществлялся разрезом в правом подреберье или путем бигипохондральной лапаротомии. Интраоперационное УЗИ использовалось для уточнения границ паразитарного поражения печени и выяснения топографии внутривнутрипеченочных сосудов и желчных протоков. При

проведении анатомических резекций печени у 13 больных выполнялась предварительная сосудистая изоляция путем раздельного пересечения сосудисто-секреторных элементов ворот печени или методом выделения глиссоновых ножек «ad massam». В ряде случаев для уменьшения притока крови к печени использовался метод Pringle. Разделение паренхимы печени осуществлялось с помощью ультразвуковых ножиц «Ultracision» и водоструйным диссектором «HydroJet». Для гемостаза и с антипаразитарной целью раневая поверхность печени подвергалась термической обработке с помощью аргоновой коагуляции.

После выписки из хирургической клиники послеоперационное наблюдение за больными и проведение адьювантной противопаразитарной терапии проводилось под наблюдением инфекциониста. Пациентам после радикальной операции рекомендовалось противорецидивное лечение альбендазолом в течение 1–2 лет в дозе 10–15 мг/кг. После условно-радикальных и паллиативных операций рекомендовался многолетний курсовой или непрерывный прием этого препарата.

У 8 из 12 оперированных больных с ГЭ, у которых развитие паразитарной кисты прошло без прорастания в крупные кровеносные сосуды и желчные протоки печени, была выполнена перистистэхинококкэктомия — удаление кисты без ее вскрытия, вместе с фиброзной капсулой. У 3 больных значительный размер кисты потребовал проведения анатомической резекции печени. У 1 из них, с локализацией кисты в районе IV сегмента печени с инфильтрацией устья левой печеночной вены, была произведена левосторонняя гемигепатэктомия с краевым иссечением и пластикой прилегающей стенки нижней полой вены. Еще у 2 пациентов была выполнена левосторонняя кавальная лобэктомия.

У 4 больных с клиникой бактериального инфицирования гидатидной кисты под контролем УЗИ была выполнена ее чрескожная пункция с аспирацией содержимого, с последующим введением глицерина и его реаспирацией после 20-минутной экспозиции.

Показанием к операции у 27 больных с АЭ были неосложненные и осложненные формы заболевания с паразитарными узлами в печени размерами более 4–5 см. Использованные методы оперативного лечения представлены в табл. 2.

У 11 больных, в связи с возникновением тяжелых осложнений альвеококкоза, потребовалось двухэтапное лечение. На первом этапе у 4 больных с механической желтухой и холангитом для снижения холемии и санации желчных протоков была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия. У 3 больных с некрозом и нагноением альвеококкового узла печени под контролем УЗИ произведены чрескожная пункция и наружное дренирование абсцесса с промыванием его полости 33% раствором натрия хлорида. У 4 больных размер паразитарного поражения составлял более 60% объема печени. Для увеличения размеров контралатеральной доли печени была выполнена эмболизация ветви воротной вены пораженной доли. Оклюзия портального кровотока достигалась селективным введением липоидола и микросфер. Через 4 нед после процедуры убедительный положительный эффект был достигнут у всех 4 пациентов.

Радикальная операция с удалением паразитарного узла в пределах здоровой ткани печени была произведена у 12 больных. Радикальное удаление ткани паразитарного узла было произведено у 9 больных в результате анатомической резекции печени, в том числе у 2 из них была выполнена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия. У 3 больных произведена атипичная резекция печени в объеме сегмент- или субсегментэктомии. Перинодозное удаление альвеококково-

го узла осуществлялось, отступая на 2 см в сторону здоровой паренхимы печени.

Так называемые условно-радикальные операции, резекции печени с вынужденным оставлением небольшого количества пораженной альвеококком ткани на крупных кровеносных сосудах и желчных протоках, были применены у 14 больных. У 2 больных с большими узлами АЭ, располагавшимися в центральной части печени с одновременной инфильтрацией обеих ее ворот, было произведено удаление двух парамедиальных IV, V и частично VIII сегментов.

У 3 больных с обтурацией долевых печеночных протоков и механической желтухой атипичная резекция печени была дополнена созданием гепатикоюноанастомоза. Еще у 2 больных с аналогичным осложнением АЭ в область конfluence долевых печеночных желчных протоков были введены нитиоловые билиарные стенты с помощью чрескожного чреспеченочного и эндоскопического доступов.

Симптоматическое лечение без какой-либо резекции печени было применено у 3 больных. У 2 больных из-за тяжести состояния лечение было ограничено наружным чрескожным дренированием и санированием полости абсцесса. У 1 больного после уменьшения септических явлений был наложен гепатикоюноанастомоз.

Результаты и обсуждение. Анализ эпидемиологического анамнеза поступивших в клинику больных с ГЭ печени показал, что 86,6% их них родились или длительное время проживали вне Латвии, в районах традиционного распространения этого заболевания. В то же время, 82,7% пациентов, инфицированных АЭ, были, как правило, жителями сельских районов Латвии и не выезжали за ее пределы.

Только 11,3% больных обратились в I стадии заболевания, что объясняется его длительным асимптоматическим периодом. Во II клинической стадии эхинококкоза были госпитализированы 36,4% пациентов с паразитарными образованиями печени, достигшими значительных размеров. Наибольшее число больных (52,3%) поступили в III стадии заболевания в связи с развитием тяжелых осложнений. По литературным данным, доля больных с эхинококкозом, обращающихся за медицинской помощью в этой стадии, составляет от 22 до 82% [3, 13, 25].

На догоспитальном этапе паразитарный характер поражения печени был выяснен у 37 (84%) из 44 пациентов. У 3 больных, в том числе у 1 в нашей клинике, диагноз был установлен во время лапаротомии и биопсии печени.

УЗИ явилось наиболее эффективным методом первичной диагностики очаговых образований печени у всех 44 больных. Среди 15 больных с ГЭ паразитарное происхождение кист было установлено у 13 (86,6%) из них. Трудности эхолокационной диагностики возникли у 2 пациентов с эхинококковыми кистами, осложнившимися нагноением. С помощью УЗИ диагноз АЭ печени был установлен у 21 (72,4%) из 29 больных. По

литературным данным [1, 5, 9, 17], УЗИ является наиболее эффективным и менее затратным способом постановки первичного диагноза у больных с ЭП.

Чувствительность и специфичность КТ и МРТ в отношении диагностики обеих форм эхинококкоза были близки к 100%. Основное значение этих исследований заключалось в планировании метода оперативного вмешательства и определении степени его возможной радикальности. Аналогичные результаты применения радиологических методов и их роль в диагностике и выборе метода лечения отмечаются в работах и других авторов [1, 5, 9, 17, 20].

При проведении специфических серологических исследований у 44 больных ложноотрицательный ответ получен у 1 пациента с ГЭ, ложноположительных заключений не было. Таким образом, чувствительность и специфичность метода составили соответственно 97,7 и 100%. На высокую диагностическую эффективность реакций непрямой гемагглютинации и иммуноферментативной реакции (ELISA) указывают и другие авторы [5, 19].

Хирургическое лечение у 80% больных с ГЭ в нашей клинике заключалось в проведении перицистэхинококкэктомии. Послеоперационные осложнения и летальные исходы не наблюдались. За время наблюдения за оперированными этим методом больными рецидивы заболевания в сроки от 18 до 112 мес обнаружены не были.

По литературным данным [1, 6, 10, 13, 15], осложнения в этой группе больных возникают у 4,8–17% больных, а летальность составляет 2,5%. По мнению одних авторов, удаление паразитарной кисты вместе с фиброзной капсулой является вполне радикальной операцией [9, 14, 15], в то же время, по другим данным, рецидивы могут возникать у 8,5–22,3% оперированных больных [4, 6, 10].

В связи с развитием эндоскопических технологий в практику была введена лапароскопическая эхинококкэктомия, которую рекомендуют выполнять у больных с не осложненными, небольшого размера, поверхностно расположенными гидатидными кистами [2, 5].

Широкое распространение получил пункционно-аспирационный метод лечения ГЭ — PAIR (puncture, aspiration, injection, reaspiration) [6, 17, 24, 26]. В качестве сколецидного средства в полость кисты предлагается вводить: 96 ° раствор этанола, 33% раствор натрия хлорида или 100% — глицерина [6]. По данным В. Golemanov и соавт. [18], при использовании PAIR у 230 больных достигнуть редукции кисты удалось у 89,1%, осложнения развились у 25% пациентов,

в том числе у 0,9% — анафилаксия. Рецидивы после применения этого метода встречаются в 2–15% случаев. По рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), для снижения опасности развития вторичного эхинококкоза необходимо назначение альбендазола за 4 дня до операции или PAIR, а также в течение 2 последующих лет [17, 19, 26].

В нашем исследовании при применении PAIR с обработкой полости кисты 100% глицерином положительный эффект был получен у 3 из 4 больных. У 1 пациента с выраженным кальцинозом гидатидной кисты печени не удалось достигнуть спадания ее стенок, в связи с чем больной был оперирован.

Среди больных с эхинококкозом пациенты с АЭ составили наиболее проблемную группу, так как 58,6% из них были госпитализированы с клинической картиной тяжелых осложнений. Из этого числа больных у 41% осложнения имели септический характер, а у 20,6% развилась механическая желтуха.

На высокую частоту тяжелых осложнений у больных с АЭ, которая может достигать 82% от общего числа обратившихся, указывается в работах и других авторов. Это же становится причиной того, что число радикально оперированных больных колеблется в широких пределах от 35 до 72% [3, 7, 8, 13, 14, 16]. Увеличение числа радикально оперированных больных возможно за счет использования новых технологий, в том числе путем резекции пораженных участков воротной и нижней полой вены с их последующей пластикой или протезированием.

Среди больных, оперированных по поводу АЭ в нашей клинике, доля радикальных операций составила 41,3%. Успешность оперативного лечения зависела от распространенности поражения печени, которая, в свою очередь, определяла наличие и характер клинических проявлений заболевания. Удаление паразитарной «опухоли» в пределах здоровых тканей было осуществлено у всех 3 больных 1-й группы, у которых заболевание протекало асимптоматично, у 8 из 9 пациентов 2-й группы и лишь у 1 из 17 пациентов 3-й группы, поступивших в стадии осложнений АЭ.

Число нерадикальных методов лечения составило 58,6%. Условно-радикальные резекции печени были применены у 48,3% больных. 13 из 14 пациентов поступили с рядом тяжелых осложнений АЭ (3-я группа), в связи с чем показания к этому типу операции носили вынужденный характер, что демонстрирует следующий клинический пример.

Больная З.К., 51 год, обратилась 15.02.2002 г. с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, зуд кожи

и ее желтушность, появившуюся за 3 нед до поступления. При поступлении состояние удовлетворительное. Выраженная желтушность кожи и склер глаз. Пульс 70 уд/мин, АД 160/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Уровень общего билирубина в сыворотке крови 267 мкмоль/л. РНГ выявила повышенный титр антител против *Echinococcus granulosus*.

16.01.2002 г. КТ брюшной полости: практически всю правую долю, включая I сегмент печени, занимает неомогенное аваскулярное образование пониженной плотности, инфильтрирующее и стенозирующее воротную (правую ветвь) и нижнюю полую вены. Расширены внутриспеченочные желчные протоки левой доли печени. Внепеченочные желчные протоки 7 мм в диаметре. Увеличены лимфатические узлы по ходу гепатодуоденальной связки. Высказано предположение о наличии альвеолярного эхинококка правой доли печени со сдавлением желчных протоков в области ее ворот (рис. 1).

21.01.2002 г. больная была оперирована. Так как из-за обширной паразитарной инфильтрации нижней полой вены и портальных ворот печени проведение радикальной операции признано невозможным, для ликвидации холемии был наложен гепатикоюноанастомоз с левым печеночным желчным протоком.

В послеоперационном периоде был назначен курс антипаразитарной терапии альбендазолом 800 мг/сут. Через 2 нед улучшилось самочувствие, прошел кожный зуд, нормализовался уровень билирубина в крови.

В августе того же года возникли боли в правом подреберье, ознобы с подъемом температуры тела выше 39 °. Госпитализирована повторно 09.09.2002 г. Общее состояние средней тяжести. Пульс 90/100 уд/мин. Живот болезненный и напряжен в правом подреберье. В анализе крови лейкоцитоз $18 \times 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок 578 мг/л.

10.09.2002 г. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени на фоне гипергипоэхогенного образования очаг деструкции $7 \times 9 \times 14$ см, содержащий жидкость и возможно газ. Вне- и внутриспеченочные желчные протоки не расширены. Заключение: альвеолярный эхинококк правой доли печени с абсцессом в области VII сегмента. Под контролем эхолокации выполнено чрескожное дренирование полости абсцесса печени с помощью стилет-катетера (F12), который на следующий день был заменен дренажем большего диаметра.

11.09.2002 г. КТ брюшной полости (рис. 2) подтвердила данные УЗИ.

Несмотря на дренирование и промывание полости абсцесса, добиться существенного уменьшения септических явлений в течение 10 дней не удалось. В связи с чем больной было предложено оперативное лечение.

16.09.2002 г. под эндотрахеальным наркозом произведена лапаротомия косым разрезом в правом подреберье. В свободной брюшной полости около 400 мл мутного экссудата с примесью фибрина. Большой сальник подтянут и плотно фиксирован к печени и правому куполу диафрагмы. Поверхность печени в районе VI и VII сегментов состоит из разнокалиберных бугристых образований серо-желтоватой окраски. Печень плотно фиксирована к задней поверхности брюшной полости, после ее мобилизации обнаружен переход паразитарного процесса на весь позадипеченочный отдел нижней полой вены. Для ликвидации очага деструкции и септических осложнений, связанных с бактериальным инфицированием, выполнена неанатомическая резекция печени в объеме V, VI, VII и частично VIII сегментов с оставлением паразитарной ткани на стенке нижней полой вены.

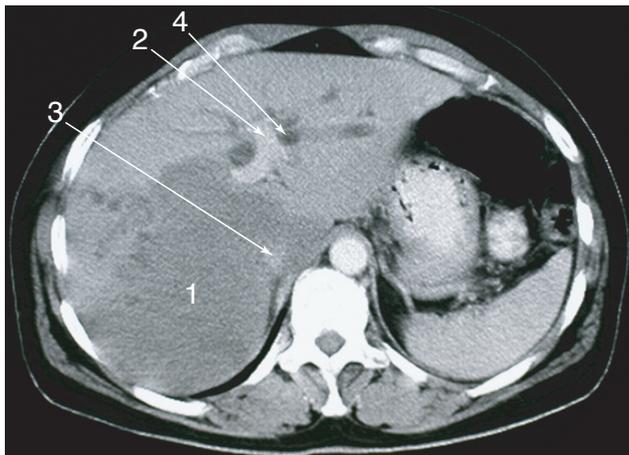


Рис. 1. КТ печени (поздняя венозная фаза).

1 — очаг альвеолярного эхинококка области I, V, VII сегментов;
2 — левая ветвь воротной вены; 3 — расширенные
внутрипеченочные желчные протоки.

Больная выписана из клиники на 9-й день после операции, с рекомендацией продолжить лечение альбендазолом под контролем инфекциониста.

Паллиативные операции составили 10,3%. Все 3 больных относились к 3-й группе, поступивших в стадии тяжелых осложнений.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у 5 (17%) больных. У 4 пациентов развились поддиафрагмальные и околопеченочные абсцессы, которые у 3 больных были санированы путем чрескожного дренирования под контролем УЗИ, у 1 — потребовалась релапаротомия. У 1 больного с обширным поражением АЭ правой доли печени в стадии распада с прорастанием в нижнюю полую вену после проведенной условно-радикальной операции в ближайшем послеоперационном периоде развилась тяжелая печеночная недостаточность с гипокоагуляцией. Больной скончался от диффузного неуправляемого кровотечения. Таким образом, послеоперационная летальность среди больных с АЭ составила 3,4%, а общая у больных с ЭП — 2,7%.

За период времени от 14 до 124 мес (в среднем 78 мес) рецидив АЭ после резекции печени, на момент ее проведения расцененной как радикальная операция, развился у 1 (8,3%) больного. От профилактического приема альбендазола больной отказался. Рецидив АЭ был обнаружен через 19 мес после неанатомической резекции печени. После повторной операции и проведения в последующем четырех 28-дневных курсов лечения альбендазолом новых рецидивов АЭ на протяжении 37 мес не выявлено.

По данным литературы [8, 13], рецидивы после радикальной резекции печени составляют 10–35%.

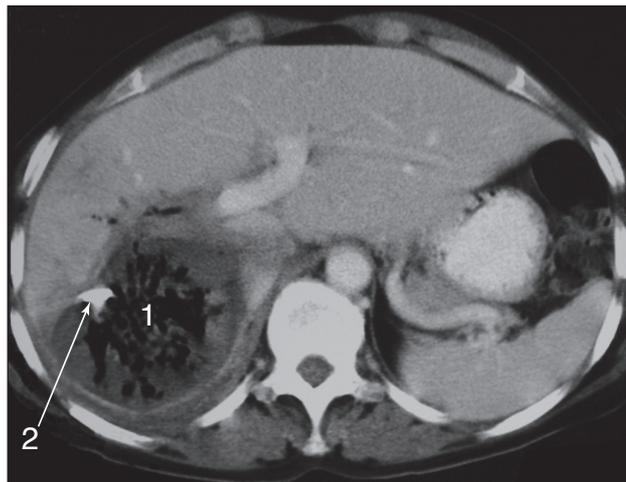


Рис. 2. КТ печени.

1 — полость распада альвеолярного узла с образованием абсцесса правой доли печени; 2 — чрескожный дренаж в полости абсцесса.

По рекомендации ВОЗ, с целью их профилактики повторные курсы альбендазола в послеоперационном периоде следует проводить на протяжении 2 лет [19]. В последующем контроль состояния больных после операции должен осуществляться в течение 10 лет с помощью серологических и радиологических методов [17, 20, 22, 27].

Эффективность условно-радикальных операций оценивалась нами по состоянию резидуальных очагов альвеококкоза, их стабильности или прогрессированию в процессе регулярного наблюдения за больными в сроки от 43 до 76 мес (в среднем 72 мес). Несмотря на лечение альбендазолом, проведенное после операции, увеличение размеров резидуальных очагов АЭ в той или иной степени отмечено у всех 14 больных. При этом, прогрессирование оставленных участков паразитарных узлов привело к развитию выраженных клинических проявлений у 5 пациентов. Из этого числа у 1 больного через 74 мес развилась механическая желтуха, у другого — через 62 мес возник распад резидуального паразитарного узла с образованием забрюшинного абсцесса. Одна больная, клинический случай которой был описан выше, умерла через 51 мес от тромбэмболических осложнений из-за декомпенсированного стеноза нижней полой вены. У одной больной в результате прогрессирования паразитарной инфильтрации всех печеночных вен с переходом на нижнюю вену через 59 мес после неанатомической резекции печени возник синдром Бадда-Хиари с быстро нарастающим асцитом. В настоящее время больная обследуется для решения вопроса трансплантации печени.

Для сравнения отдаленных результатов лечения в этой группе больных приводим данные о

5 пациентах с АЭ, получивших только длительное медикаментозное амбулаторное лечение под наблюдением инфекциониста и поэтому не вошедших в общее число больных. У 4 из этих больных распространённость паразитарного процесса не позволила осуществить его радикальное удаление, 1 — отказался от операции. Через 4–6 нед после начала лечения у одной пациентки уменьшился асцит, у другой — нормализовался уровень билирубина в крови. Длительность наблюдения составила от 45 до 67 мес (в среднем 53 мес). Все пациенты живы до настоящего времени. За этот период неотложное оперативное вмешательство потребовалось у 1 больной в связи с перитонитом, возникшим из-за деструкции очага АЭ в печени с прорывом инфицированных масс в брюшную полость.

По данным К. Buttenschoen и соавт. [13], после нерадикальных резекций печени у 14% больных возникли септические осложнения с летальностью 3%, продолжительность жизни 56% больных составила от 14 до 237 нед. По мнению А. Альперовича [3], при невозможности радикального удаления паразитарного узла условно-радикальные операции в сочетании с адьювантной терапией альбендазолом могут улучшить качество жизни 80% пациентов на 10–12 лет. С целью увеличения радикальности операции применяется резекция сегментов воротной и нижней полой вены с последующей пластикой или протезированием.

В то же время, в целом ряде исследований при применении многолетней монотерапии альбендазолом у тяжелых иноперабельных больных были получены удовлетворительные результаты, вполне сопоставимые с результатами нерадикальных операций [11, 20, 25]. По данным Y. H. Liu и соавт. [22], непосредственный положительный эффект был отмечен у всех больных, в частности, у пациентов с желтухой в течение 1 мес нормализовался уровень билирубина в крови. В связи с тем, что у 75–78% пациентов благодаря медикаментозной терапии была достигнута 10-летняя выживаемость, высказывается мнение о целесообразности проведения нерадикальных операций только в случаях массивного распада паразитарных узлов и опасности их бактериального инфицирования [14, 20].

При тотальном поражении печени, особенно с вовлечением в процесс крупных жизненно важных кровеносных сосудов, приводящем к полному некорректируемому портокавальному блоку, показаны гепатэктомия вместе с пораженным участком полой вены и ортотопическая трансплантация печени. Отбор больных для трансплантации печени должен быть направлен на исключение экстрагепатического распространения эхинококкоза,

особенно в связи с назначением в послеоперационном периоде иммунодепрессантов [12, 23].

Выводы. 1. В Латвии отмечается рост заболеваемости ЭП, при этом уже на момент обращения к врачу значительную часть составляют пациенты с тяжелыми осложнениями АЭ.

2. Улучшение результатов лечения больных с ЭП возможно за счет ранней диагностики заболевания в его бессимптомной стадии путем проведения регулярного профилактического УЗИ брюшной полости с последующим подтверждением диагноза с помощью специфических серологических методов.

3. Оценка возможности осуществления радикальной операции и планирование метода ее проведения основываются на анализе результатов КТ и МРТ с ангио- и холангиографией в режиме 3-мерной реконструкции. Применение любых инвазивных методов лечения больных с ЭП следует сочетать с профилактической и противорецидивной антигельминтной терапией альбендазолом.

4. При невозможности выполнения радикальной операции у больных с АЭ хирургическое лечение абсолютно показано лишь в случае массивного распада и бактериального инфицирования паразитарного узла. В остальных случаях альтернативой условно-радикальной операции является длительная антигельминтная терапия, а при отсутствии паразитарной диссеминации может рассматриваться вопрос о трансплантации печени.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнения // Хирургия. — 2001. — № 2. — С. 32–36.
2. Алиханов Р.Б., Емельянов С.И., Хамидов М.А. Лапароскопическая эхинококкэктомия: анализ ближайших и отдаленных результатов // Анн. хир. гепатол. — 2007. — № 4. — С. 7–10.
3. Альперович Б.И. Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени // Анн. хир. гепатол. — 1996. — № 1. — С. 24–29.
4. Альперович Б.И., Сорокин Р.В., Толкаева М.В. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени // Анн. хир. гепатол. — 2006. — № 1. — С. 7–10.
5. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы // Анн. хир. гепатол. — 2006. — № 1. — С. 111–117.
6. Дадвани С.А., Шкроб О.С., Лотов А.Н., Мусаев Г.Х. Лечение гидатидного эхинококкоза // Хирургия. — 2000. — № 8. — С. 27–32.
7. Журавлев В.А. Очаговые заболевания печени, гилусные опухоли, осложненные механической желтухой. — Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1992. — 206 с.
8. Журавлев В.А. Радикальные операции у неоперабельных больных с очаговыми поражениями печени. — Киров: ГПП «Вятка», 2000. — 224 с.
9. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Махмудов У.М. Спорные вопросы и причины повторных операций при эхинококкозе // Анн. хир. гепатол. — 2007. — № 1. — С. 29–35.

10. Полуэктов В.Л., Шутов В.Л., Никитин О.Л. Хирургическое лечение эхинококкоза печени // *Анн. хир. гепатол.*—2006.—№ 2.—С. 12–15.
11. Amman R.W., Fleiner-Hoffmann A., Grimm F. Long-term mebendazole therapy may be parasitocidal in alveolar echinococcosis // *J. Hepatol.*—1998.—Vol. 29, № 2.—P. 994–998.
12. Bresson-Hadni S., Koch S., Miguet J.P. et al. Indication and results of liver transplantation for Echinococcus alveolaris infection: an overview // *Langenbecks Arch. Surg.*—2003.—Vol. 388, № 4.—P. 231–238.
13. Buttenschoen K., Buttenschoen C., Gruener B. et al. Long-term experience on surgical treatment of alveolar echinococcosis // *Langenbecks Arch. Surg.*—2009.—Vol. 394, № 4. 689–698.
14. Buttenschoen K., Schorcht P., Reuter S. et al. Surgical treatment of hepatic infections with Echinococcus granulosus // *Z. gastroenterol.*—2004.—Vol. 42, № 10.—P. 1101–1108.
15. Cirenei A., Bertoldi I. Evolution of surgery for liver hydatidosis from 1950 to today: analysis of a personal experience // *World J. Surg.*—2001, № 25.—P. 87–92.
16. Cokmez A., Aydede H., Gur S., Tarcan E. Long-term albendazole treatment in alveolar echinococcosis. Case report // *Acta gastroenterol Belg.*—2003.—Vol. 66, № 3.—P. 255–257.
17. Frider B., Larrieu E. Treatment of liver hydatidosis: How to treat an asymptomatic carrier? // *World J. Gastroenterol.*—2010.—Vol. 16, № 7.—P. 4123–4129.
18. Golemanov B., Grigorov N., Mitova R. et al. Efficacy and safety of PAIR for cystic echinococcosis: experience on a large series of patients from Bulgaria // *Am. J. Trop. Med. Hyg.*—2011.—Vol. 84, № 1.—P. 48–51.
19. Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. WHO Informal Working Group on Echinococcosis // *Bull. World Health Organ.*—1996.—P. 74–231.
20. Kardy Z., Renner E.C., Bachmann L.M. et al. Evaluation of treatment and long-term follow-up patients with hepatic alveolar echinococcosis // *Br. J. Surg.*—2005.—Vol. 92, № 9.—P. 1110–1116.
21. Kern P., Bardonnet K., Renner E. et al. European Echinococcosis Registry: Alveolar Echinococcosis Europe, 1982–2000 // *Emerg. Infect dis.*—2003.—Vol. 9, № 3.—P. 343–349.
22. Liu Y.H., Wang X.G., Gao J.S. et al. Continuous albendazole therapy in alveolar echinococcosis: long-term follow-up observation of 20 cases // *Trans. R. Trop. Med. Hyg.*—2009.—Vol. 103, № 8.—P. 768–778.
23. Moray G., Shahbazov R., Sevmis S. et al. Liver transplantation in management of alveolar echinococcosis two case reports // *Transplant. Proc.*—2009.—Vol. 41, № 7.—P. 2936–2938.
24. Paskonis M., Jurgatis J., Sokolovas V. et al. Surgical treatment of hydatid liver disease: study based on data of Lithuanian echinococcosis register // *The 6th Meeting of the Baltic Association of Surgeons Druskininkai, Lithuania.*—24–26 May.—2009.—P. 16.
25. Reuter S., Jensen B., Buttenschoen K. et al. Benzimidazoles in the treatment of alveolar echinococcosis: a comparative study and review of the literature // *J. Antimicrob. Chemother.*—2000.—Vol. 46, № 3.—P. 451–456.
26. Tekin A., Kucukkartallar T., Kartal A. et al. Clinical and surgical profile and follow up of patients with liver hydatid cyst from an endemic region // *J. Gastroenterol. Liver Dis.*—2008.—Vol. 17, № 3.—P. 33–37.
27. Yoshida T., Kamlyama T., Okada T. et al. Alveolar echinococcosis of the liver in children // *J. Hepatobiliary Pancreat Sci.*—2010.—Vol. 17, № 2.—P. 152–157.

Поступила в редакцию 02.11.2011 г.

A.I. Tulin, R. Ribeniēks, E.N. Pogodina, R. Stutska,
Ya. Shavlovskis, Ya. Gardovskis

DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS IN LATVIA

The results of treatment of 44 patients (during the period 1996 — 2010) with liver echinococcosis (LE) were analysed. Echinococcosis hydatid (EH) cyst was found in 15 patients, alveolar echinococcosis (AE) — in 29 patients, 11.3% of cases were asymptomatic, different clinical symptoms were found in 36.4% of patients and 52.3% of patients were admitted due to severe complications. Surgical treatment was performed in 41 patients. Among 15 patients with hydatid liver cyst 3 — underwent liver resection, 8 — pericystechinococcectomy, 4 — guided percutaneous treatment — PAIR. No complications or recurrences were noted. Radical operations were performed in 12 patients with AE (41.3%), 11 of them had asymptomatic or noncomplicated disease. Recurrence appeared in one patient (8.3%). Nonradical or palliative operations due to AE complications were performed in 15 patients (51.7%). Complication at the postoperative periods occurred in 17% of patients with AE and lethality rate came to 3.4%. The diagnosis made at the early asymptomatic state and the following selection of combination of surgical approach and medicamental treatment (albendazole) can improve the results of treatment of patients with liver echinococcosis.