

Рудаков В.А., Охотина Г.Н., Рудакова О.В., Охотина А.В., Рудаков А.В., Бабенко Е.А.

**РАДИКАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНЫХ
ЛОКАЛИЗАЦИЙ И ПЕРИОДОВ ЕГО
ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

*Российский Центр Хирургической Функциональной
Гастроэнтерологии, г. Краснодар.*

Цель: повышение радикальности хирургического лечения эхинококкоза печени путем целесообразного использования эффективных технологий в зависимости от локализации и периода жизнедеятельности паразита в органе.

Материал и методы: хирургическое лечение эхинококкоза печени было произведено у 166 больных с 1 (0,6%) летальным исходом. Из них у 56 (33,73%) больных паразит находился в первом периоде жизнедеятельности (по М.Ю. Гилевичу, 1990); 70 (42,17%) – во втором и 40 (24,1%) – в третьем периодах. Мужчин было 65 (39,2%), женщин – 101 (60,8%). Средний возраст составил $45,7 \pm 9,4$.

Резекция печени выполнена у 40 (24,1%) пациентов, из которых правосторонняя гемигепатэктомия произведена у 5 (3,01%) больных с 1 летальным исходом (эмболия легочной артерии); левосторонняя гемигепатэктомия – у 9 (5,42%); три -, би-, сегментэктомия – у 26 (15,66%). Перикистэктомия выполнена у 47 (28,32%). Эхинококкэктомия с криодеструкцией стенки остаточной полости (фиброзной капсулы) и последующей ее абдоминализацией – у 79 (47,59%) больных.

Резекцию печени выполняли в случаях обызвестления паразита, содержащего некротические массы, занимающего анатомическую область органа.

Перикистэктомия производилась чаще всего при расположении паразита вне проекции прохождения магистральных сосудисто-секреторных элементов органа, при одиночных локализациях и небольших размерах кист.

Эхинококкэктомия с криодеструкцией стенки фиброзной капсулы (остаточной полости) выполнялась дозированными методами криоаппликацией или крионапылением всей стенки на глубину до 1,5 – 2,0 см и последующей ее абдоминализацией – чаще

всего при воротных и множественных локализациях, в проекции расположения магистральных сосудисто-секреторных элементов органа. Выступающую над поверхностью печени, фиброзную капсулу вместе с кутикулярной и зародышевой оболочками паразита иссекали с надежным краевым гемостазом – создавая сообщение между остаточной и брюшной полостями (абдоминализация остаточной полости). Кроме того, у 43 (25,9%) больных, с рецидивным эхинококкозом, ранее были оперированы в других клиниках: 1 раз – 22 больных, 2 раза – 9, от 3 до 8 раз – 12 пациентов.

Результаты: у 110 (66,27%) больных паразит находился в периоде поздних посмертных изменений кутикулы или в периоде осложненного эхинококкоза, т.е. тогда, когда за пределами кутикулы – в фиброзной капсуле и прилегающей паренхиме предполагалось наличие мелких дочерних гидатид и сколексов, являющихся источниками будущих рецидивов. У данных больных, оперированных различными методами, в отдаленном периоде отсутствовали рецидивы заболевания. У 9 (5,42%) больных наблюдали наружные желчные свищи остаточной полости, которые как правило, закрывались на 6 – 15 сутки после криодеструкции, чему способствовало «организация» ткани, подвергшейся асептическому крионекрозу и наружное микродренирование холедоха.

Заключение: эффективное использование криометода для уничтожения всех зародышевых элементов паразита, как в остаточной полости, так и за ее пределами, являющейся органосберегающей технологией, особенно в наиболее сложных случаях, а также при множественных локализациях осложненного эхинококкоза, – позволило добиться радикальности вмешательства во всех случаях.