

Ахмаджонов Ж.У. магистр

Тожибоев З.К. магистр

Касымов А.Л., доктор медицинских наук ,профессор

Андижанский государственный медицинский институт

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ПОДХОДУ
ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЭХИНОККОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.**

В статье представлен обзор литературы по хирургическому лечению эхинококкоза печени. Особое внимание уделено развитию чрескожных операций. Также описаны современные тенденции в лечении эхинококковых кист печени. При правильном ее выполнении и проведении послеоперационной противорецидивной терапии можно добиться полного излечения пациента и снизить риск рецидива практически до нуля.

Ключевые слова: эхинококкоз, гепатохирургия, чрескожное лечение

Akhmadjonov J.U. master degree

Tojiboev Z.K. master degree

Kasimov A.L., Doctor of Medical Sciences, Professor

Andijan State Medical Institute

**MODERN VIEWS ON THE SURGICAL APPROACH TO TREATMENT
FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS.**

The article presents literature review about surgical treatment of liver hydatidosis. Particular attention is paid to the development of percutaneous treatment. Also modern trend of surgical treatment are described. We presented results of percutaneous treatment of liver hydatidosis in our clinic. We analyzed them and made the conclusion that percutaneous treatment is effective and safe method for liver hydatidosis.

Key words: echinococcosis, hepatosurgery, percutaneous treatment.

История хирургического лечения эхинококкоза, как и самого заболевания, насчитывает более 1 тыс. лет. Еще Гиппократ, описывая эхинококковые кисты как «содержащие воду опухоли», пытался опорожнять их путем прожигания каленым железом брюшной стенки над кистой [1, 2]. В 1976 г. О.Б. Милонов разработал свою классификацию, в которой разделял эхинококкэктомию на открытую и закрытую. Р.П. Аскерханов в своей классификации выделял три основных метода хирургического лечения: эхинококкэктомия, перицистэктомия и резекция органа с кистой, в каждом из которых выделял идеальный, закрытый, полужакрытый и открытый варианты. А.З. Вафин в 2000 г. разработал классификацию, в которой предложил делить операции по способам эхинококкэктомии на открытые, закрытые и сочетанные, с полной или неполной ликвидацией остаточной полости либо различными вариантами дренирования последней [1]. Вопрос классификации оперативных вмешательств при эхинококкозе до сих пор вызывает немалые разногласия, что прежде всего касается терминов открытой и закрытой эхинококкэктомии. Дело в том, что часть авторов под закрытой эхинококкэктомией понимают операцию, при которой эхинококковая киста удаляется без вскрытия ее полости, что исключает контакт здоровых тканей с зародышевыми элементами паразита, в то время как другие авторы определяют эти термины по отношению к остаточной полости (глухое ее ушивание или подшивание краев фиброзной капсулы к ране передней брюшной стенке) [4]. Еще одним камнем преткновения касательно хирургического лечения эхинококкоза является выбор гермицида. В разное время в качестве гермицида применялись различные растворы, такие как эфир, раствор перекиси водорода, поваренной соли в разных концентрациях, спирт и вазелиновое масло и др. Доказанной гермицидной активностью на протосколексы и ацефалоцисты обладает 80–100% водный раствор глицерина и 30% раствор хлорида натрия

Однако ввиду «саморазбавления» раствора хлорида натрия и связанной с этой потерей противопаразитарных свойств его применение имеет существенные недостатки. Тем не менее, несмотря на доказанную противопаразитарную эффективность глицерина и многолетний опыт неудачного применения иных гермицидных веществ, в литературе, в том числе и зарубежной, до сих пор встречаются данные об использовании малоэффективных препаратов, перечисленных выше [1]. Современные методы лечения эхинококкоза подразделяются на консервативные и хирургические. В свою очередь хирургические методы подразделяются на традиционные и миниинвазивные (пункционные и видеоэндоскопические). В качестве консервативного метода лечения на сегодняшний день используется химиотерапия альбендазолом [2]. Наиболее распространенными открытыми методами операций при эхинококкозе печени являются эхинококкэктомия, идеальная эхинококкэктомия, перицистэктомия, резекция печени вместе с кистой, однако более эффективный объем вмешательства остается предметом дискуссий, так как до сих пор нет единого мнения о том, может ли фиброзная капсула нести в себе зародышевые элементы и являться причиной рецидива.

Видеоэндоскопические операции все больше внедряются в хирургическую практику. Но в хирургии эхинококкоза необходимо руководствоваться принципами апаразитарности и антипаразитарности. В связи с этим при выполнении лапароскопической эхинококкэктомии необходимо проводить мероприятия, направленные на изоляцию брюшной полости от контакта с содержимым кисты. Во время пункции кисты из-за высокого интракистозного давления часть гидатидной жидкости изливается в брюшную полость. И даже применение различных приспособлений, препятствующих обсеменению брюшной полости, не может предотвратить подтекание гидатидной жидкости. Результатом подобных вмешательств становятся выраженные анафилактические реакции и послеоперационные рецидивы. В связи с этим при эхинококкозе печени лапароскопические

операции не нашли широкого применения. Однако они достойно заняли свое место при технической возможности удаления кисты без ее вскрытия, т.е. при возможности выполнения так называемой идеальной эхинококкэктомии. Такая ситуация возможна лишь при краевом, так называемом экстраорганным расположении кисты. Либо кисты должны быть локализованы в нижнепередних сегментах печени [3].

Методы хирургического лечения постоянно совершенствуются, показывая достаточно успешные результаты. Несмотря на это, ученые не оставляют попыток найти способ медикаментозного лечения эхинококкоза, который мог бы позволить отказаться от хирургического лечения. В последние годы появилось множество публикаций, посвященных успешной консервативной терапии эхинококкоза, поэтому вопрос о выборе тактики между консервативным лечением и хирургическим вмешательством сохраняет свою актуальность. Большинство авторов считают, что химиотерапия не может быть альтернативой хирургическому методу, и рекомендуют использовать ее только в комбинации с ним или в тех вынужденных случаях, когда хирургическое вмешательство не гарантирует полного излечения от эхинококкоза .

Литература

1. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы. *Анналы хирургической гепатологии*. 2006; 1: 111–7. Vetshev P.S., Musaev G.Kh. Hydatidosis: the Modern Point of View. *Annals of surgical hepatology*. 2006; 1: 111–7. [in Russian]
2. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: состояние проблемы. *Анналы хирургической гепатологии*. 2005; 4: 7–12. Vetshev P.S., Musaev G.Kh. Hydatidosis: Point of View. *Annals of surgical hepatology*. 2005; 4: 7–12. [in Russian]

3. Чернышов В.Н., Иванов С.А. Хирургия эхинококкоза печени. Самара, 2005. Chernyshev V.N., Ivanov S.A. Surgery of liver hydatidosis. Samara, 2005. [in Russian]

4. Chautems R. Surgical management and long term outcome of complicated liver hydatid cysts caused by Echinococcus granulos. Surg 2005; 137: 312–6.