



УДК 616.36-002.951.21-089

Ш.А. КАНИЕВ

Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы,
Республика Казахстан

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Цель исследования - улучшить результаты хирургического лечения при эхинококкозе печени.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В период с 2013 по 2016 гг. в отделении гепатопанкреатобилиарной хирургии и трансплантации печени ННЦХ им. А.Н. Сызганова 119 пациентам выполнены различные оперативные вмешательства по поводу эхинококкоза печени.

Из 119 пациентов 68,8% были неосложненной формы, и осложненный эхинококкоз 31,2% соответственно. По происхождению резидуальных эхинококкозов печени не наблюдалось, тогда как первично выявленные составили 101 пациент (84,9%) и рецидивный эхинококкоз печени в 18 (15,1%) случаях.

В 119 случаях пациенты оперированы разными способами (перицистэктомия и оставлением фиброзной капсулы). При эхинококкэктомии с оставлением фиброзной капсулы у 79 (66,4%) пациентов остаточная полость ликвидирована следующим образом: а) абдоминализация остаточной полости у 31 (26%) пациента; б) капитонаж остаточной полости у 29 (24,4%) пациентов; в) оментопексия у 9 (7,6%) пациентов; г) абдоминализация 40 (33,6%).

Мы провели ежегодное сравнение выполненных перицистэктомий с группой с оставлением фиброзной капсулы, при этом имеется тенденция к увеличению перицистэктомии у 5 (17,9%) пациентов в 2013 году, соответственно у 17

(56,7%) пациентов в 2016 году. А также имеется тенденция к уменьшению эхинококкэктомии с оставлением фиброзной капсулы у 23 (82,1%) пациентов в 2013 году, соответственно у 13 (43,3%) пациентов в 2016 году.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Послеоперационные осложнения выявлены у 21 (17,6%) пациента с различными видами осложнений: а) инфекционные осложнения у 9 (7,5%) пациентов, б) билиарные свищи у 6 (5,05%) пациентов, в) реактивный плеврит у 6 (5,05%) пациентов. Послеоперационный койко-день составил в среднем 11,8 дня, максимально 20 дней составил у пациентов, кому выполнялся капитонаж остаточной полости. Объем кровопотери составил от 100 до 400 мл. Летальных исходов не было.

ВЫВОДЫ

При выборе способа оперативного вмешательства необходимо учитывать размеры, локализацию кисты и заинтересованность магистральных сосудов и желчных путей. При невозможности выполнить перицистэктомию из-за интрапаренхиматозного расположения и заинтересованных магистральных ветвей желчных протоков, предпочтительней выполнить органосохраняющие операции с последующим назначением антипаразитарного лечения с целью предупреждения рецидива заболевания.

Контакты: Каниев Шокан Ахмедбекович, докторант, старший научный сотрудник Национального научного центра хирургии им. А.Н. Сызганова, г. Алматы, РК. Тел.: + 7 (727) 279-99-61, + 7 701 294 60 89, e-mail: shokan.kanieva@gmail.com, info@nnch.kz

Contacts: Shokan A. Kaniev, doctoral student, Senior Research of the National Scientific Surgery center n.a. A.N. Syzganov, Almaty c., RK. Ph.: + 7 (727) 279-99-61, + 7 701 294 60 89, e-mail: shokan.kanieva@gmail.com, info@nnch.kz