

## АЛЬВЕОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ

А.И.Мусаев, А.Ж.Акешов, А.А. Акматов

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** приведены 4 наблюдения повторной операции больных альвеококкозом, которые ранее были признаны неоперабельными.

**Ключевые слова:** печень, альвеококкоз, повторные операции, альбендазол.

## БООРДУН АЛЬВЕОКОККОЗУ: КАЙРАДАН ОПЕРАЦИЯ ЖАСОО МҮМКҮНЧҮЛҮГҮ

А.И. Мусаев, А.Ж. Акешов, А.А. Акматов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамалекетик медициналык академия,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** башында операция кылуу мумкунчулугу жок болгон, альвеококкоз менен ооруган 4 оорулуунун кайрадан операция жасалышынын байкоосу корсотулгон.

**Негизги сөздөр:** боор, альвеококкоз, кайталануучу операция, альбендазол

## ALVEOCOCOSUS OF LIVER: THE POSSIBILITY OF SECONDARY OPERATIONS

A.I. Musaev, A.J. Akeshov, A.A. Akmatov

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** There are 4 clinical cases of secondary operations patients with alveococcosus. Patients were early appreciated as non-curable before.

**Key words:** liver, alveococcosus, secondary operations, albendazol.

**Введение.** Альвеококкоз – тяжелое паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени [4,5]. Из-за бессимптомного течения болезни, пациенты обращаются в поздние сроки, когда возникает желтуха, которая обусловлена сдавлением либо прорастанием паразитарной ткани в ворота печени [1,2], или очаг достигает больших размеров. При таком осложнении проводятся паллиативные желчеотводящие операции, но нередко оперативные вмешательства заканчиваются лапаротомией, то есть случаи оцениваются неоперабельными [3,5]. Некоторые исследователи назначают этой группе больных химиопрепараты, но какова их эффективность остается неизученным [6].

**Цель.** Поделиться опытом возможности выполнения повторных операций после приема альбендазола.

**Материал и методы.** Мы наблюдали 4 больных с альвеококкозом печени, оперированных в городской клинической больнице

№1 г. Бишкек. В обследовании больных помимо общеклинических исследований, использовали УЗИ и КТ печени и органов брюшной полости. У всех больных объемное образование занимало практически всю правую долю с прорастанием в ворота печени. Первое оперативное вмешательство у 2-х больных закончилось лапаротомией, а у 2-х частично резецирован очаг альвеококкоза. Всем больным была назначена химиотерапия альбендазолом в таблетках по 400 мг с обязательным приемом 1 столовой ложки растительного масла, которое способствует лучшему всасыванию препарата. Альбендазол назначали курсами по 28 дней с интервалами между курсами в 14 дней, 3 курса, затем 2 месяца перерыв. При контрольном обследовании мы обратили внимание на то, что прогрессирование процесса не наблюдалось, а наоборот размеры очага поражения уменьшались, и их границы становились более четкими. После 3 курсов через 2 месяца вновь назначали два курса альбендазола. В течении года больные постоянно наблюдались, обязательно получали

инфузионную терапию (инфезол, стабизол, глюкоза 10%), витамины и общеукрепляющую терапию, а так же гепатопротекторы (гептрал, гепализин), после каждого курса химиотерапии.

**Результаты и обсуждение.** При повторном обследовании на УЗИ и КТ печени через год, появились четкие границы объемного образования, что несвойственно для альвеококкоза. Кроме того общее состояние больных было удовлетворительным, желтухи не было. После подготовки больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом, доступом в правом подреберьи, во всех случаях очаги поражения альвеококкозом имели четкие границы, они были удалены путем вылушивания, ложе коагулировано. В одном случае часть узла у ворот печени осталась. В

послеоперационном периоде проводились все необходимые мероприятия для предупреждения воспалительных осложнений, контролировали биохимические показатели функционального состояния печени. Выполняли инфузионную терапию с включением гепатотропных средств, антибиотики (цефалоспорины III поколения). Состояние постепенно улучшалось и они выписаны в удовлетворительном состоянии.

Удаленные препараты были размером от 4x10см до 12x16см. Один из макропрепаратов дан на рис 1.

При гистологическом исследовании удаленного очага альвеококкоза картина следующая: Склероз, гиалиноз и резкое утолщение капсулы печени с пылевидными вкраплениями солей кальция, элементов

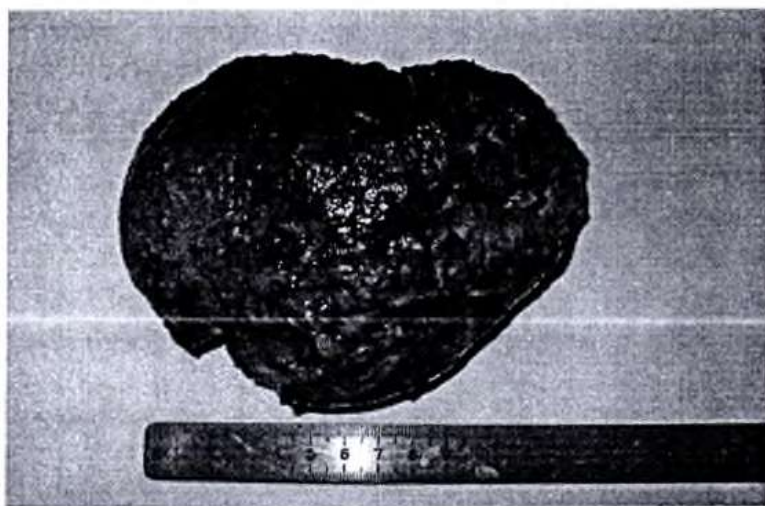


Рис. 1. Удаленный макропрепарат из правой доли печени.

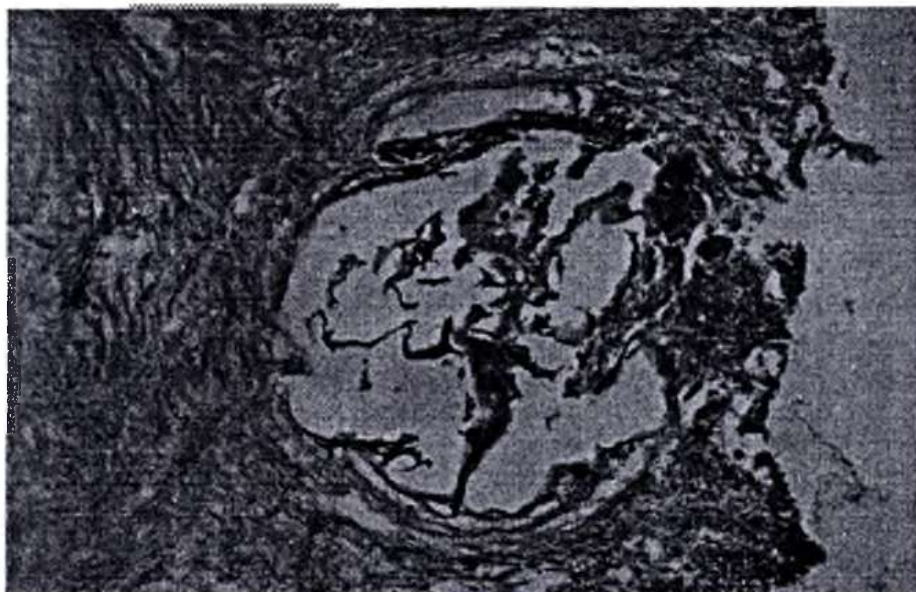


Рис.2. Микрофото удаленного очага поражения, окраска гематоксилин-эозиномувелечение 200.

альвеококка не выявлено. Некроз всех структур. Разрастание грубой волокнистой ткани вокруг очагов альвеококкоза.

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали, что в неоперабельных случаях необходимо назначать альбендазол, он способствует отграничению очага поражения и создает условия для выполнения повторной операции. Также больные должны находиться под наблюдением хирурга. Прием альбендазола должен сочетаться с инфузионной терапией после каждого курса химиотерапии.

### Литература

1. Альперович Б.И., Мерзаикин Н.В., Ярошкина Т.Н. Ультразвуковая диагностика очаговых поражений печени перед повторной операцией // Клиническая хирургия. – 1995. - №9. – С. 15-16

2. Джоробеков А.Д. Резекция печени при опухолевых и паразитарных поражениях печени // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. –

том 1. – С. 217-218

3. Журалев В.А. Повторные радикальные операции у так называемых «неоперабельных» больных альвеококкозом печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – том 5, №2. – С. 11-18

4. Оморов Р.А., Бейшенбаев Р.К., Айтбаев С.А., Куттубаев О.Т. Альвеококкоз, диагностика, лечение, профилактика. Бишкек: Express Print, 2009. – 233с.

5. Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Маслов В.Г. хирургическое лечение альвеококкоза печени // Актуальные проблемы хирургической гепатологии, сб. материалов XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Иркутск, 2012. – С95-96

6. Amman R. Recurrence rate after discontinuation of long term mebendazole therapy in alveolar echinococcosis. // Amg. Trop. Med. Hyd. – 1990. – №2. 43. – P. 506-516