

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРУДНОДОСТУПНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

О.Р. ТЕШАЕВ, А.Е. АТАЛИЕВ, А.А. ШУКУРОВ, Ш.А. БЕКТЕМИРОВ

Ташкентская Медицинская Академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЁНДАШИШ ҚИЙИН БЎЛГАН ЖИГАР ЭХИНОКОКК КИСТАЛАРИДА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

О.Р. ТЕШАЕВ, А.Е. АТАЛИЕВ, А.А. ШУКУРОВ, Ш.А. БЕКТЕМИРОВ

Тошкент Тиббиёт Академияси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент

MEDICAL TACTIC IS AT INACCESSIBLE HYDATID LIVER CYSTS

O.R. TESHAEV, A.E. ATALIEV, A.A. SHUKUROV, SH.A. BEKTEMIROV

Tashkent Medical Academy, Republic of Uzbekistan, Tashkent

Бирламчи жигар эхинококкози бўлган 122 нафар бемор хирургик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Уларнинг орасида 79 нафар (64,8%) аёллар ва 43 нафари (35,2%) эркаклар 14 - 72 ёш оралиғида. Эхинококкознинг асосий текшириш усули бўлиб ультратовуш текшириши ва компьютер томография бўлди. Солитар кисталар 90 нафар (73,8%) беморда аниқланди, кўп сонли кисталар 32 нафар (26,2%) беморда аниқланди ва касалликнинг асоратланган шакллари 31 нафар (25,4%) беморда диагностика қилинди. 68 нафар (55,7%) беморда хирургик амалиёт (эхинококкэктомия) бажарилди, радикал операция (перицистэктомия ва жигар резекцияси) 42 нафар (34,5%) беморда ва 12 нафар (9,8%) беморда ультратовуш назорати остида босқичма – босқич пункцион аспирацион усул бажарилди. Операциядан кейинги специфик асоратлар 17,6% ҳолатда, летал оқибатлар 2,9% ҳолатда ва операциядан кейинги узоқ даврда касаллик қайталаниши 7,3% ҳолатда кузатилди. Узоқ вақт ташқи ўтли оқмаларнинг бўлиши 8,8% беморда папиллосфинктеротомия қилишга кўрсатма бўлди. Радикал ва миниинвазив усулларни амалиётга тадбиқ этилиши ҳисобига жигар эхинококкозининг даволаш натижаларини яхшилашга эришилди.

Калит сўзлар: *жигар эхинококкози, перицистэктомия, жигар резекцияси.*

Results of surgical treatment of 122 patients with primary hepatic echinococcosis, which included 79 (64.8%) women and 43 (35.2%) men aged 14-72 years. The main methods of diagnosis of echinococcosis were ultrasonography and computed tomography. Solitary cysts were found in 90 (73.8%) patients, multiple y 32 (26.2%), the complicated forms of the disease are diagnosed in 31 (25.4%) cases. Surgical intervention (echinococcectomy) were performed in 68 (55.7%) patients, radical (pericystectomy and liver resection) - 42 (34.5%), method landmark puncture aspiration under the control of ultrasound applied in 12 (9.8%) . Specific postoperative oslozh-neniya (17.6%), deaths (2.9%) and relapse of the disease in the long term (7.3%) was only observed after surgery. Availability of long-term external biliary fistula is an indication for endoscopic papillosphincterotomy 8.8% of patients. The introduction of radical and minimally invasive techniques contributed to a significant improvement of results of surgical treatment of patients with hepatic hydatid.

Key words: *hydatid disease of the liver, pericystectomy, liver resection. the level of development of higher mental functions.*

Введение. Гидатидный эхинококкоз является наиболее распространенным хроническим паразитарным заболеванием, которое до настоящего времени остается медицинской проблемой, обусловленной как увеличением количества больных в эндемических очагах, так и усилением процессов миграции населения [6, 17]. Возбудитель заболевания (*Echinococcus granulosus*) чаще поражает печень. Многочисленные осложнения (нагноение, кровотечение, перфорация, механическая желтуха, портальная гипертензия и др.) наблюдаются у 23-63% больных [1, 2, 9, 21].

При лечении больных с эхинококковыми кистами печени встречаются значительные

трудности, обусловленные спонтанным прогрессированием и рецидивами заболевания. Поскольку в настоящее время не существует эффективных антипаразитарных препаратов, консервативная терапия используется лишь как адъювантный способ к основному хирургическому методу. Современные подходы к лечению эхинококковые кисты печени предусматривают использование как хирургических – эхинококкэктомия, так и радикальных - перицистэктомия, резекция печени хирургических вмешательств [1, 8 - 11, 13]. За последние годы получил распространение метод лечения эхинококковые кисты печени с помощью пункционных аспирации под контролем ультразвуковое исследование.

Целесообразность и варианты его применения активно дискутируются в научно-медицинских исследованиях [18, 20].

Материал и методы. С целью оценки эффективности хирургического лечения эхинококковые кисты печени проанализированы результаты вмешательств, выполненных у 122 больных в клинике хирургических болезней для ВОП VII-курсов ТМА (на базе ГKB-№1) в течение 2012-2014 гг. Среди пациентов было 79 (64,8%) лиц женского и 43 (35,2%) - мужского пола в возрасте 14—72 лет.

Симптома комплекс эхинококковые кисты печени у 102 (83,6%) больных характеризовался наличием хронической боли и чувства тяжести в правой подреберной области, у 10 (8,2%) периодически повышалась температура тела, 12 (9,9%) пациентов отмечался кожный зуд, у 8 (6,6%) - преходящая желтуха. Увеличение печени определялось у 77 (63,1%) больных. Длительность анамнеза заболевания с момента появления жалоб составляла 6-36 мес. 20 (16,4%) пациентов не предъявляли жалоб, а эхинококковые кисты печени были выявлены у них при профилактическом осмотре.

Диагностику эхинококковые кисты печени во всех наблюдениях осуществляли при помощи ультразвуковое исследование, в сомнительных случаях прибегали к компьютерной томографии с контрастным усилением. Солитарные эхинококковые кисты печени были выявлены у 90 (73,8%) больных, множественные - у 32 (26,2%), в том числе у 27 (22,1%) пациентов - 2, у 4 (3,3%) - 3 и у 1 (0,8%) - 4 кисты. Правая доля печени была поражена у 88 (72,1%), левая - у 12 (9,9%), обе доли - у 22 (18,0%) больных. Размеры эхинококковые кисты печени составляли от 2 - 3 см до 16 - 40 см. В соответствии с классификацией ультразвуковых признаков [17] у 22 (18,0%) больных диагностированы кисты I типа (с анэхогенным содержимым), у 40 (32,8%) - II типа (с ундулирующей мембраной), у 48 (39,3%) - III типа (с наличием дочерних кист и экзогенного матрикса), у 12 (9,9%) - IV типа (с гиперэхогенным содержимым и кальцификатами). Внепеченочная локализация эхинококковые кисты печени выявлена у 11 (9,0%) больных: поражение легких - у 7 (5,7%), селезенки - у 2 (1,6%), толстой кишки - у 1 (0,8%), диафрагмы - у 1 (0,8%), почки - у 1 (0,8%).

Осложнения эхинококковые кисты печени наблюдались у 31 (25,4%) больного: опорожнение эхинококковой кисты в желчные пути - у 16 (13,1%), нагноение - у 10 (8,2%), перфорация в свободную брюшную полость - у 2 (1,6%), кальцификация - у 2 (1,6%), внепеченочная портальная гипертензия - у 1 (0,8%).

Нарушение функционального состояния печени (гипербилирубинемия, гипоальбуминемия, повышение активности трансаминаз) отмечено у 48 (39,3%) больных, анемия - у 23 (18,6%), лейкоцитоз - у 24 (19,7%), эозинофилия - у 44 (36,1%), увеличение СОЭ - у 98 (80,3%) больных.

Хирургические вмешательства выполнены у 68 (61,8%) больных, радикальные операции - у 42 (38,2%); 12 (9,8%) пациентов лечили методом этапных пункционных аспираций под контролем УЗИ. Для доступа в 66 (60,0%) наблюдениях использовали верхнюю срединную лапаротомию, в 38 (34,5%) - правый подреберный разрез, в 6 (5,5%) - ключко-образный разрез. При наличии глубоких и множественных эхинококковые кисты печени применяли интраоперационное ультразвуковое исследование. Сроки отдаленных наблюдений составлял и 1-3 лет.

Результаты. Хирургические вмешательства, выполненные у 68 больных в 2012-2014 гг., заключались в эхинококкэктомия с различными вариантами обработки остаточной полости: закрытым (капитонаж, оментопластика), полузакрытым (капитонаж и наружное дренирование) и открытым (наружное дренирование). После удаления аспиратором содержимого кисты ее широко вскрывали и удаляли хитиновую оболочку. Полость фиброзной капсулы обрабатывали 96% этанолом либо 5% раствором йода и 30% раствором натрия тиосульфата.

Закрытую эхинококкэктомию с оментопластикой выполнили у 44 (64,7%) пациентов, с капитонажем остаточной полости - у 5 (7,4%), полузакрытую - у 5 (7,4%), открытую - у 6 (8,8%), сочетанную закрытую и открытую - у 6 (8,8%), закрытую с атипичной резекцией печени - у 2 (2,9%) пациентов. В целом дренирование полости кисты наружу использовали в 17 (25,0%) наблюдениях.

Интраоперационные осложнения наблюдались у 2 (2,9%) больных, в том числе повреждение нижней полой вены (1) и общего печеночного протока (1) при капитонаже остаточной полости. Произведено ушивание дефекта вены и наложение гепатикоеюноанастомоза по Ру.

Ранние послеоперационные осложнения эхинококкэктомия отмечены у 19 (27,9%) больных. В 7 (10,3%) наблюдениях были диагностированы неспецифические осложнения (пневмония, тромбоз, цистопиелонефрит). У 12 (17,6%) больных развились специфические осложнения: наружные желчные свищи (6 или 8,8%), абсцесс остаточной полости (4 или 5,9%), гепатаргия (2 или 2,9%). После ликвидации остаточной полости у 3 (5,9%) пациентов из 51 отмечены лишь неспецифические осложнения.

Специфические осложнения наблюдались у 12 (70,6%) и неспецифические - у 4 (23,5%) из 17 больных после открытой и полужакрытой эхинококкэктомии с наружным дренированием полости.

Абсцессы остаточной полости размером 3-5 см, выявленные у 4 больных, успешно дренировали наружу под контролем ультразвукового исследования и осуществляли их санацию по общим принципам.

Летальные исходы у 2 (2,9%) больных после открытой эхинококкэктомии гигантских многокамерных кист обеих долей печени были обусловлены развитием прогрессирующей печеночно-почечной недостаточности. Длительность послеоперационного периода составляла 12-95 сут (в среднем 27,9 сут). Рецидивы заболевания, потребовавшие выполнения повторных операций, наблюдались в отдаленном периоде у 5 (7,3%) пациентов.

Резекция печени были выполнены у 18 (42,9%) пациентов, в том числе расширенные правосторонние гемигепатэктомии (IV-VIII сегменты), 1 правосторонняя гемигепатэктомия (V-VIII сегменты), 2 левосторонние гемигепатэктомии (I-IV сегменты), 5 бисегментэктомий (V-VI, VI-VII, II-III сегменты), 3 сегментэктомии (VI, VII, VIII сегменты) и 5 атипичных резекций. Во время операций традиционные способы рассечения паренхимы и гемостаза использовали у 8, миниинвазивные способы - у 10 больных.

Перицистэктомия выполнили у 24 (57,1%) пациентов, в том числе традиционным методом с капитонажем или оментопластикой остаточной полости у 6 (25%) и по разработанному способу энуклеации у 16 (75%). Отверстая цистобилиарных сообщений у 4 (16,7%) больных ушивали атравматической иглой.

Во время радикальных вмешательств осложнений не было. В послеоперационном периоде осложнения отмечены у 5 (11,9%) больных: пневмония у 4, тромбоз у 1. Специфических осложнений и летальных исходов не наблюдалось. Длительность послеоперационного периода после резекции печени составляла 9-34 сут (в среднем 14,6 сут.), после перицистэктомии - 8-21 сут (в среднем 11,7 сут.). Рецидивов эхинококковых кист печени за период наблюдения не было.

Лечение методом этапных пункционная аспирация под контролем ультразвукового исследования проводили в 2012-2014 гг. у 12 больных с солитарными эхинококковыми кистами печени I типа размером 2-5 см. При диагностической пункции получали прозрачную бесцветную жидкость без осадка. Наличие сколексов в пунктуате подтверждали цитологическим исследованием.

При лечении проводили 4 сеанса с интервалом 2 сут. Чрескожные чреспеченочные пункционная аспирация осуществляли под контролем ультразвукового исследования из межреберного или переднего подреберного доступа при помощи пункционной иглы ChiBa калибром 19 G. Во время первого сеанса с целью антипаразитарной обработки и деструкции герминативной мембраны использовали - 96% этанол для склерозирования остаточной полости.

Оценка отдаленных результатов использования метода этапных пункционных аспираций проведена через 12-30 мес. Удовлетворительные результаты отмечены у всех больных. Жалоб, свидетельствующих о рецидиве заболевания, не было. При проведении контрольных ультразвуковых исследований на месте эхинококковых кист печени определялись гиперэхогенные образования размерами 1-3 см, в 4 наблюдениях отмечена гидрофильность ткани.

Обсуждение. Эндемические очаги эхинококкоза хорошо известны, но усиление миграционных процессов за последнее время существенно изменило эпидемиологическую картину заболевания. Недостаточная информированность населения об опасности и путях передачи эхинококкоза приводит к увеличению заболеваемости. Затраты на обследование, лечение и реабилитацию очень велики, а эффективные методы часто недоступны по медицинским, экономическим и другим причинам.

Известные диагностические серологические тесты (реакции непрямой гемагглютинации, латекс-агглютинации, двойной диффузии в геле, иммуноферментного анализа) в 15-20% случаев сопровождаются ошибочными результатами [1, 11, 21]. Использование инструментальных методов с высокой чувствительностью, достигающей 95-100% (ультразвуковое исследование, компьютерная томография, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография), позволяет четко определить локализацию очага и топографические соотношения с прилегающими структурами [17].

Хирургические вмешательства преобладают в общем объеме операции при эхинококковых кистах печени достигая 90% и более. Частота послеоперационных осложнений составляет 6-80%, летальность - 2,9-7,8%, послеоперационный период длится в среднем 14-30 сут [1-3, 8, 9, 14, 20].

Наибольшее количество интра- и послеоперационных осложнений связано с обработкой и закрытием остаточной полости (повреждение сосудисто-секреторных структур, абсцессы печени, наружные желчные свищи, кровотечения, стриктуры желчных протоков, анафилактиче-

ский шок). С целью антипаразитарной обработки используют растворы: 10-30% натрия хлорида, 60-80% глицерин, 70% этанол, 3-5% йод, 0,05% хлоргексидин, 30% натрия тиосульфат и др. Специфические послеоперационные осложнения наблюдаются преимущественно после наружного дренирования остаточной полости, чем и обусловлена длительность госпитализации. Чаще всего остаточную полость ликвидируют при помощи оментопластики или капитонажа [1, 3, 9-11, 14]. При наличии цистобиллиарных сообщений выполняют декомпрессионные вмешательства на желчных путях (20-35% наблюдений). Однако наружные желчные свищи образуются у 10-22% больных вследствие неадекватного закрытия остаточной полости и повреждения протоков сколицидными агентами, что требует выполнения повторных операций [2, 8, 9, 11, 19, 21]. Наилучшие результаты были получены нами после закрытой эхинококэктомии с оментопластикой. Применение эндоскопической папиллосфинктеротомии способствовало устранению билиарной обструкции и желчных свищей.

Использование современных способов обработки фиброзной капсулы и ликвидации остаточной полости позволило значительно улучшить исходы консервативных операций, однако отдаленные результаты остаются неудовлетворительными: рецидивные и резидуальные эхинококковые кисты печени наблюдаются у 10-36% больных, что связано с неполным удалением зародышевых элементов или их миграцией [9-12]. Полное соблюдение принципов антипаразитарности при определенной локализации кист невозможно. Необходимость удаления фиброзной капсулы обусловлена тем, что при развитии паразита она может включать зародышевые элементы (экзогенная везикуляция), а при нагноении происходит ее микробная инфильтрация [4,6,16]. Тем не менее опасность тяжелых осложнений ограничивает выполнение радикальных операций.

Консервативные вмешательства при эхинококковых кистах печени особенно распространены в эндемичных регионах, тогда как радикальные способы преобладают в странах, находящихся за пределами таких очагов. За последнее время четко обозначилась тенденция к увеличению количества радикальных операций [7, 11-14, 16]. Целесообразность их использования обусловлена большой частотой рецидивов и осложнений, связанных с попытками устранения остаточной полости. Следует также учесть значительные репаративные возможности печени после резекции.

Выполнение перицистэктомии по разработанному в клинике способу дает возможность

избежать тяжелых осложнений, связанных с обработкой и закрытием остаточной полости. Формирование ниши в паренхиме печени при помощи ультразвукового аспиратора способствует улучшенной визуализации оболочек кисты и окружающих сосудисто-секреторных структур, что облегчает работу хирурга и уменьшает количество осложнений.

Многочисленные публикации материалов III Всемирного конгресса по гепатопанкреатобилиарной хирургии (Мадрид, 1998 г.) свидетельствуют, что использование современных способов выполнения радикальных операций при эхинококковых кистах печени способствовало уменьшению сроков госпитализации в 1,5-2 раза, количества осложнений до 0,5-15%, летальности до 0-1,5%, рецидивов до 0-1% [23].

При наличии неосложненных солитарных эхинококковых кист печени возможно применение метода чрескожной пункционной аспирации в один или несколько этапов, иногда выполняют наружное дренирование полости [18,20,22]. Отсутствие тяжелых осложнений и летальных исходов является главным аргументом сторонников этого метода, но количество и сроки наблюдений недостаточны для окончательных выводов о его эффективности.

Внедрение метода этапных пункционных аспираций позволило применить наряду с антипаразитарными средствами, склерозирующие вещества (этанол) для ликвидации остаточной полости. Деструкция инактивированной герминативной мембраны, фрагменты которой остаются в полости, способствует трансформации эхинококковых кист печени в плотное фиброзное образование в течение 4-6 мес. При наличии примеси желчи в содержимом кисты, что указывает на цистобилиарные сообщения, считаем метод пункционной аспирации противопоказанным из-за опасности попадания сколицидного агента под давлением в желчные пути. Наружное дренирование в процессе лечения не применяли, что повысило безопасность метода. Результаты использования метода этапных пункционных аспираций у больных с солитарными эхинококковыми кистами печени свидетельствуют об отсутствии осложнений, клинической эффективности и сокращении госпитализации.

Существенных результатов хирургического лечения больных с эхинококковыми кистами печени можно достичь лишь при повышении радикальности вмешательств. Вместе с тем нельзя считать целью операции обеспечение радикальности любой ценой. Тенденция к радикализму не должна быть общим правилом, чтобы не подвергать чрезмерному риску пациентов с доброкачественным заболеванием.

Литература:

1. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Ордабеков С.О. и др. Эхинококкоз печени и его хирургическое лечение // Хирургия. 2009. №3. С. 15-17.
2. Вахидов А.В., Ильхамов Ф.А., Струцкий Л.П., Азатьян Т.С. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного цистобилиарным свищом // Хирургия. 1998. № 5. С. 15-17.
3. Гайбатов С.М., Гайбатов Р.С. Ликвидация остаточных полостей при множественном эхинококкозе печени // Хирургия. 2001. № 1. С. 29-31.
4. Гостщев В.К., Стреляева А.В., Чебышев Н.В. и др. Биологический подход к хирургическому лечению эхинококкоза печени // Анналы хир. 1998. №6. С. 45-50.
5. Донцова Л.С., Жулай В.В. Преимущества использования ультразвукового аспиратора при резекции печени // Клини. хир. 2006. № 9. С. 22-24.
6. Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т., Ершанов А.Т. Эпидемиологические аспекты эхинококкоза // Хирургия. 1999. № 7. С. 37-39.
7. Кахаров А.Н., Мадалиев И.Н., Современные возможности хирургического лечения эхинококкоза печени // Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. 1997. № 2 С. 42-45.
8. Мовчун А.А., Шатверян Г.А., Абдуллаев А.Г., Мовчун В.А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени // Хирургия. 2007. № 2. С. 28-30.
9. Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А., Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени // Анналы хир. гепатол. 1999. Т. 4. № 1. С. 11-16.
10. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. Киев: Здоровья. 1999. 512 с.
11. Alwan M. Internal drainage in the treatment of intrahepatic communication of hydatid cyst of the liver, //Int. Swy. -2005 Vol.67 N4- p.456-458.
12. Amicucci G., Sozio M., Sozio A., Bocchio M., Rizzo F.M. Splenic localisation of an echinococcal cyst // G Chir 2005 - Vol. 18(89) -P.405-406.
13. Amicucci G., Sozio M., Sozio A., Bocchio M., Rizzo F.M. Cisti idatidee del lobo destro del fegato trattate con pericistectomie totali per via transparenchimale // G Chir 2005 Jan - Vol. 19(1-2) - P. 49-50.
14. Barrett N.J., & Smyth J.D. Observations on the structure and ultrastructure of sperm development in Echinococcus multilocularis, both in vitro. // Parasitology, 2004 87, li.
15. Barros G.L. Hydatid disease of the liver. // Amer. J. Surg.-2003, Vol. 135 p. 597-600
16. Bede O., Gellen B., Szenasi Z., Morvay Z., Farkas Z., Kovacs J. Management of hydatid disease of the lung // Orv Hetil 1998 Jan - Vol. 139(2)-P. 75-79.
17. Chandra R.S., Chakraborti M., Mohan D. World incidence of hydatid disease in general and pulmonary hydatid disease in particular with special reference to India. //J. Indian Med. ass. 2008, V.55 - N6 - p. 2122-217.
18. Coltorti E.A. Standardisation and evaluation of an enzyme immunoassay as a screening test for the seroepidemiology of human hydatidosis. // Trop. Med. Hyg. 2007, Sep., V. 35 - N5 - p. 1000-1005/
19. Constantini H., Bourgeon R., Rives G. Les indications de l'ablation du sae periparasitaire dans le traitement du KNF. // J. Chir. 2000 p. 66.
20. Couinaud C. Le foie : etude anatomique et chirurgicale. Paris: Masson edit, 1999, p. 207
21. Dawson G.I., Stamatakis G.D., Stringer M.D. et al. Surgical treatment of hepatic disease. //Brit. J. Surg.-2002., V. 75 p. 946-950.

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ТРУДНОДОСТУПНЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

О.Р. ТЕШАЕВ, А.Е. АТАЛИЕВ,
А.А. ШУКУРОВ, Ш.А. БЕКТЕМИРОВ

Ташкентская Медицинская Академия,
Республика Узбекистан, г. Ташкент

Проанализированы результаты хирургического лечения 122 больных с первичным эхинококкозом печени, среди которых было 79 (64,8%) женщин и 43 (35,2%) мужчины в возрасте 14-72 лет. Основными методами диагностики эхинококкоза служили ультразвуковое исследование и компьютерная томография. Солитарные кисты выявлены у 90 (73,8%) больных, множественные - у 32 (26,2%), осложненные формы заболевания диагностированы в 31 (25,4%) случае. Хирургическое вмешательство (эхинококкэктомия) выполнены у 68 (55,7%) пациентов, радикальные (перицистэктомия и резекция печени) - у 42 (34,5%), метод этапных пунктирных аспирации под контролем ультразвукового исследования применен у 12 (9,8%). Специфические послеоперационные осложнения (17,6%), летальные исходы (2,9%) и рецидивы заболевания в отдаленном периоде (7,3%) наблюдали только после хирургических вмешательств. Наличие длительных наружных желчных свищей служило показанием к выполнению эндоскопической папиллосфинктеротомии у 8,8% пациентов. Внедрение радикальных и миниинвазивных методов способствовало значительному улучшению результатов хирургического лечения больных с эхинококковой печенью.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, перицистэктомия, резекция печени.