

Заключение. В большинстве случаев резекции печени выполнялись по поводу метастатического поражения (69,5%). По поводу врастания в печень опухолей смежных органов оперированы 42 (15,6%) пациента, первичного рака печени - 4 (1,5%). Послеоперационная летальность во всей группе составила 2,2%, после обширных резекций печени – 12,5%. Наиболее часто причиной летальности явились осложнения, связанные с одномоментно выполненной операцией по поводу первичного очага и тромбоэмболические осложнения. Резекции печени разного объема в период с 2008 по 2014 гг. выполнены 270 пациентам. В 187 (69,3%) случаях операции выполнены по поводу метастатического поражения. Преобладали пациенты с метастазами колоректального рака – 160 (85,6%) случаев. Обширные резекции печени выполнены в 8 случаях. Послеоперационные осложнения развились у 28 (10,4%) пациентов, летальность составила 2,2%.

Mikhailov I.V., Nesterovich T.N., Bondarenko V.M., Kudryashov V.A.
DESCRIPTION AND SHORT-TERM RESULTS OF THE LIVER OPERATION
AT GOMEL REGIONAL CLINICAL ONCOLOGY DISPENSARY

Gomel State Medical University,

Gomel Regional Clinical Oncology Dispensary, Gomel, the Republic of Belarus

Resections of the liver were carried out in 270 patients in 2008-2014 years. 187 (69,3%) operations were performed in patients with secondary liver metastases. 160 (85,6%) patients were operated for metastatic colorectal cancer. Hemihepatectomy was performed in 8 cases. Postoperative complications occurred in 28 (10,4%) patients, mortality was 2,2%.

Никифоров А.Н., Аверин В.И., Дегтярев Ю.Г., Новицкая С.К.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ ЭХИНОКОККОВЫЕ КИСТЫ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Эхинококковые кисты печени чаще встречаются у детей в так называемых эндемических очагах. Но в связи с повышением уровня миграции населения эта патология выявляется и в других регионах. Множественное поражение печени, по данным разных авторов, составляет 6-44% от всех наблюдений.

Цель – представить медицинской общественности личный опыт ведения детей с эхинококковыми кистами печени.

Материал и методы. В Белорусском центре детской хирургии с 1970 по 2015 г. лечились 54 ребенка с кистами печени, из них 7 – эхинококковыми, что составляет 28%. Множественные эхинококковые кисты были у двоих детей (13%).

Из эндемических очагов был лишь один пациент. Все остальные дети связи с эндемическими очагами не имели.

Особый интерес представляют двое детей с множественными кистами. У ребенка Б., 10,5 лет, находившегося на диспансерном учете по поводу врожденного порока сердца, при плановом обследовании с применением сонографии в правой доле печени по задней боковой поверхности (VII сегмент) выявлена киста диаметром до 30 мм. В левой доле печени по передней поверхности (III сегмент) подкапсульно также обнаружена киста 62x37 мм. В обеих кистах определяются плоскостные включения в виде перегородок толщиной до 2 мм. Капсулы обеих кист неравномерно утолщены. У ворот печени лимфатические узлы 9-11 мм в диаметре. Заключение: УЗИ признаки паразитарных (эхинококковых) кист печени. При исследовании крови выявлена эозинофилия (12%).

Ребенку проводилось консервативное лечение и через год показатели крови улучшились (эозинофилы – 2%), а размеры кист не изменились. Пациент был госпитализирован в хирургическое отделение и прооперирован. Разрезом Рио-Бранко вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружено опухолевидное образование в передне-нижнем отделе левой доли печени 8x6 см. Второе аналогичное образование расположено в наружно-задне-нижнем отделе правой доли печени 4x4 см. Поочередно сначала слева, затем справа произведены атипичные резекции обеих долей печени вместе с имеющимися патологическими образованиями. Гемостаз. Раны в печени ушиты. При контрольном обследовании брюшной полости другой патологии не выявлено. Рана передней брюшной стенки ушита с оставлением дренажа. Послеоперационный период протекал без осложнений и ребенок через 10 дней выписан домой.

Морфологическое исследование препаратов: однокамерные эхинококковые кисты печени, представленные внутренней

хитиновой оболочкой (пристеночно фрагменты дочерних пузырей с очагами обызвествления), зоной некроза, фиброзной капсулой, в которой отмечаются сосуды с утолщенными стенками, а также диффузная и местами очаговая, преимущественно круглоклеточная инфильтрация с примесью эозинофилов и небольшим количеством инородных тел. Прилежащая к капсуле ткань печени несколько атрофирована.

У мальчика В., 11 лет, появилось желание заняться каким-либо видом спорта, поэтому он обратился к одному из тренеров детской спортивной школы. Последний предложил ему пойти в поликлинику и сделать обследование в УЗИ-кабинете, куда ребенок и обратился. При проведении ультразвукового исследования органов брюшной полости установлено, что в обеих долях печени (S₂, S₃, S₆, S₇) визуализируются округлые анэхогенные структуры с четким ровным контуром, с плотной капсулой, с внутренними пристеночными включениями, в капсуле S₂ имеются внутренние перегородки размером до 42 мм в диаметре. В S₇ визуализируется скопление анэхогенных структур общим размером 56x60 мм. В шестом, седьмом и восьмом сегментах выявлены гиперэхогенные структуры с эхотенью до 12 мм в диаметре. Заключение: эхоскопически – эхинококковые кисты печени, кальцинаты печени, гепатомегалия. Желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка без видимых эхоструктурных изменений.

Анализ крови: эритроциты – $4,78 \times 10^{12}$; гемоглобин – 141, гематокрит – 37,7%, лейкоциты – 6,2, п/я – 1%, с/я – 38%, лимфоциты – 34%, базофилы – 1%, эозинофилы – 12%, СОЭ – 7 мм/ч. При повторном исследовании крови – эозинофилы – 33%. Показатели биохимического исследования крови были нормальными.

Поставлен диагноз: множественные эхинококковые кисты печени. Пациент был направлен в детское хирургическое отделение для операции. Поскольку состояние ребенка было абсолютно компенсированным, в предоперационной подготовке не было необходимости и ему произведена операция.

Разрезом Рио-Бранко вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружено 9 кистозных опухолей в обеих долях печени размерами от 1,0x1,0 до 7,0x6,0 см. Две кисты располагались в левой доле печени. Произведена атипичная резекция обеих долей печени с

удалением кист, имеющих размеры 6x5x4 см и 5x5x4 см. Все остальные кисты оперированы методом эхинококкэктомии с удалением хитиновых оболочек и обработкой полостей 2% раствором формалина. Послеоперационный период протекал без осложнений и через 11 дней ребенок был выписан домой. Рекомендовано провести 3-4 курса лечения альбендозолом.

При морфологическом исследовании биопсийного материала в препаратах видны фрагменты хитиновых оболочек эхинококка и дочерних пузырей со сколексами. Стенка капсулы представлена фиброзной тканью с распространенной плазмоцитарной инфильтрацией с примесью большого количества эозинофилов, единичными гигантскими многоядерными клетками типа инородных тел.

Оба ребенка неоднократно обследовались, рецидива заболеваний не выявлено.

Заключение. Эхинококкоз печени может наблюдаться у детей и не в эндемических очагах. Заболевание может протекать бессимптомно и выявляться случайно, но при наличии изменений показателей крови (эозинофилия) дети подлежат обследованию в УЗИ-кабинетах. Ультразвуковое исследование является методом выбора для диагностики данной патологии.

Лечение проводится в три этапа. Сначала должна быть проведена специфическая медикаментозная терапия, затем – операция. Поскольку у детей удаление кист чаще производится без иссечения фиброзной капсулы, в послеоперационном периоде необходимо продолжить лечение альбендозолом.

Nikiforov A.N., Averin V.J., Dzehtyarov Y.G., Novitskaja S.K.

MULTIPLE HEPATIC HYDATID CYSTS IN CHILDREN

Belarusian State Medical University, Minsk, the Republic of Belarus

Management of children with hepatic hydatid cysts is presented. Analysis of surgical treatment of 2 children with multiple hepatic hydrated cysts is performed; they were treated at the Clinical Hospital of Minsk 1, DHC.