

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННОГО АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

*Б.Х. Бебезов, Т.М. Уметалиев, Н.Д. Мамашев,
Т.М. Белекбаев, С.Ж. Ажибеков, Э.А. Суров*

Представлены результаты хирургического лечения больных осложненным альвеококкозом печени. Значительно расширены показания к радикальным операциям у этой категории больных.

Ключевые слова: альвеококкоз печени; резекция печени; радикальная операция; паллиативная операция.

Альвеококкоз печени – тяжелое паразитарное заболевание, вызванное попаданием в организм и развитием в нем личиночной стадии ленточного червя *Echinococcus multilocularis*, по течению и исходу сходное со злокачественными опухолями печени. Низкая операбельность в связи с длительным малосимптомным периодом течения болезни заставляет решать вопросы целесообразности паллиативных операций и повторных вмешательств [1–3]. Альвеококк растет инфильтративно, разрушая ткань печени и соседних органов, способен к метастазированию. Частота осложненных форм (механическая желтуха, абсцедирование и т. д.) послеоперационных осложнений и летальность при альвеококкозе печени остаются высокими. Резекция печени продолжает оставаться основным методом лечения [3–5]. Частота и тяжесть послеоперационной печеночной недостаточности

определяются размерами и особенностями кровоснабжения культы печени, степенью исходного стеатогепатоза, гемодинамической стабильностью пациента в ходе операции и ближайшем послеоперационном периоде [6]. Скорость выхода пациента из состояния угнетения функции печени – один из прогностических показателей операции [7].

Цель исследования – анализ результатов резекций печени по поводу осложненного альвеококкоза.

Материал и методы. С 2009 по 2012 г. в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии клиники общей хирургии им. акад. И.К. Ахунбаева Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики получили лечение 95 больных с альвеококкозом печени. Из них у 33 больных – осложненные формы альвеококкоза печени, что составило 34,7 % (таблица 1).

Таблица 1 – Осложненные формы альвеококкоза

Осложнения	Кол-во, чел.
Механическая желтуха	4
Кавернозные формы альвеококкоза	7
Прорастание в соседние органы и магистральные сосуды (нижняя полая и воротная вены, диафрагма, надпочечник, почка)	12
Билобарное поражение	6
Диссеминированные формы	2
Метастаз в головной мозг	2
Итого	33

Специфических жалоб при альвеококкозе печени нет, больные обращались в связи с увеличением и асимметрией живота, пальпируемой опухолью в правом подреберье, желтушностью кожных покровов и склер, наличием кожного зуда, повышением температуры тела.

13 (39,4 %) пациентам из этой группы ранее были проведены explorативные лапаротомии и нерадикальные операции, у двух больных из этой группы выявлены метастазы альвеококкоза в головной мозг. Следует отметить, что у 11 больных было два и более осложнений. Женщин было 22, мужчин – 11, возраст больных варьировал от 16 до 57 лет. Объем резекции определялся размером и локализацией альвеококкового узла, а также функциональным состоянием печени. Окончательно вопрос о резектабельности решался интраоперационно.

Результаты. Выполнено 30 (91 %) резекций печени пациентам с альвеококкозом печени. Объемы операций: правосторонняя гемигепатэктомия (8) у одного с адреналэктомией справа, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (6), еще у одной больной она сочеталась с резекцией гепатикохоледоха и наложением гепатико-энтероанастомоза на выключенной петле по Ру, у одного пациента с тромбэктомией из воротной вены, и еще у одной больной гемигепатэктомия сочеталась с краевой резекцией нижней полой вены (рисунки 1, 2).

Резекция центральных сегментов печени (мезогепатэктомия) выполнена 3 больным, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 7. Сегмент-, бисегментэктомии и атипичные резекции печени проведены 6 больным, у одной больной сочеталась с краевой резекцией нижней полой вены. Explorативная лапаротомия произведена в 3 (9 %) случаях вследствие распространенности патологического процесса. Интраоперационная кровопотеря зависела от объема резекции печени. Максимальный объем кровопотери – 3500 мл при расширенной правосторонней гемигепатэктомии.

Средний объем кровопотери при правосторонней гемигепатэктомии составил – 1600 мл, при левосторонней – 1100 мл.

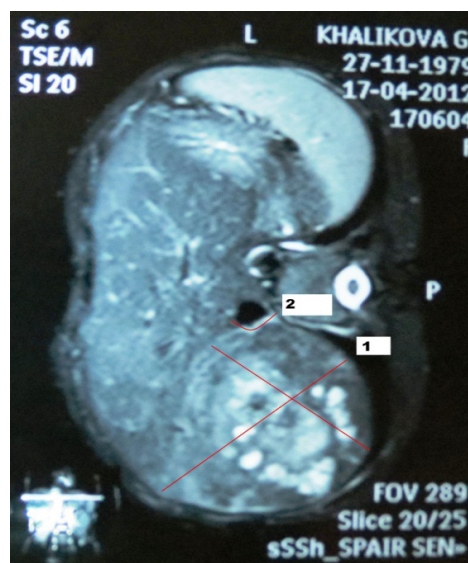


Рисунок 1 – Резекция гепатикохоледоха с наложением гепатико-энтероанастомоза на выключенной петле по Ру: 1 – альвеококковый узел правой доли печени; 2 – деформация нижней полой вены (КТ)

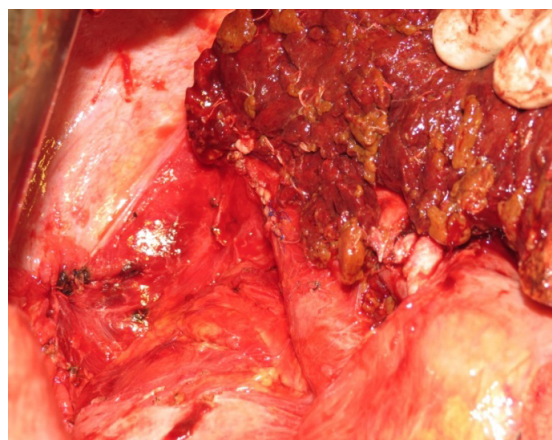


Рисунок 2 – Состояние после правосторонней гемигепатэктомии и краевой резекции нижней полой вены

Радикально прооперированы 17 (57 %) пациентов; условно-радикально – 13 (43 %) больных: гемигепатэктомия проведена – 3, расширенная гемигепатэктомия – 8, атипичная резекция – 2 больным. У 10 больных на нижней полой вене оставлена “пластинка” альвеококкового узла и на воротной вене у – одного больного. Интраоперационной летальности не было.

Послеоперационные осложнения возникли у 8 (26,6 %) больных, у некоторых сочетанные: печеночная недостаточность возникла у 5 пациентов; реактивный плеврит – у 6. Желчеистечение было отмечено у 6 пациентов, что объясняется, по-видимому, предельно обширной раневой поверхностью печени. Умерло двое больных: от острого профузного желудочно-кишечного кровотечения и острой печеночной недостаточности. Летальность составила 6,6 %.

Таким образом, актуальность альвеококкоза печени растет в связи с высокой пораженностью населения эндемичных районов Кыргызстана. Высок процент осложненных форм заболевания (34,7 %) и, соответственно, послеоперационных осложнений (26,6 %). Единственным и радикальным методом лечения является резекция печени в пределах здоровых тканей. При осложненных формах альвеококкоза печени условно-радикальные резекции печени (циторедуктивные – кускование) и паллиативные операции (дренирование) продлевают жизнь больным, улучшают качество жизни.

Литература

1. *Альперович Б.И.* Повторные операции при альвеококкозе / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. Т. 16. № 3. 2011. С. 110–115.
2. *Альперович Б.И.* Радикальные и паллиативные резекции печени при альвеококкозе печени / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, И.А. Лызко и др. // *Сб. науч. тр. XIX Междун. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ и России*. СО РАМН НЦРВХ. М., 2012. С. 86.
3. *Альперович Б.И.* Роль и место повторных операций при альвеококкозе печени / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало, И.С. Зайцев // *Сб. науч. тр. XIX Междун. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ и России*. СО РАМН НЦРВХ. М., 2012. С. 86.
4. *Пышкин С.А.* Хирургическое лечение альвеококкоза печени / С.А. Пышкин, Д.Л. Борисов, В.Г. Маслов // *Сб. науч. тр. XIX Междун. конгр. хирургов-гепатологов стран СНГ и России*. СО РАМН НЦРВХ. М., 2012. С. 95.
5. *Журавлев В.А.* Показания к радикальным операциям у больных с очаговыми поражениями печени / В.А. Журавлев, В.М. Русинов // *Анналы хирургической гепатологии*. 2010. Т. 15. № 4. С. 82–89.
6. *Заречнова Н.В.* Пути улучшения результатов лечения больных после обширных резекций печени / Н.В. Заречнова, В.А. Бельский, Г.Г. Горохов и др. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2010. Т. 15. № 4. С. 42–45.
7. *Sugimoto H., Okochi O., Hirota M. et al.* Early detection of liver failure after hepatectomy by indocyanine green elimination rate measured by pulse dye densitometry // *J. Hepatobil. Pancreat. Surg.* 2006. V. 13. P. 543–545.