

Журавлев В.А., Сухоруков В.П., Русинов В.М., Бахтин В.А., Янченко В.А., Попырин И.А.

АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С ВОВЛЕЧЕНИЕМ КРУПНЫХ СОСУДИСТЫХ СТРУКТУР ОРГАНА И НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Кафедра госпитальной хирургии, Кировская государственная медицинская академия

В Кировском зональном центре хирургии печени и желчных путей за последние 7 лет, с 1994 по 2000 год, наблюдались 54 больных альвеолярным эхинококкозом печени. Вовлечение крупных сосудистых структур печени и нижней полой вены (НПВ) выявлено у 30 больных (55,6%). Среди этих пациентов было 14 мужчин (46,7%) и 16 женщин (53,3%), в возрасте от 18 до 60 лет ($41,9 \pm 4,4$ г.).

Крупные сосудистые структуры печени и НПВ подвергались в ходе развития патологического процесса следующим видам поражения: сдавление извне наблюдалось в 12 случаях (40%); прорастание НПВ в сочетании со стенозом было диагностировано у 11 больных (36,7%); у 1 пациента прорастание НПВ осложнилось окклюзией ее просвета опухолевым тромбом (3,3%); во всех наблюдаемых нами случаях заболевание привело к поражению печеночных вен (правой - у 17 (56,7%), средней - у 11 (36,7%), левой - у 10 больных (33,3%)). Стеноз воротной вены диагностирован у 14 больных (46,7%), у 7 больных (23,3%) стеноз сочетался с прорастанием; у 27 больных (90%) наблюдалось поражение основных ветвей воротной вены. Вовлечение собственной печеночной артерии и ее ветвей наблюдалось в 11 случаях (36,7%). Поражение гилсонных ворот печени у 6 больных (20%) сопровождалось вовлечением внутри- и внепеченочных желчных протоков с развитием механической желтухи. Прорастание сосудистой стенки за счет инфильтративного роста является характерной чертой альвеококкоза печени.

Радикальное хирургическое лечение проведено у 15 больных (50%): расширенные правосторонние гемигепатэктомии у 8 (26,7%), расширенные левосторонние гемигепатэктомии у 2 (6,7%), левосторонние гемигепатэктомии у 3 (10%), атипичные резекции печени у 2 (6,7%). Хирургические вмешательства при поражении НПВ дополнялись у 1 больного (3,3%) резекцией ей и иссечением подпеченочного сегмента НПВ; у 1 больного (3,3%) резекцией ретропеченочного сегмента НПВ с последующим аутовенозным протезированием и реимплантацией в протез культы правой печеночной вены; у 1 больного (3,3%) резекцией ретропеченочного сегмента НПВ с наложением сосудистого анастомоза конец-в-конец; у 2 больных (6,7%) краевой резекцией НПВ и в еще 2 случаях (6,7%) проводили ушивание дефекта в стенке НПВ. Скелетизация НПВ была необходима для радикального лечения у 15 больных (50%). При прорастании узлом альвеококка воротной вены у одного больного (3,3%) была проведена резекция сегмента воротной вены с тромбэктомией и последующим аутовенозным протезированием удаленного сегмента. Краевая резекция воротной вены проводилась у 3 больных (10%), скелетизация у 12 больных (40%). При поражении собственной печеночной артерии возникла необходимость у 4 больных (13,3%) в скелетизации ее стенки и у 1 больного (3,3%) в полном иссечении артерии.

У 14 больных (46,7%) хирургические вмешательства носили паллиативный характер. Один пациент (3,3%) отказался от оперативного лечения.

Послеоперационные осложнения возникли у 14 больных (48,3%). Умерло 6 больных, причиной смерти у 3 стала острая печеночно-почечная недостаточность; у 2 - стрессовые язвы, осложненные массивными желудочно-кишечными кровотечениями; и один больной умер от массивного, неконтролируемого, интраоперационного кровотечения, возникшего в результате отторжения фибринолиза.

Традиционно хирургическое лечение больных альвеококкозом печени с вовлечением крупных сосудистых структур органа и НПВ представляет собой один из наиболее сложных разделов хирургической гепатологии. Обширные резекции печени с реконструкцией внутрипеченочных сосудов являются в таких случаях альтернативой трансплантации печени.