

ПОКАЗАНИЯ К ПОВТОРНЫМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Иван Сергеевич Зайцев

(Сибирский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. В.В. Новицкий, кафедра хирургических болезней педиатрического факультета, зав. – д.м.н., проф. Н.В. Мерзликин)

Резюме. Проведен анализ хирургического лечения 88 больных, повторно оперированных по поводу альвеококкоза печени. 16 больным удалось выполнить радикальные операции. 72 больным выполнены различные паллиативные вмешательства. 43 больным с целью профилактики рецидива паразита в культе печени, либо с целью максимального удаления паразитарной ткани, а также снижения кровопотери выполнялась криодеструкция.

Ключевые слова: альвеококкоз, повторные операции, криодеструкция.

INDICATIONS FOR REOPERATION WITH LIVER ALVEOCOCCOSIS

I.S. Zaytsev

(Siberian State Medical University, Tomsk, Russia)

Summary. Analysis of surgical treatment of 88 patients operated on for re alveococcosis liver. 16 patients failed radical surgery. 72 patients underwent various palliative interventions. 43 patients in order to prevent recurrence of the parasite in the cult of the liver, or to maximize the removal of parasitic tissue, as well as reducing blood loss was performed cryodestruction.

Key words: alveococcosis, repeated surgery, cryodestruction.

Актуальность проблемы альвеококкоза печени определяется его широким распространением и значительным социально-экономическим ущербом, наносимым здоровью населения. Заболевание протекает хронически и тяжело, ведет к инвалидизации, вследствие длительного бессимптомного течения диагностируется, как правило, поздно, при наличии осложненных форм заболевания, когда оперативное вмешательство носит паллиативный характер. Операбельность при альвеококкозе остается низкой. В настоящее время она варьирует от 38,1-67,3% [3,4,8]. Высока частота летальных исходов. По данным статистик разных авторов, она составляет от 6,5% до 18,5% [1].

При альвеококкозе печени в ряде случаев возникает необходимость в выполнении повторных оперативных вмешательств. Иногда это связано с тем, что с развитием хирургии больные стали оперироваться не в специализированных печеночных центрах. Из-за недостатка опыта патологический процесс у некоторых пациентов расценивается как неоперабельный, в связи с чем хирург ограничивается либо диагностической лапаротомией, либо выполняет паллиативное вмешательство [2]. Необходимость в проведении повторных операций возникает и в тех случаях, когда радикальная операция действительно невозможна. Таким больным выполняются различные виды паллиативных вмешательств, но вследствие прогрессирования паразитарного процесса у них развиваются новые осложнения, которые также требуют хирургической коррекции [7]. Повторные операции имеют место и при выполнении запрограммированных двух- и трехэтапных вмешательств, когда первые операции направлены на профилактику развития печеночной недостаточности перед основным радикальным вмешательством [5,6].

Цель работы: изучить результаты повторных операций по поводу альвеококкоза печени.

Материалы и методы

В клинике хирургических болезней педиатрического факультета Сибирского государственного университета, расположенной на базе МАУЗ «Городская клиническая больница №3» г. Томска, за период с 1969 по 2013 гг. оперировано 197 больных альвеококкозом (95 мужчин, 102 женщины). Среди них повторно оперированных больных было 88 (44,7%), 64 (72,7%) больным первые вмешательства сделаны в других учреждениях, 24 (27,3%) больных ранее оперированы в Томском гепатологическом центре.

Возраст повторно оперированных по поводу альвеококкоза печени больных колебался от 18 до 77 лет, но у большинства он составлял от 20 до 50 лет – 72 (81,8%) больных. Мужчин было – 39, женщин – 49.

Все повторно оперированные больные для удобства анализа были разделены на 2 группы: в первую группу (n=16)

отнесены больные, которым при повторном вмешательстве удалось осуществить радикальные операции; во вторую группу (n=72) отнесены больные, которым повторные операции выполнялись в связи с развитием осложнений по мере прогрессирования паразитарного процесса и носили паллиативный характер.

Все больные выражали добровольное и информированное согласие на использование их данных для научного анализа.

Данные представлялись в виде абсолютных и относительных величин, статистическая оценка различных показателей в группах производилась по критерию z. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В неосложненную стадию альвеококкоза повторные вмешательства произведены 4 больным. Остальные 84 больных оперированы в стадию осложнений. Они, как правило, были множественными. 70 больных поступили с прорастанием паразитарным узлом кавальных или порталных ворот печени, либо и тех, и других. Только 14 больных не имели поражения ворот печени.

В первую группу (n=16) отнесены больные, которым при повторном вмешательстве удалось осуществить радикальные операции. Последние у части больных не были выполнены в первый раз в связи с неадекватной ревизией печени, при которой процесс был признан неоперабельным. В связи с этим 4 больным произведены марсупиализации паразитарных полостей, 7 – эксплоративные лапаротомии, 1 – резекция лёгкого, эксплоративная лапаротомия. Части больных при первой операции были выполнены радикальные резекции печени, но в связи с рецидивом паразита в культе печени оперированы повторно 2 больных, 2 больных оперированы из-за рецидива паразита в тканях передней брюшной стенки. 14 больным осуществлены радикальные резекции печени (рис. 1): 2 – расширенные левосторонние гемигепатэктомии, 2 – расширенные правосторонние гемигепатэктомии, 2 – левосторонние гемигепатэктомии, 4 – правосторонние гемигепатэктомии, 2 – сегментэктомии, 2 – трисегментэктомии. 8 больным с целью профилактики рецидива паразита выполнена криодеструкция культы печени. У 2 больных были удалены пораженные альвеококком участки передней брюшной стенки и остаточные полости после предыдущих резекций печени.

В послеоперационном периоде у 4 больных отмечены явления острой печеночной недостаточности, у двух они купированы интенсивной терапией. В двух наблюдениях послеоперационный период осложнился экссудативным плевритом, который потребовал плевральных пункций. У одной больной развилась ТЭЛА с инфаркт-пневмонией, экс-



а)



б)

Рис. 1. Радикальная резекция печени:
а – узел альвеококка в правой доле печени,
б – вид культи печени после резекции.

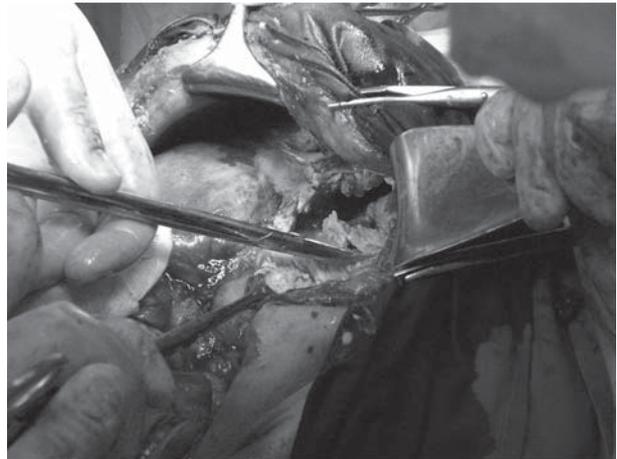
судативным плевритом. После радикальных вмешательств умерло 3 больных: 2 – в результате развития острой печеночной недостаточности, 1 больная погибла от нарастания полиорганной недостаточности, инфекционно-токсического шока в связи с образованием поддиафрагмального абсцесса. Летальность в этой группе больных составила 18,8%.

Во вторую группу (n=72) отнесены больные, которым повторные операции выполнялись в связи с развитием осложнений по мере прогрессирования паразитарного процесса и носили паллиативный характер.

16 больным удалось осуществить паллиативные резекции печени с криодеструкцией оставленной пластинки паразитарной ткани в области ворот печени в 12 наблюдениях. В дальнейшем одном из них произведена спленэктомия в связи с метастазированием альвеококка и иссечение и криодеструкция участка диафрагмы. Другому больному через 1 год после паллиативной резекции выполнена лобэктомия также в связи с метастазированием альвеококка, а через 3 года после этой операции осуществлено стентирование гепатикохоледаха из-за сдавления его паразитом и развития механической желтухи, марсупиализация полости распада. Еще двум больным спустя 7 и 10 лет после повторных вмешательств произведено иссечение паразита из брюшной стенки (1), криодеструкция диафрагмы (1).

23 больных оперированы в связи с образованием полости распада паразита – им выполнены операции кускования, марсупиализации, у 16 из них они дополнены криодеструкцией стенок паразитарной каверны с целью максимального воздействия на паразитарную ткань (рис. 2).

19 больным осуществлены различные желчеотводящие операции: транспеченочное дренирование (3), гепатикоэнтеростомия (2), дренирование левого печеночного протока (1), стентирование гепатикохоледаха (1), эндоскопическая папиллосфинктеротомия, назобиллярное дренирование (1), фистулоэнтеростомии (11).



а)



б)

Рис. 2. Операция марсупиализации, кусковани, криодеструкции паразитарного узла: а – кускование паразита, б – криодеструкция паразита изнутри полости распада.

5 больным в связи с массивным поражением с целью воздействия на паразитарную ткань произведена криодеструкция паразитарных узлов.

У 6 больных ограничились выполнением диагностических лапаротомий в связи с поражением портальных и кавальных ворот и отсутствием у них полостей распада.

Трем больным повторная операция осуществлена по экстренным показаниям в связи с послеоперационными осложнениями: желчным перитонитом после паллиативной резекции III, IV и VI сегментов печени (пациент погиб от инфекционно-токсического шока, полиорганной недостаточности), кровотечением (2 больных, умер 1).

В общей сложности после повторных вмешательств осложнения возникли у 16 больных: желчные свищи (4), нагноение остаточной полости (1), кровотечение (2), острая печеночная недостаточность (6), экссудативный плеврит (1), наружный тонкокишечный свищ (1), желчный перитонит (1).

Летальность во второй группе составила 7,8% (5 больных), причины смерти 3 больных – острая печеночная недостаточность, 1 – послеоперационное кровотечение, 1 – желчный перитонит, инфекционно-токсический шок, полиорганная недостаточность. Различия частоты летальности в группах статистически незначимы ($z=0,674$, $p=0,382$).

Возможность выполнения радикальной операции при повторных вмешательствах по поводу альвеококкоза зависела от распространенности паразитарного процесса, вовлечения в патологический процесс портальных и кавальных ворот, степени компенсаторной гипертрофии непораженных отделов печени. Радикальные операции показаны при отсутствии поражения портальных и кавальных ворот печени, достаточной гипертрофии незаинтересованных отделов органа. Они произведены 18,2% больных.

При невозможности выполнить радикальную резекцию печени с целью воздействия на паразитарный узел выполня-

ли паллиативные резекции печени, резекции-кусования паразита. При этих операциях оставлялись пластинки паразитарной ткани в области ворот печени, которые подвергались криодеструкции. Паллиативные резекции осуществлены 18,2% больных.

При наличии полостей распада для декомпрессии окружающих паразитарный узел тканей, в особенности сосудисто-протоковых структур, а также для профилактики развития впоследствии гнойных осложнений в связи с прорывом альвеококковой каверны в свободную брюшную полость больным показаны операции марсупиализации. Эти вмешательства дополнялись, как правило, криодеструкцией паразита со стороны полости распада – для максимального разрушения паразитарной ткани. Они выполнены у 26,1% больных.

При массивном поражении и отсутствии полостей распада с целью уничтожения паразита и замедления прогрессирования заболевания считали показанной криодеструкцию паразитарных узлов (у 5,7%).

При наличии у больного явлений механической желтухи необходимы операции, направленные на декомпрессию желчных путей, а при прорастании их паразитарной тканью – различные варианты желчотводящих операций (21,6%): гепатикоэнтеростомию, транспеченочное дренирование. При наружных желчных свищах, для устранения потерь желчи и для улучшения качества жизни больным выполнялись

подкожные фистулоэнтеростомии по методике, принятой в клинике.

У 3 (3,4%) больных в связи с развитием послеоперационных осложнений возникла необходимость в выполнении экстренной лапаротомии с целью санации брюшной полости и устранения причины перитонита, а также для остановки кровотечения.

При выявлении метастазов альвеококка возникала необходимость в удалении пораженных паразитом органов, как правило, эти операции выполнялись 3 этапом после вмешательства на основном очаге, локализованном в печени.

Таким образом, повторные радикальные операции при альвеококкозе показаны при возможности радикального удаления паразита после ранее произведенных паллиативных вмешательств, либо диагностических лапаротомий. При невозможности выполнения радикальной операции оправданы повторные паллиативные вмешательства направленные на деструкцию паразитарного узла либо максимально возможное удаление паразитарной ткани. Повторные вмешательства выполняются также при необходимости коррекции возникших из-за прогрессирования паразитарного процесса осложнений – механической желтухи, наличия полостей распада, наружных желчных и гнойных свищей, метастазов паразита, при возникновении послеоперационных осложнений – желчного перитонита, кровотечения, нагноения остаточных полостей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И. Хирургия печени. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
2. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В. Резекции печени при повторных операциях. – Томск, 1992. – с.
3. Бебезов Х.С., Бебезов Б.Х., Мамашев Н.Д. и др. Результаты хирургического лечения осложненного альвеококкоза печени // XIX международный Конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – Иркутск, 2012. – С.89-90.
4. Журавлев В.А., Русинов В.М., Сухоруков В.П. и др. Радикальное лечение альвеококкоза с вовлечением магистральных сосудов и нижней полой вены // XVII международный Конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – Уфа, 2010. – С.263-264.
5. Журавлев В.А. Повторные радикальные операции у так называемых «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Т. 5.

- №2. – С.11-18.
6. Казакова Р.В., Калягин А.Н., Рожанский А.А., Поблинкова Е.И. Альвеолококкоз печени // Журнал инфекционной патологии. – 2013. – Т. 20. №1-4. – С.66-68.
7. Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Слободяник А.В. Нестандартные операции при альвеококкозе печени // XIX международный Конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – Иркутск, 2012. – С.91.
8. Цхай В.Ф., Бражникова Н.А., Альперович Б.И. и др. Паразитарные механические желтухи. – Томск: СибГМУ, 2013. – 230 с.
9. Шойхет Я.Н., Капитулин С.Ю., Фокеев С.Д., Казанцева Е.С. Влияние распространенности альвеококкоза печени на объем хирургического лечения. // XIX международный Конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». – Иркутск, 2012. – С.97-98.

REFERENCES

1. Al'perovich B.I. Liver surgery. – M.: GEOTAR Media, 2010. – 352 p. (in Russian)
2. Al'perovich B.I., Merzlikin N.V. Hepatectomy repeating. – Tomsk, 1992. (in Russian)
3. Bebezov H.S., Bebezov B.H., Mamashev N.D., et al. The results of surgical treatment of complicated alveococcosis liver // XIX International Congress of Surgeons hepatologists CIS "Actual problems of surgical hepatology". – Irkutsk, 2012. – P.89-90. (in Russian)
4. Zhuravlev V.A., Ruthenians V.M., Sukhorukov V.P., et al. Radical treatment involving alveococcosis magistralnyh vessels and inferior vena cava. // XVII International Congress of Surgeons hepatologists CIS "Actual problems of surgical hepatology". – Ufa, 2010. – P.263-264. (in Russian)
5. Zhuravlev V.A. Repeated radical operations in the so-called "inoperable" patients with liver alveococcosis // Annals

- khirurgicheskoy hepatologii. – 2000. – Vol. 5. №2. – P.11-18. (in Russian)
6. Kazakova R.V., Kalyagin A.N., Rozhansky A.A., Poblinskova E.I. Liver alveolococcosis // Zurnal infekcionnoj patologii. – 2013. – Vol. 20. №1-4. – P.66-68. (in Russian)
7. Kotiv B.N., Dzidzava I.I., Slobodjanik A.V. Unusual transactions at Alveococcosis liver // XIX International Congress of Surgeons hepatologists CIS "Actual problems of surgical hepatology." – Irkutsk, 2012. – P.91. (in Russian)
8. Tskhai V.F., Brazhnikova N.A., Al'perovich B.I. Parasitic and other mechanical jaundice. – Tomsk: Siberian State Medical University, 2013. – 230 p. (in Russian)
9. Shoikhet Y.N., Kapitulin S.Y., Fokeev S.D., Kazantsev E.S. Influence the prevalence of liver volume alveococcosis surgery // XIX International Congress of Surgeons hepatologists CIS "Actual problems of surgical hepatology." – Irkutsk, 2012. – P.97-98. (in Russian)

Информация об авторе:

Зайцев Иван Сергеевич – аспирант кафедры, e-mail: Zaytsevan@yandex.ru

Information About the Author:

Zaytsev Ivan Sergeyevich – graduate student, e-mail: Zaytsevan@yandex.ru