

Хирургическое лечение альвеококкоза печени

Г. И. Веронский
Кафедра общей
хирургии (зав. -
профессор Г.И.
Веронский)
Новосибирского
медицинского
института

В работе дан анализ наблюдений над 147 больными с альвеококкозом печени, из них 72 - выполнены радикальные резекции печени, 28 - полное удаление узла альвеококка методом вылушивания, 47 - паллиативные резекции печени. После радикальных резекций печени (пересечение паренхимы на расстоянии не менее 1 см от паразитарной ткани) рецидив альвеококка наблюдали у 1 больного. Анализ результатов показал, что операция вылушивания альвеококкового узла менее радикальная и более травматичная - умерли 8 больных, рецидив альвеококка был у 7. После паллиативной резекции печени в раннем послеоперационном периоде умерли 3 больных. При невозможности выполнить радикальную операцию резекция— вылушение и паллиативные вмешательства остаются операциями выбора. При оставлении достаточно большого участка паразитарной ткани больным целесообразно назначать мебендазол.

Показана целесообразность применения криовоздействия по область ворот печени и печеночно-двенадцатиперстную связку при прорастании их альвеококком.

Surgical Treatment of the Liver Alveococcosis

G. I. Veronsky
Department of
General Surgery
(director- prof. G.I.
Veronsky) Novosibirsk
Medical Institute.

147 patients with liver alveococcosis had been observed. Curative liver resections were possible to carry out in 72 of them.

28 patients underwent enucleation of parasitic tumor and 47 - survived palliative liver resection. Relapse of the disease after curative resection (with not less than 10 mm of healthy liver tissue layer removal) took place in 1 patient. Enucleation seemed to be less radical and more traumatic procedure - 8 patients died and in 7 patients recurrences were observed. Palliative surgery was followed by 3 cases of early postoperative mortality. Failure to perform curative procedure dictates to choose palliative resection or enucleation with favorable mebendazole administration. Cryosurgery is an effective in porta hepatis and hepatoduodenal ligament parasitic involvement.

Альвеококк печени - паразитарное заболевание, своеобразно протекающее у человека. Внешне альвеококк имеет вид опухоли очень плотной консистенции, белесовато-желтоватого цвета, с неровной поверхностью в глубине печеночной паренхимы и с гладкой, "полированной" поверхностью в местах, выступающих из ткани печени. Узел альвеококка состоит из множества ларвоцист диаметром 300-500 микрон.

Альвеококк печени имеет черты злокачественной опухоли. Он обладает инфильтративным ростом. Ларвоцисты, размножаясь, внедряются в ткань печени, разрушают ее и занимают ее место. Точно также они распространяются на любую окружающую печень ткань. Альвеококк печени метастазирует гематогенным и лимфогенным путем. Поэтому нередко находят метастазы альвеококка в лимфатических узлах ворот печени и печеночно-двенадцатиперстной связки. Альвеококк может рецидивировать. При макроскопически полном удалении паразитарного узла может наступить рецидив заболевания из ларвоцисты или сколекса, оставшихся незамеченными чему способствует инфильтративный рост.

В отличие от злокачественной опухоли при альвеококке у большинства больных отсутствует интоксикация, сохраняется аппетит, вес, работоспособность, пока не присоединится осложнение. При развитии осложнения: механическая желтуха, нагноение полости распада, прорыв ее в соседние органы, метастазирование - сравнительно быстро наступает гибель больного.

Скрытый характер течения заболевания до появления осложнения является причиной его поздней диагностики.

В настоящее время, по сути дела, излечение больного от альвеококка возможно лишь при полном удалении паразитарного узла.

Совершенствованием техники операций на печени при поражении альвеококком занимались известные отечественные хирурги [1-8]. Они модифицировали методики резекции печени и гемостаза, предложили ряд способов профилактики профузных кровотечений, что несомненно повысило резектабельность при альвеококке. Однако вследствие поздней диагностики и распространенности альвеококка радикальная операция пока возможна у 1/4-1/5 части больных.

Материал и методы

Мы наблюдали 147 больных альвеококком, которым выполнили резекцию печени. У всех больных использовали трансабдоминальный доступ. Первоначально, в основном, это был углообразный разрез Черни, с добавлением иногда рассечения грудины от левого края основания мечевидного отростка до пятого межреберья для большей подвижности правой реберной дуги. В последнее десятилетие для доступа к печени использовали косой разрез в правом подреберье от средней подмышечной линии до левой реберной дуги с рассечением круглой и серповидной связок печени. При необходимости разрез расширяли на левое подреберье.

72 больным произвели радикальные резекции печени (таблица 1). Они выполнены преимущественно методом транспаренхиматозной препаровки, с пересечением и перевязкой внутрипеченочных сосудов и желчных протоков в плоскости сечения печени, если узел альвеококка располагался на достаточном расстоянии от элементов портальных и кавальных ворот остающихся отделов печени и от нижней полой вены. При интимном сращении вышеуказанных элементов с узлом альвеококка или даже их вовлечении на каком участке в паразитарную ткань приходилось сначала их выделить, отделить от узла альвеококка, а затем уже произвести сечение неизменной паренхимы печени методом транспаренхиматозной препаровки и перевязки сосудов и желчных протоков на расстоянии не менее сантиметра от края паразитарного узла. Применяя данный способ, удалось отделить нижнюю полой вену от узла альвеококка у 19 больных, у 11- выделить ствол и ветви воротной вены, идущую в остающиеся отделы печени, 2 - резецировать бифуркацию воротной вены, у 8 - выделить наружные желчные пути остающихся частей печени с резекцией бифуркации общего печеночного протока и одновременной пластикой желчных протоков.

Увеличения резектабельности при альвеококке достигали за счет выделения из паразитарной ткани элементов ворот печени, полой вены, иссечения участков сосудистой стенки, вовлеченных в паразитарный узел, и резекций желчных протоков.

Известно, что при резекции печени пережатие печеночно-двенадцатиперстной связки уменьшает кровопотерю. У нас имеется положительный опыт резекции печени с выключением ее из кровообращения на 40-50 минут. Однако, как правило, ограничиваем время окклюзии до 15-20 минут, чтобы не допустить ишемического повреждения гепатоцитов. Для защиты печени от повреждающего действия интраоперационной ишемии больным назначали до операции (за 3-5 дней) антиоксиданты (альфатокоферол), а во время операции перед пережатием печеночно-двенадцатиперстной связки вводили глюкокортикоиды.

У 28 больных полное удаление узла альвеококка произвели методом вылуцения (табл. 2). В настоящее время эта операция большинством хирургов оставлена. Однако целесообразно дать ей оценку с позиции отдаленных исходов.

Таблица 1. Характер радикальных резекций печени при альвеококкозе

Характер операции	Число больных	Умерли
Расширенная правосторонняя гемигепатэктомия	22	6
Расширенная левосторонняя гемигепатэктомия	8	
Правосторонняя гемигепатэктомия	4	1
Левосторонняя гемигепатэктомия	8	
<i>Удаление 2-х сегментов</i>	9	
Удаление 4.5 и 6 сегментов	5	
Левосторонняя лобэктомия	9	
Удаление одного сегмента	7	
Всего	72	7

Операцию вылушения узла альвеококка выполняли без учета внутривнутриорганный анатомии печени, без предварительного выделения сосудов и желчных протоков интимно связанных с паразитарным узлом. Обычно производили не просто энуклеацию узла альвеококка, а одновременно удаляли участки функционирующей паренхимы печени, нередко значительной величины. Это было связано с тем, что вылушение паразитарного узла приводило к нарушению кровообращения в дистальной части паренхимы печени.

Характер операции	Число больных	Умерли
Вылушение узла альвеококка правой доли печени с удалением всей паренхимы этой доли	6	5
Вылушение узла альвеококка правой доли печени с удалением части паренхимы этой доли	8	1
Вылушение узла альвеококка левой доли печени с удалением всей паренхимы этой доли	6	1
Вылушение узла альвеококка левой доли печени с небольшим количеством прилежащей паренхимы этой доли	3	
Вылушение узла альвеококка, располагающегося во II, III и IV сегментах печени с удалением всей паренхимы левой доли	4	1
Вылушение узла альвеококка, располагающегося в области III, IV и V сегментов печени с удалением небольшого количества ее паренхимы	1	
Всего	28	8

Результаты и их обсуждение

В раннем послеоперационном периоде умерли 7 больных. Причины: острая печеночно-почечная недостаточность (4), фибринолиз (1), острая сердечно-сосудистая недостаточность (1), тромбоз воротной вены (1). Следует отметить, что острая печеночно-почечная недостаточность у 3 больных и фибринолиз возникли после резекций печени, выполненных на фоне длительной механической желтухи. У 7 больных в послеоперационном периоде наблюдали осложнения: желчный свищ (4), перитонит (1), перикардит (1), желудочное кровотечение (1).

Из 72 радикально оперированных больных рецидив альвеококка наблюдали у 1 больного. Ему была произведена расширенная правосторонняя гемигепатэктомия методом транспаренхиматозной препаровки и перевязки внутривнутрипеченочных сосудов и желчных протоков по ходу сечения печени на достаточном расстоянии от узла альвеококка. Элементы ворот печени и нижняя полая вена не были связаны с паразитарной тканью. Через 8 лет больному произвели правостороннюю нефрэктомия (2/3 почки были заняты узлом альвеококка в диаметре 8-9 см). Через 12 лет после второй операции (и через 20 лет после первой операции) больному выполнена торакотомия и вскрыта нагноившаяся полость распада узла альвеококка, занимавшего нижние отделы правого легкого с распространением на грудную стенку и средостение. Можно предположить, что паразитарное поражение почки и легких - результат метастазирования альвеококка печени.

Отдаленные результаты свидетельствуют, что резекцию печени с учетом ее сегментарного деления, с пересечением неизменной печеночной паренхимы на расстоянии не менее сантиметра от паразитарной ткани следует считать радикальной, несмотря на выделение из узла альвеококка нижней полой вены и сосудов остающихся отделов печени.

Анализ результатов операций вылушения показал их большую травматичность. У половины больных вылушение узлов альвеококка сопровождалось профузным кровотечением вследствие повреждения крупных сосудов. В процессе вылушения имел место разрыв воротной вены, печеночной артерии, нижней полой вены, печеночных вен. Это явилось причиной высокой летальности (28,6%). Послеоперационный период у большинства больных протекал тяжело, продолжительное время держалась высокая температура, у 7 больных было длительное

желчеистечение. 8 больных умерли: от профузного кровотечения (6), ОПН (1) и тромбоза брыжеечных вен (1).

В отдаленном периоде у 7 больных этой группы имел место рецидив заболевания. Рецидив альвеококка выявлен после резекции вылушением через 4 года, 6 лет (2), 10 лет, 11 лет, 16 лет и 20 лет (6 из них повторно оперированы). Приводим клинические наблюдения.

Больная М., 26 лет. В 1966 году оперирована - выполнена резекция вылушением всей правой доли печени. Визуально узел альвеококка удален полностью. В 1977 году клиновидная резекция III сегмента по поводу рецидива альвеококка. В 1987 г. лапаротомия, ревизия: узел альвеококка охватывает область кавальных ворот оставшейся левой доли. Назначено лечение мебендазолом.

Больной К., 24-х лет. В 1960 г. произведена резекция вылушением всей левой доли печени. Визуально узел альвеококка удален полностью. В 1976 г. обратился по поводу механической желтухи. Констатирован рецидив альвеококка. Паразитарный узел располагался на месте удаленной левой доли и в IV сегменте печени. Удалось отделить от узла альвеококка нижнюю полую вену, правую ветвь печеночной артерии и правую ветвь воротной вены. Ее левая ветвь отсечена от ствола воротной вены и образовавшийся дефект ушит. Узел альвеококка удален вместе с общим печеночным протоком и зоной слияния долевых протоков. При отсечении печени транспаренхиматозная препаровка и перевязка внутripеченочных сосудов и желчных протоков. Наложена анастомоз между оставшейся частью правого печеночного протока и петлей тощей кишки. Выздоровление.

Таким образом, у трети больных, перенесших операцию вылушения узла альвеококка из печени, констатирован рецидив заболевания. Вывод однозначный. Операция вылушения узла альвеококка не должна применяться не только при тесной связи паразитарной ткани с элементами ворот печени, с нижней полую вену из-за опасности профузного кровотечения, но и при небольшой величине паразитарного узла и при его расположении вдали от магистральных сосудов из-за вероятности рецидива заболевания.

Паллиативные резекции печени при альвеококке выполняют, когда радикальная операция невозможна вследствие распространения паразитарной ткани на магистральные сосуды, при достаточной величине функционирующей печеночной ткани и отсутствии резкого нарушения ее функции. Удаление значительной части паразитарной ткани может привести к декомпрессии внутripеченочных желчных путей оставшихся отделов печени и к исчезновению желтухи, создает лучшие условия для функционирования сохранившейся паренхимы печени. На оставшуюся паразитарную ткань можно подействовать паразитотропными веществами и этим добиться лучших отдаленных результатов.

Техника паллиативных резекций претерпела существенные изменения. Первоначально паллиативные резекции выполняли или методом резекции-вылушения с оставлением участка паразитарного узла, сращенного с магистральными сосудами, или путем удаления узла альвеококка по частям, отдельными кусками. При приближении к воротам печени, к нижней полую вене объем иссекаемых участков постепенно уменьшался.

В настоящее время паллиативные резекции мы выполняем с учетом внутripеченочной анатомии печени, с предварительной препаровкой и выделением нижней полую вены, ствола и ветвей воротной вены, печеночной артерии и наружных желчных путей. Если убеждаемся, что паразитарную ткань невозможно отделить от стенки сосуда, оставляем ее неудаляемый участок. Таким образом, паллиативная резекция печени при альвеококке является серьезным оперативным вмешательством. При выделении элементов ворот печени, нижней полую вены возможно осложнение профузным кровотечением. Поэтому печеночно-двенадцатиперстная связка, нижняя полая вена должны быть предварительно взяты на турникеты.

Паллиативные резекции произведены 47 больным. После операции умерли 3 больных: от профузного кровотечения, ОПН и гнойно-септических осложнений.

У 18 больных после обширных резекций пораженных отделов печени остались неудаляемыми небольшие участки паразитарной ткани. Больные выписаны из клиники в хорошем состоянии, большинство из них вернулись к прежней работе и, как нам известно, 13 из них прожили после

операции более 5-17 лет. Жители сельской местности не обращаются в областной центр, если чувствуют себя хорошо.

У 13 больных после паллиативных резекций остались значительные участки узла альвеококка, преимущественно в области портальных или кавальных ворот. У всех образовались свищи с выделением из них желчи и детрита. Часто возникали гнойные осложнения. Положительный эффект от операции был незначительным и непродолжительным.

У 9 больных после обширной паллиативной резекции оставшиеся небольшие участки паразитарного узла подвергли криовоздействию. (Температура криоаппликатора -180 ... -196°C). Продолжительность криовоздействия 5 минут, затем - спонтанное оттаивание. Такие циклы: замораживание и спонтанное оттаивание повторяли 2- м раза. 2 больным, у которых оставшаяся часть узла альвеококка располагалась в воротах печени охватывала все элементы ворот печени и верхней трети печеночно-двенадцатиперстной связи у произвели трехкратное криовоздействие на паразитарную ткань, в том числе на вовлеченную в процесс печеночно-двенадцатиперстную связку. Все больные выписаны после операции в удовлетворительном состоянии. Повторно обратились больных: по поводу механической желтухи (1) наружного желчного свища (2).

У 4-х больных, несмотря на резекцию права доли печени (1), правостороннюю (2) и левостороннюю (1) гемигепатэктомию, остались значительные участки узла альвеококка, в связи с чем от криовоздействия воздержались. Больным проведен курс лечения мебендазолом (первоначально курс лечения состоял в ежедневном приеме в течение 45 дней 600 мг мебендазола: в последние годы назначаем по 500 мг мебендазола на 1 кг веса больного ежедневно в течение 15 дней).

Анализ непосредственных и отдаленных результатов свидетельствует, что паллиативная резекция печени при альвеококке имеет право на существование, причем ее следует выполнять (учетом внутриорганной анатомии печени, а оставшийся небольшой участок паразитарной ткани необходимо подвергнуть криовоздействию).

Наш небольшой опыт по криодеструкции показал, что этот метод успешно можно применять при прорастании альвеококком элементов ворот печени и печеночно-двенадцатиперстной связки в условиях механической желтухи. Но при этом следует максимально удалить паразитарную ткань, чтобы криовоздействие на остающуюся часть было адекватным (температура во всех ее участках в момент промораживания не должна быть выше -80°C).

Другой вариант паллиативной резекции возможен при распространении узла альвеококка на центральные отделы печени с вовлечением в паразитарный процесс элементов портальной триады всех сегментов печени. При достаточном количестве функционирующей паренхимы печени можно произвести паллиативную резекцию, максимально удалив паразитарную ткань. Если остается достаточно большой участок паразитарного узла и нет уверенности в адекватном промораживании до нужной температуры, то больным целесообразно назначить паразитотропный препарат мебендазол. Наш опыт свидетельствует, что у части больных его назначение после паллиативной операции может дать хороший эффект.

Результаты радикальных и паллиативных резекций печени по поводу альвеококка показали, что рецидив заболевания чаще выявляется через 8-16 и более лет. Учитывая это, мы назначаем как после радикальной, так и после паллиативной резекции по поводу альвеококка курсы лечения мебендазолом.

В заключение следует отметить, что радикальные и паллиативные резекции печени по поводу альвеококка продлевают жизнь больным, улучшают качество жизни. Без операции продолжительность жизни при осложненной форме альвеококка коротка. Целесообразно продолжить поиск более эффективного метода применения мебендазола при альвеококке.

Список литературы

1. Альперович .Альвеококкоз и его лечение. Медицина. 1972.272 с.
2. Альперович Б.И., Парамонова Л.М., Мерзликин Н.В. Криохирurgia печени и поджелудочной железы. Томский университет, 1985. 124 с.
3. Бретадзе И.Л., Константинов В.М. Альвеолярный эхинококк. Медицина. 1963. 223 с.

АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ. 1997. Т. 2. С. 15-19

4. Вишневский В.А., Чжао А. В., Назаренко Н.А., Икрамов Р.З., Сивков В.В., Гаврилин А.В., Гусейнов Э.К., Алимбиев С.В., Саидов С.С. Современные принципы техники оперативных вмешательств на печени // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. Т. 1. С. 15-23.
5. Гальперин Э.И., Мочалов А.М. Пальцевое чреспеченочное выделение сосудисто-секреторных ножек долей и сегментов при анатомических резекциях печени // *Хирургия*. 1986. № 7. С. 3-9.
6. Гальперин Э.И., Карагюлян С.Р., Мочилов Л.М. Опыт анатомических и атипичных резекций печени // *Хирургия*. 1987. № 7. С. 56-62.
7. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Шихман С.М. Некоторые вопросы региональной патологии печени. Варнаул. Алтайское издательство, 1984. 150 с.
8. Журавлев В.А. Большие и предельно большие резекции печени. Саратовский университет, 1986. 214 с.