

## Повторные радикальные операции у так называемых «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени

В.А.Журавлев  
Кировский  
Зональный центр  
хирургии печени МЗ  
РФ. (дир. – чл. корр.  
РАМН проф. В. А.  
Журавлев

В работе представлены результаты повторных радикальных операций у 52 «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени, которым до поступления в специализированный центр были выполнены эксплоративные лапаротомии или паллиативные вмешательства.

Сроки поступления этих больных в центр хирургии печени колебались от 3 мес. до 32 лет с момента выполнения первого паллиативного вмешательства. Всего им было выполнено 94 нерадикальных операций.

Больные поступали для радикальной операции в тяжелом состоянии, обусловленным наличием большого количества осложнений альвеококка печени.

Автором значительно расширены показания к радикальным резекциям печени у так называемых «неоперабельных» больных, в том числе, при поражении глассоновых и кавальных ворот, нижней полой вены, отдаленных метастазах.

Для снижения риска операции у этой тяжелой категории больных предложено выполнять их в несколько этапов.

Среди радикально оперированных больных большие и предельно большие резекции печени составили 86,5% при общей послеоперационной летальности 17,3%.

## Recurrent radical operation so-called, «inoperable» liver alveococcosis

V.A.Zhuravlev.  
Kirov Regional Centre  
of the Liver and Bile  
Duct Surgery (Director-  
corresponding member  
of RAMSci  
V.A.Zhuravlev)

Results of 52 operations in so-called «inoperable» alveococcosis patients are presented. Previous explorative laparotomies in other clinics were carried out cases. Terms from the first palliative operation till admission in Liver Surgery Centre varied from 3 months to 32 years. 94 palliative operations undertaken in total. Patient's were admitted for radical operations in haed condition, caused by high number of complications of liver alveociccosis liver alveococcosis complications. Author has significantly extended indications of radical operation in so-called «inoperable» patients with involvement of glissonian and caval porta, or vein cava and with remote metastasis. For more safety the operations were carried out in several stages. Among radical operations extended and more expanded liver resections formed 86.5% and total postoperative mortality composed 17.3%.

Многолетний опыт работы Кировского Зонального центра хирургии печени и желчных путей МЗ РФ показывает, что существует большая группа больных с очаговыми заболеваниями печени, которых хирурги на основании данных эксплоративных лапаротомии или паллиативных вмешательств признали радикально «неоперабельными». Это относится как к злокачественным, так и доброкачественным опухолям и паразитарным заболеваниям.

Концентрация указанных больных в нашем специализированном центре дает возможность высказать свою точку зрения на некоторые вопросы хирургической тактики у «неоперабельных» больных, которым требуются повторные операции после первичных нерадикальных хирургических вмешательств. Этой непростой проблеме и посвящена данная статья.

В недалеком прошлом при повторных операциях на печени ограничивались иссечением или выскабливанием свищей, вскрытием гнойных полостей, введением паразитотропных препаратов [8].

В настоящее время появилась реальная возможность производить повторные радикальные операции тем больным, которые раньше во время пробной лапаротомии или паллиативного вмешательства были признаны радикально «неоперабельными».

Принято считать, что первую радикальную резекцию печени после эксплоративной лапаротомии по поводу альвеококкоза выполнил С.С.Юдин [1929г].

По мнению Б.И.Альперовича и М.В.Мерзликина [4] развитие хирургии способствовало тому, что большинство больных с очаговыми поражениями печени стали оперироваться, не в специализированных учреждениях. При этом у многих из них, из-за технических осложнений и

неправильной оценки операбельности очага поражения, хирурги ограничиваются паллиативными операциями или эксплоративными лапаротомиями, тем самым обрекая больных на инвалидность и неблагоприятный исход.

Начиная с 1964 года было опубликовано ряд работ отечественных хирургов, посвященных повторным операциям, в основном, при альвеококкозе печени [1, 3,5,6, 7, 8, 9, 10,11, 13]. Работы этих авторов показывают, что в хирургической гепатологии существует серьезная проблема оказания радикальной помощи «неоперабельным» больным с очаговыми поражениями печени, которая возникла параллельно с активностью хирургов различной квалификации при оперативном лечении больных с очаговым поражением печени.

#### **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ**

Среди 310 больных, оперированных в нашем центре по поводу альвеококкоза печени, 98 (31,6%) - были так называемые «неоперабельные» больные, которым в различных лечебных учреждениях были ранее выполнены первичные нерадикальные вмешательства.

Из 98 «неоперабельных» больных -52 (53%) в нашем центре были выполнены радикальные резекции печени, 38 (38,8%) - паллиативные вмешательства и лишь у 8 (8,2%) операция ограничилась эксплоративной лапаротомией.

Среди 52 больных было 28 женщин и 24 мужчин. 40 «не-операбельных» больных с альвеококкозом печени - жители различных регионов России и республик СНГ, почти четверть больных (12 человек) жители Кировской области, 95% поступивших больных постоянно проживают или проживали в сельской местности.

#### **Результаты и их обсуждение**

Из 52 «неоперабельных» больных 39 (75%) поступили в наш центр для радикального вмешательства с направлениями и сопровождающими документами различных учреждений. 13 (25%) больных поступили к нам без направлений «самотеком» (табл.1).

В какие же сроки поступают «неоперабельные» больные с альвеококкозом печени с момента первичной операции до радикальной операции в нашем центре. В таблице 2 представлены данные о количестве нерадикальных оперативных вмешательств у «неоперабельных» больных с момента первичной операции до поступления в наш центр.

Мы сознательно выделили группу больных, поступивших по направлениям НИИ медицинской паразитологии и тропической медицины. Известно, что в этот институт поступают "неоперабельные" больные с альвеококкозом печени после многократных паллиативных вмешательств, выполненных в различных учреждениях и центрах, как в последнюю инстанцию для консервативной антипаразитарной терапии, когда возможности хирургии, казалось, все исчерпаны.

Но прежде, чем больной будет направлен в НИИ медицинской паразитологии для консервативной терапии, пройдет много лет (от 1 года до 15 лет в этой группе) героических попыток помочь больному избавиться от тяжелого заболевания.

Как следует из табл.№1 средний срок поступления в этой группе больных от момента первичной нерадикальной операции до поступления в наш центр составляет 47,3 мес. или почти 4 года.

За этот период времени больным было выполнено 21 паллиативное вмешательство и эксплоративных лапаротомий (табл.2).

Третья группа - самая запущенная по заболеванию группа больных; в наш центр они поступали самостоятельно в сроки от 1 года до 32 лет, в среднем через 87,2 мес. или 7 лет (табл.№1).

За этот период времени 13 больным было выполнено 33 паллиативных вмешательств и эксплоративных лапаротомий, что составило в среднем на одного больного 2,6 операций (табл.№2). Лишь единицы из этой группы хорошо информированных больных и не смирившихся со своим положением, поступили в наш центр в течение 1 -3 лет.

Таблица 1

**Сроки и пути поступления «неоперабельных» больных**

№ пп	Пути поступления больных в центр хирургии печени	Кол-во больных	Сроки поступления больных	Средние данные в месяцах
1	С направлением лечебных учреждений	30	от 3 мес. до 7 лет	10,8 мес.
2	С направлением НИИ медицинской паразитологии и тропической медицины	9	От 1 года до 15 лет	47,3 мес.
3	Самостоятельно (без направления)	13	От 1 года до 32 лет	87,2 мес

Таблица 2.

**Количество нерадикальных оперативных вмешательств.**

№ п/п	Пути поступления больных в центр хирургии печени	Кол-во больных	Количество первичных нерадикальных оперативных вмешательств	Средний показатель
1	С направлениями лечебных учреждений	30	39	1,3
2	С направлениями НИИ медицинской паразитологии и тропической медицины.	9	21	2,3
3	Самостоятельно	13	34	2,6
<b>ВСЕГО</b>		<b>52</b>	<b>94</b>	<b>1,8</b>

Проводим уникальное наблюдение по срокам поступления больного в наш центр после первичных нерадикальных вмешательств.

Больному Т-кову в 14-летнем возрасте в 1956г была выполнена эксплоративная лапаротомия по поводу альвеококкоза печени. Больной признан неоперабельным. Спустя 10 лет (1966г) больному в другом учреждении была вскрыта полость распада с последующим дренированием ее.

Еще через 22 года больной самостоятельно обращается в наш центр, 19.04.88г произведено вскрытие и дренирование огромной гнойной полости забрюшинного пространства, распространившейся от правого купола диафрагмы до правой подвздошной области. Спустя 6 месяцев больному 12.10.88г выполнена левосторонняя расширенная гемигепатэктомия по поводу альвеококкоза печени, резекция правого купола диафрагмы, иссечение пораженной париетальной брюшины (проф.В.А. Журавлев). Наступило выздоровление.

Даже спустя 32 года после эксплоративной лапаротомии и двух паллиативных вмешательств больному была возможность выполнить радикальную операцию, правда уже с большим риском для жизни.

Итак, 52 неоперабельным больным с альвеококкозом печени в различных лечебных учреждениях было выполнено 94 операции, что в среднем приходится по 1,8 на одного больного (табл.№2).

Так, у 26 больных было выполнено по одной операции, у 15 - по две, у 8-по три, у 2-по четыре и у одного больного - шесть операций.

На следующей таблице №3 представлены данные о первичных нерадикальных вмешательствах у 52 «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени.

Таблица 3.

**Первичные нерадикальные оперативные вмешательства у больных с альвеококкозом печени (52 больных)**

№№	Вид первичных оперативных вмешательств	Количество операций	в%
1.	Эксплоративная лапаротомия	31	33,0
2.	Вскрытие полости распада	30	32,0
3.	Паллиативная резекция печени	15	16,0
4.	Наружное отведение желчи	6	6,3
5.	Резекция легкого	6	6,3
6.	Резекция позвонков	1	1,1
7.	Другие операции	5	5,3
	<b>Всего:</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

Как видно из таблицы до поступления в наш центр 52 больным было выполнено 94 нерадикальных оперативных вмешательств. В числе выполненных операций эксплоративная лапаротомия была одной из основных. У одной больной эта операция была выполнена трижды.

В различные сроки (от 6 мес. до 32 лет) до поступления в наш центр 34 «неоперабельным» больным было выполнено 63 различных паллиативных вмешательств, что составляет в среднем 1,8 операций на одного больного. Только менее половины больных (16 человек) поступили в наш центр в течение года после первого паллиативного вмешательства, семь - спустя 2 года, пять - через 3 года, двое - через 5 лет, двое - через 6 лет, один - через 15 лет и еще один - через 32 года.

Таков был долгий и драматический путь наших «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени к радикальной операции.

Так, у 15 больных было выполнено по 1 паллиативной операции, у 13-по 2, у 3-по 3, у 2-по 4 и еще у одного больного - 6 операций.

Бывает нередко так, что основной очаг альвеококка в печени долгое время ничем себя не проявляет, зато отдаленные метастазы его (в легкие, головной мозг и т.д.) дают богатую симптомами клиническую картину новообразований. Недостаточно внимательное и полное обследование этих больных, без учета проживания их в эндемичных регионах, ведет к тому, что им выполняется оперативное вмешательство на тех органах, куда метастазировал альвеококк.

В этих случаях оперирующий хирург не зная об альвеококкозе, записывает в протоколе операции диагноз типа: злокачественная или доброкачественная опухоль, дермоидная киста и другие. Лишь заключение патогистолога ставит все на свои места.

Следовательно, хирурги после заключения гистолога чаще бывают уверены в том, что они удалили первичный очаг альвеококка и сообщают об этом больному, не предпринимая полного обследования больного, хотя известно, что при альвеококкозе печень поражается первично в 99% случаев (2).

Пройдет еще несколько лет и у больного появятся клинические симптомы заболевания. Ультразвуковое исследование или КТ укажет на очаг в печени больших размеров. С учетом предыдущей операции и гистологического заключения можно быть абсолютно уверенным, что у больного в печени первичный очаг альвеококка.

До поступления в наш центр у 6 больных были выполнены резекции легких с предположительным диагнозом: злокачественная или доброкачественная опухоль, туберкулез. Во всех случаях патологическое исследование установило наличие альвеококка.

По нашим наблюдениям больные оперированные на легких поступали в наш центр для радикального вмешательства по поводу первичного паразитарного поражения печени в сроки от нескольких месяцев до 11 лет (в среднем через 5 лет).

После первичной операции (резекции легких) до поступления больных в наш центр им выполнялись диагностические лапаротомии, паллиативные вмешательства, повторные операции по поводу метастазов в легкие.

Альвеококкоз печени - исключительно коварное заболевание, приводит к тяжелым осложнениям, которые в значительной степени влияют на клиническое течение, выбор хирургической тактики и исходы операций. В таблице №4 приведены осложнения альвеококкоза печени, наблюдавшиеся у 52 «неоперабельных» больных, которым в нашем центре были выполнены повторные радикальные операции.

Как следует из табл. №4 у «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени наблюдается огромное количество различных осложнений, что объясняется исключительно тяжелым контингентом больных с длительным течением заболевания.

Осложнения альвеококка печени обусловлены в основном двумя факторами: инфильтрирующим ростом и метастазированием.

В результате инфильтрирующего роста альвеококка, паразитарной тканью прорастают основные сосудистые образования печени (воротная вена, печеночная артерия, печеночные вены) и внепеченочные протоки. В различной степени узлами альвеококка часто прорастают нижняя полая вена.

Это одна из главных причин, по которой хирурги отказывают больным в радикальной операции.

Однако, наш клинический опыт показывает, что при прорастании узлами альвеококка глиссоновых ворот, во время радикального вмешательства могут быть иссечены все пораженные элементы печеночно-двенадцатиперстной связки (артерии, внепеченочные желчные протоки, лимфатические сосуды и узлы) за исключением воротной вены и ее ветви, осуществляющей

Таблица 4.

**Осложнения альвеококкоза печени у «неоперабельных» больных (52 больных)**

п/п	ХАРАКТЕР ОСЛОЖНЕНИЙ	КОЛИЧЕСТВО ОСЛОЖНЕНИЙ
	<b>ПРОРАСТАНИЕ:</b>	
1.	Проксимальных внепеченочных протоков	20
2.	Собственно печеночной артерии и ее ветвей	14
3.	Воротной вены и ее ветвей	12
4.	Кавальных ворот остающейся части печени с поражением печеночной вены	9
5.	Нижней полой вены	15
6.	В диафрагму	20
7.	В перикард	1
8.	В забрюшинную клетчатку с надпочечником	12
9.	В правую почку	1
10.	В желудочно-кишечный тракт	.5
	<b>МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ:</b>	
11.	В поджелудочную железу	9
12.	В печеночно-двенадцатиперстную связку	17
13.	В головной мозг	2
14.	Внутрипеченочное	3
15.	В легкие	10
16.	По пристеночной и висцеральной брюшине	5
	<b>ДРУГИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ:</b>	
17.	Полости распада	20
18.	Желчные и гнойные свищи	9
19.	Билиарный цирроз	11
20.	Паралич нижних конечностей в связи с метастазированием в позвоночник	1
21.	Желтуха	20
22.	Асцит	1
23.	Гемобилия	1
	<b>ВСЕГО:</b>	<b>219</b>

кровоснабжение оставшейся части печени. В некоторых случаях возможна резекция пораженного сегмента воротной вены с последующим анастомозом «конец в конец».

При поражении альвеококком задних отделов печени (VI, VII и I сегментов) почти всегда наблюдаются прорастание узлами паразита нижней полой вены. В большинстве случаев она может быть выделена из узла, когда он прорастает лишь наружный слой вены.

При более глубоком прорастании стенки вены требуется резекция ее. В зависимости от площади и глубины прорастания нижней полой вены узлом альвеококка выполняется краевая резекция вены с наложением сосудистого шва, или резекция стенки вены с аутопластикой (венной, перикардом). При резекции небольшого сегмента вены (до 3-3,5 см) производится анастомоз вены «конец в конец».

При резекции значительных сегментов вены осуществляется пластика ее сосудистым протезом или аутовеной. Чаще в результате прорастания узлом альвеококка нижняя полая облитерируется медленно в течение длительного времени с одновременным развитием мощного коллатерального кровотока за счет поясничных вен и по системе непарной и полунепарной вен, которые обеспечивают отток крови из нижней полой вены. В этом случае, после иссечения сегмента нижней полой вены, нет необходимости какого-либо пластического замещения ее.

Исключительно тяжелая ситуация возникает при поражении кавальных ворот остающейся части печени. Как правило, в этих случаях дело до

резекции печени не доходит, если хирург правильно оценил ситуацию. Все же в последнее время мы пытаемся радикально оперировать подобных больных при полной сосудистой изоляции печени с использованием бедренно-аксиллярного и порто-аксиллярного шунтов.

Серьезной хирургической проблемой у «неоперабельных» больных является метастазирование альвеококка в различные органы и ткани. Появление метастазов значительно осложняет течение

Таблица 5.

**Комбинированные операции у «неоперабельных» больных с альвеококком печени (52 больных).**

№ п/п	ВИД ОПЕРАЦИЙ	КОЛИЧЕСТВО ОПЕРАЦИЙ
1.	Резекция легкого	8
2.	Резекция перикарда	1
3.	Вылушивание метастатических узлов из поджелудочной железы	9
4.	Панкреатодуоденальная резекция	1
5.	Выделение общей и собственной печеночной артерии из паразитарного инфильтрата	22
6.	Иссечение собственной печеночной артерии	16
7.	Выделение воротной вены из паразитарного инфильтрата	4
8.	Резекция воротной вены	8
9.	Иссечение внепеченочных протоков	20
10.	Удаление метастатических узлов из ПДС	17
11.	Выделение печеночных вен из паразитарных узлов	9
12.	Выделение нижней полой вены из паразитарных узлов с краевой резекцией	13
13.	Резекция сегмента нижней полой вены	2
14.	Тотальное иссечение или частичная резекция правого купола диафрагмы	20
15.	Удаление правого надпочечника с забрюшинной клетчаткой	12
16.	Резекция большого сальника	6
17.	Электрокоагуляция множественных мелких узелков при генерализации альвеококка по париетальной и висцеральной брюшине	5
Всего:		173

заболевания, ухудшает прогноз для жизни больного, ограничиваются возможности для радикальной операции.

Все же у большинства больных с различной локализацией метастазов удается удалить их путем вылушивания или резекции органов. Это относится к метастазам в лимфоузлы, поджелудочную железу, печеночнодвенадцатиперстную связку и другие.

Одиночные метастазы в правом легком мы удаляем одновременно с правосторонними резекциями печени из торакоабдоминального доступа. При локализации одиночных метастазов в левом легком операция по поводу их может быть выполнена спустя 2-3 месяца после обширной радикальной резекции печени.

При метастазах альвеококка в головной мозг нами принята следующая хирургическая тактика. Если у больного нет серьезных нарушений функций головного мозга или эпилептические припадки возникают редко, то таких больных мы передаем нейрохирургам для удаления метастазов альвеококка после радикальной операции на печени. При тяжелых и частых эпилептических припадках операция на головном мозге предшествует радикальной операции на печени. В зависимости от состояния больного вторая операция выполняется через 2-3 месяца.

В литературе практически не обсуждался вопрос хирургической тактики при генерализованной форме метастазирования альвеококка по париетальной и висцеральной брюшине. Этим больных считают абсолютно неоперабельными, если даже основной очаг в печени радикально удалим.

Всего мы наблюдали 5 подобных больных, которым в прошлом были выполнены эксплоративные лапаротомии, после чего они были признаны "неоперабельными".

Всем больным, наряду с обширной резекцией печени в несколько этапов, была проведена полная стерилизация крупных и мелких узелков-метастазов альвеококка с париетальной и висцеральной брюшины.

Наличие осложнений альвеококка печени у «неоперабельных» больных приводит к необходимости, наряду с радикальным удалением очага поражения в печени, выполнять комбинированные операции на других органах и структурах.

В таблице № 5 представлены комбинированные операции при альвеококкозе печени у «неоперабельных» больных.

Таблица показывает, что при повторных радикальных операциях кроме обширных резекций печени у этих больных был выполнен широкий спектр комбинированных операций. В среднем на каждого оперированного больного приходится по 3 комбинированных операции. Лишь у 3 из 52 больных не было показаний к этим операциям.

Более половины комбинированных операций (54,4%) относились к выделению, иссечению и резекции различных структур портальных и кавальных ворот, полых вен, пораженных в большей или меньшей степени в результате инфильтрирующего роста паразитарной ткани.

Несомненно, комбинированные операции, выполненные на фоне обширных резекций печени, значительно повышают риск оперативного вмешательства, ведут к увеличению процента операционных и послеоперационных осложнений. Для снижения риска оперативного вмешательства, радикальные операции, в том числе и комбинированные, мы в ряде случаев выполняем в несколько этапов (при механической желтухе, генерализации альвеококка по висцеральной и париетальной брюшине и др.).

Несмотря на серьезность проблем, у большинства «неоперабельных» больных, имеющих эти осложнения, возможны радикальные операции, которые относятся к высокой категории сложности и риска.

В таблице №6 представлен перечень радикальных операций у «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени за последние 30 лет.

Таблица 6.

Радикальные операции у "неоперабельных" больных с альвеококкозом печени (за 30 лет).

№ п/п	ВИДЫ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ	КОЛ-ВО ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ
<b>Большие и предельно большие резекции печени.</b>		
1.	Правосторонняя расширенная гемигепатэктомия	22(5)
2.	Правосторонняя гемигепатэктомия	7(0)
3.	Левосторонняя расширенная гемигепатэктомия	10(3)
4.	Левосторонняя гемигепатэктомия	6(1)
<b>Небольшие и средние по объему резекции печени</b>		
1.	Лобэктомия	2(0)
2.	Сегмент-бисегментэктомия	4(0)
3.	Атипичная резекция	1(0)
	<b>Всего</b>	<b>52(9)</b>
	<b>Летальность</b>	<b>17,3%</b>

(цифры в скобках - количество летальных исходов)

Таблица 7.

Радикальная операция у "неоперабельных" больных с альвеококкозом печени по временным периодам.

№ п/п	Объем оперативного вмешательства	Временные периоды		Всего
		1967-82 гг.	1983-97 гг.	
1	Большие и предельно большие резекции печени.	11(3) 27,2%	34(6) 17,6%	45(9)
1.	Правосторонняя расширенная гемигепатэктомия.	1	21(5)	22(5)
2.	Правосторонняя гемигепатэктомия.	3	4	7
3.	Левосторонняя расширенная гемигепатэктомия.	2(2)	8(1)	-
4.	Левосторонняя гемигепатэктомия.	5(1)	1	6(1)
11	Небольшие и средние по объему резекции печени.	4(0)	3(0)	7(0)
1.	Лобэктомия.	-	1	1
2.	Сегмент-бисегментэктомия	2	2	4
3.	Атипичная резекция	2	-	2
	<b>Всего:</b>	<b>15(3)</b>	<b>37(6)</b>	<b>52(9)</b>
	<b>Летальность:</b>	<b>20%</b>	<b>16,2%</b>	<b>17,3%</b>



Таблица 8

**Этапные радикальные операции у «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени.**

№№ п/п	Виды резекции печени	Одноэтапные	Двухэтапные	Трехэтапные	Четырехэтапные	Всего
1	Правосторонняя расширенная гемигепатэктомия.	7	9	3	3	22
2	Правосторонняя гемигепатэктомия	5	1	1	-	7
3	Левосторонняя расширенная гемигепатэктомия	6	-	-	-	6
4	Небольшие и средние по объему резекции печени	6	1	-	^	7
ВСЕГО:		25	16	8	3	52

У абсолютного большинства больных (у 45 из 52) были выполнены большие и предельно большие резекции печени (86,5%), небольшие и средние по объему резекции - лишь у 7 больных. Общая летальность составила 17,3%.

О крайне тяжелом контингенте больных говорит тот факт, что среди больших резекций печени чаще выполнялись предельно большие - расширенные гемигепатэктомии (32 операции), реже - гемигепатэктомии - (13 операций).

Большие и предельно большие резекции, выполненные у «неоперабельных» больных дали, как и следовало ожидать, сравнительно высокую послеоперационную летальность: из 45 больных умерло - 9, что составляет 20%.

Еще более высокая летальность будет, если выделить отдельно предельно большие резекции - расширенные гемигепатэктомии: из 32 оперированных больных умерло 8. Послеоперационная летальность составила 25%. Высокая послеоперационная летальность у этих больных вполне объяснима. Это были самые тяжелые больные по объему поражения (6 сегментов из 8), при вовлечении в паразитарный процесс канальных и портальных ворот, магистральных сосудов (воротная вена, нижняя полая вена). На каждого из них приходилось по 5 различных осложнений альвеококка. У половины больных был синдром механической желтухи с явлениями хронического гепатита и билиарного цирроза печени. Для снижения риска им, в основном, были выполнены этапные операции.

После 13 гемигепатэктомии (когда удаляется 4 сегмента) умер 1 больной (7,7%). Эти больные не имели столь тяжелых осложнений альвеококка, как предыдущая группа больных: на каждого оперированного больного приходилось менее двух осложнений альвеококка. После небольших и средних по объему резекций печени (7 операций) летальных исходов не было. В этой группе в среднем на одного оперированного больного приходилось одно осложнение. Это были приведены сводные данные за 30 лет.

За этот значительный период времени менялась хирургическая тактика, совершенствовались методы операций, расширялись показания к радикальным вмешательствам.

В связи с этим представляют интерес показатели хирургического лечения «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени за последние 15 лет.

В таблице №7 приведены данные о количестве операций и их исходах при разных по объему резекций печени у этих больных по временным периодам.

Во втором пятнадцатилетнем периоде радикальные операции у «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени выполнены у 37 больных, т.е. более чем в 2 раза по сравнению с первым периодом.

Общая летальность в этой группе составила 16,2% (в первой группе 20%). Небольшие и средние по объему резекции печени выполнены у 3 больных, что составило 8,0% от всех выполненных операций (сравнить в первой группе 26,6%).

Удельный вес в процентах больших и предельно больших резекций печени во втором периоде составил 92% (в первой группе 73,4%). Послеоперационная летальность при этих операциях составила 17,6% (в первом периоде 27,2%).

Удельный вес предельно больших резекций (расширенные гемигепатэктомии) во втором периоде составил 78,4% (в первом периоде всего 20%).

Эти цифры убедительно показывают динамику значительного расширения показаний к предельно большим резекциям при повторных радикальных операциях. Они свидетельствуют и о том, что многие больные с альвеококкозом печени в первый период были признаны «неоперабельными», во втором периоде аналогичные «неоперабельные» больные радикально были излечены, благодаря выполненным предельно большим резекциям печени.

Для снижения риска радикальных операций у многих больных ставим показания к этапным хирургическим вмешательствам.

Всего двух- и более этапные операции у «неоперабельных» больных с альвеококкозом печени были выполнены у 27 больных, т.е. больше чем у половины больных. Это также говорит о тяжелом состоянии данной группы больных.

В таблице № 8 приведены сведения об этапных операциях при различных по объему резекциях печени.

Из таблицы следует, что у 25(48,1%) больных из 52 радикальные операции были выполнены в один этап. У остальных 27(51,9%) больных в связи с различными тяжелыми осложнениями альвеококка выполнены этапные операции.

С учетом этапных хирургических вмешательств 52 «неоперабельным» больным было выполнено всего 93 операции, в среднем, по 1,8 операции на одного больного.

Если к этим 93 операциям прибавить еще 93 нерадикальных оперативных вмешательств, выполненные 52 "неоперабельным" больным ранее, то окажется, что всего им было произведено 196 хирургических вмешательств, или в среднем по 3,8 операции на каждого больного.

У 42,4% больных во время операции и в послеоперационном периоде наблюдались различные специфические и неспецифические осложнения. У 9 больных они явились причиной летальных исходов.

Мы знаем отдаленные результаты у каждого из 43 больных, оперированных и выписанных из нашей клиники. Практически все эти больные многократно приезжали в наш центр хирургии печени для диспансерного обследования и смены транспеченочных дренажей.

Анализируя результаты радикальных операций у «неоперабельных» больных, можно сказать, что в отдаленные сроки судьба этих больных не является простой. Коварное заболевание - альвеококкоз не щадит больных и после, казалось бы, радикальных операций, спустя даже много лет после нее.

В отдаленные сроки (от 1 года до 30 лет) из 43 оперированных и выписанных из клиники, у 17 больных возникли различные осложнения (табл.№9).

В отдаленные сроки 16 больным по поводу специфических и неспецифических осложнений было выполнено еще 20 операций.

Закрывая главу о радикальных операциях у «неоперабельных» больных альвеококкозом печени необходимо сделать краткое заключение.

Среди больных альвеококкозом печени существует достаточно большая группа, которым до поступления в наш центр хирургии печени были выполнены эксплоративные лапаротомии и различные паллиативные вмешательства, после чего они были признаны радикально неоперабельными.

Опыт нашего центра свидетельствует о том, что больше чем у половины этих больных возможно выполнить повторные радикальные вмешательства, даже спустя 10-20 и более лет после первичной нерадикальной операции.

Таблица 9.

**Специфические и неспецифические осложнения и их исходы в отдаленные сроки после операции.**

№ п/п	Виды осложнений	Количество осложнений	Летальные исходы
1.	Рубцовые стриктуры гепатохолактоанастомоза	2	-
2.	Рецидив альвеококка в оставшейся части печени	3	2
3.	Метастазы альвеококка в лимфоузлы	4	-
4.	Остаточные полости	3	-
5.	Гепатит	4	,
6.	Рак оставшейся части печени	1	-
7.	Желчно-бронхиальный свищ	2	1
8.	Остеомиелит ребер	3	-
9.	Кишечная непроходимость	1	1
10.	Свищ тонкой кишки	1	-
11.	Язва двенадцатиперстной кишки	1	-
Всего:		25	4

«Неоперабельные» больные с альвеококкозом печени, являются исключительно сложными для хирургического лечения.

Исходное состояние этих больных является тяжелым вследствие длительного течения заболевания, когда возникают многочисленные осложнения альвеококкоза, нередко опасные для жизни больного (метастазы в головной мозг, легкие, механическая желтуха и другие).

Слишком долгий был путь "неоперабельных" больных после паллиативных вмешательств и эксплоративной лапаротомии до радикальной операции в нашем центре. Иногда это многие годы и даже десятилетия.

Оперативные вмешательства у них исключительно травматичны, продолжительны (8-15 часов), сопровождаются большой суммарной кровопотерей.

Несмотря на расширение показаний к радикальным операциям у «неоперабельных» больных (при механической желтухе, прорастании портальных и кавальных ворот, магистральных сосудов и других) за последние 15 лет послеоперационная летальность после больших и предельно больших резекций печени снизилась на 10% по сравнению с предыдущим 15-летним периодом и составила 17,6%. Этому в значительной степени способствовали разработанные нами этапные операции, благодаря которым значительно снижается риск операции при больших и предельно больших резекциях печени.

Наше глубокое убеждение, что хирурги, которые считают методом выбора атипичные резекции печени, значительно сужают «поле» радикальных операций и снижают процент операбельности.

Недаром сторонники атипичных резекций печени считают противопоказанием к радикальной операции поражение альвеококком портальных и кавальных ворот, нижней полой вены, при синдроме механической желтухи. Они совершенно правы: методом атипичных резекций радикальную операцию у таких больных не выполнить.

Только анатомический подход к операции с тщательной препаровкой и идентификацией элементов гилссона, позволяет успешно выполнить радикальную резекцию печени в самых сложных топографо-анатомических условиях.

Долгий и нелегкий путь этих больных до излечения. Вина в этом не только больных (позднее обращение к врачу), но и хирургов, к которым впервые обращаются они за хирургической помощью.

Не будучи профессионально подготовленными в области хирургической гепатологии, они выполняют большим эксплоративные лапаротомии и различные паллиативные вмешательства, признавая их радикально «неоперабельными». Не имея сведений о возможностях современной хирургической гепатологии, хирург не направляет своих больных в специализированные хирургические центры.

### **Список литературы**

1. Альперович Б.И., «Альвеококкоз», Якутск, 1967.
2. Альперович Б.И., «Хирургия печени», изд-во Томского университета, Томск, 1983.
3. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Ярошкина Т.Н., «Резекция печени при повторной операции у больных с паразитарными заболеваниями», Хирургия, 1990, №10, С.116-119.
4. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., «Резекции печени при повторных операциях», Томск, 1992.
5. Веронский Г.И., «Анатомо-физиологические аспекты резекции печени», Новосибирск, 1983.
6. Гальперин Э.И., «Актуальные вопросы резекции печени», Хирургия, 1980, №1, С.49-57.
7. Готье С.В., Цирюльникова О.М., Филин А.В., Комолов Ю.Р., Семенов Д.Ю., «Радикальные резекции при обширных очаговых поражениях печени». Вестник Российской академии медицинских наук, 1997, №9, с.8-13.
8. Жмур В.А., Эхинококк печени, в кн.: «Клинические очерки оперативной хирургии», М., 1952, с.300-302.,
9. Нихинсон Р.А., Лубенский Ю.М., Краковский А.И., «Диагностика и хирургическое лечение очаговых поражений печени», Хирургия печени. Материалы симпозиума с участием иностранных специалистов, М., 1990, с. 88-89.
10. Шапкин В.С., «Резекция печени», М., 1967.
11. Шапкин В.С., Журавлев В.А., «Повторные хирургические вмешательства на печени». Клиническая хирургия, 1968, №12. с. 6-9.
12. Юдин С. С., «Случай ампутации всей левой доли печени по поводу альвеолярного эхинококка». Новая хирургия, 1929. .т. 9. №8. с.68.
13. Яковлев П.Н., «Повторные операции на печени при альвеококкозе», автореферат канд. диссертации, Томск, 1973.