

ПЕЧЕНЬ

Хирургическое лечение описторхозных очаговых поражений печени

Б. И. Альперович,

Г. Н. Хабас

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета (зав. – проф. Б.И. Альперович) Сибирского медицинского университета, Томск

Проведен анализ оперативного лечения 67 больных с очаговыми поражениями печени (хронический описторхоз). Диагноз устанавливали до операции при комплексном клинико-инструментальном обследовании. При описторхозных кистах печени (35) выполняли вскрытие, иссечение кист, криодеструкцию их ложа, резекцию печени. При описторхозных абсцессах (16) производили вскрытие и дренирование открытым способом, вмешательства на желчных протоках, резекцию печени. При первичном раке печени (16) на фоне инвазии радикальную резекцию печени удалось выполнить только у 18.75% оперированных.

Приведены показания к каждому виду операций, особенности хирургической техники и тактики, методика резекции печени. Дана структура осложнений и причины послеоперационной летальности.

Показано, что операции (в том числе и радикальные) на печени, пораженной описторхозом, возможны. Хирургические вмешательства по строгим показаниям, применение разработанной техники резекции печени, дренирования брюшной полости и желчных протоков, использование криотехники позволили снизить летальность при кистах печени до 5.7%, при абсцессах – до 12.5%.

Surgical Management of the Liver Opistorkhotic Focal Lesions

B. I. Al'perovich,

G. N. Khabas

Chair of Surgery of Paediatric Faculty (Chief – B. I. Aplerovich) Siberian State Medical University, Tomsk

An analysis of the liver opistorkhotic lesion 67 patients with chronic opistorkhosis. The diagnosis was established before the operation by means of clinical and instrumental examinations.

In cases of the liver opistorkhotic cysts (35) incision, excision, its bed cryodestruction or liver resection was carried out. In opistorkhotic abscesses (16) patients was provided open manner incision, drainage, intervention on bile ducts and liver resection. In cases of primary liver cancer developed on the background of chronic opistorkhosis radical resection was possible only in 18.75% operated on patients.

The indications for each particular operation, peculiarities of the surgical technique, tools of the liver resection besides with the structure of morbidity and causes of postoperative mortality are presented.

The possibility of surgical management, including radical, of opistorkhotic liver lesions is shown. Strict indications of surgery, application of elaborated liver resection, abdominal cavity and bile ducts drainage tools, use of cryotechnique allowed to reduce rate of the specific morbidity and mortality to 5.7% in cyst and to 12.5% in abscess patients.

К очаговым поражениям печени, являющимся осложнениями хронической описторхозной инвазии, относятся описторхозные ретенционные кисты, абсцессы и первичная холангиокарцинома печени [1–3, 6]. Несмотря на то что в структуре хирургических осложнений описторхоза их удельный вес относительно невелик, это заболевание является актуальной проблемой в эндомичных областях в связи с крайне неудовлетворительными результатами диагностики, оперативного лечения, высокой послеоперационной летальностью [1, 6]. Это объясняется известными патоморфологическими изменениями в органах гепатобилиарной зоны при описторхозе: хроническое продуктивное воспаление в желчевыводящей системе с развитием холестаза и желчной гипертензии, изменения паренхимы печени от дистрофических до некротических создают неблагоприятный фон

для любых вмешательств на органе [7]. Поэтому возникает необходимость в разработке диагностической и лечебной тактики и техники, показаний и противопоказаний к каждому виду операций, мер профилактики осложнений у этой категории больных.

Цель настоящего исследования – выявление возможности хирургических вмешательств на печени по поводу ее очаговых поражений вследствие хронического описторхоза, изучение непосредственных результатов.

Материал и методы

В клинике кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Сибирского медицинского университета и Томском зональном гепатологическом центре Минздрава РФ оперировано

67 больных с описторхозными очаговыми поражениями печени, в том числе по поводу описторхозных кист 35 (52.2%), абсцессов – 16 (23.9%) и первичного рака печени – 16 (23.9%). У большинства больных длительность инвазии составляла более 7–10 лет, однако истинную ее продолжительность установить трудно, так как многие больные ранее не обследовались на описторхоз. Диагноз в подавляющем большинстве наблюдений был установлен до операции на основании данных анамнеза, клинической картины, обнаружения описторхоза в кале, дуоденальном содержимом, желчи из дренажей, свищей, а также на основании обнаружения характерных изменений структуры печени при ультразвуковом исследовании (УЗИ), компьютерной томографии.

Показаниями к оперативному лечению при кистах печени считали: размеры симптомных кист более 5 см (по данным литературы, при этом значительно возрастает вероятность развития осложнений), множественные кисты одной из долей печени с дегенерацией ее паренхимы, нагноение, разрыв кист, сдавление магистральных желчных путей, крупных сосудов. При поликистозе симптоматика обусловлена, как правило, наиболее крупными кистами, что и определяет показания к оперативному лечению. Больных с кистами размером более 7–10 см оперировали даже при отсутствии жалоб, учитывая высокий риск осложненного течения. При размерах кист менее 5 см рекомендовали дегельминтизацию и динамическое наблюдение (УЗИ).

При описторхозных абсцессах печени больных оперировали в случае неэффективности консервативной терапии, выражающейся в прогрессировании деструктивных процессов в печени по данным динамического УЗИ, формирования полостей распада либо множественном поражении одной из долей печени.

Диагноз злокачественного новообразования печени или веское подозрение на таковое является абсолютным показанием к хирургическому лечению. К сожалению, из 16 оперированных больных радикальную резекцию печени удалось выполнить только 3 (18.75%).

Результаты

1. Описторхозные кисты печени

Среди 35 оперированных больных значительно преобладали женщины – 31 (88.6%), мужчин было 4 (11.4%). Возраст больных от 28 до 90 лет. Размер кист составил от 5 до 30 см. Более чем у половины пациентов наблюдался поликистозный вариант, когда имелась одна или две большие кисты, явившиеся показанием к операции, и несколько более мелких кист в других отделах печени. Локализацию кист демонстрирует табл. 1.

Как видно, наибольшее количество кист локализовалось во II и III сегментах, затем в IV и VIII.

Таблица 1. Частота локализации кист печени, явившихся показанием к операции

Сегмент печени	Частота локализации описторхозных кист, %
I	0
II, III	27.5
IV	20
V	8.6
VI	8.6
VII	8.6
VIII	11.4
Ложе желчного пузыря	3
Правая доля*	14.2

* Кисты, занимающие несколько сегментов.

При локализации кист в ложе желчного пузыря вмешательство на них выполняли после холецистэктомии. Произведенные операции представлены в табл. 2.

При поверхностном расположении кист (что бывает нередко, в связи с кистозной трансформацией подкапсульных холангиоэктазов) их передняя стенка часто выступает над поверхностью печени; в этом случае проводили вскрытие, иссечение стенки кисты (кист). Ложе кисты обрабатывали антисептиками (спирт, хлорамин). С учетом того, что описторхозные кисты являются ретенционными и представляют собой по сути трансформированный желчный проток [2, 10], необходимы тщательная ревизия ложа и устранение сообщения его с желчным деревом, что предупреждает послеоперационное желчеистечение. Для деэпителизации кисты с целью предупреждения рецидивов использовали криодеструкцию ложа аппаратурой оригинальной конструкции (охлаждающий агент – жидкий азот). Криодеструкцию температурой -196°C проводили до образования ледяного пятна необходимого диаметра (обычно 1–3 мин). Проведенные ранее в клинике морфологические исследования показали, что в ходе криодеструкции гибнут клеточные элементы выстилки кисты с последующим образованием нежного рубца. Для иссечения стенок кисты также пользовались криоультразвуковым скальпелем КРУС-0.1 (температура наконечника $-130\text{...}-170^{\circ}\text{C}$), при этом удавалось остановить кровотечение из сосудов диаметром до 1–1.5 мм. Различная криотехника применена у 48.6% оперированных. Операцию заканчивали оментогепатопексией к ложу кисты, при глубокой полости – ушиванием блоковыми швами либо использовали комбинацию этих методов. При больших кистах старались обязательно активно дренировать брюшную полость.

Таблица 2. Виды операций при описторхозных кистах печени

Вид операции	Число больных		Число умерших
	абс.	%	
Вскрытие, иссечение кисты*	16	45.7	1
Резекция левой доли печени**	8	22.9	–
Резекция правой доли печени	4	11.4	–
Пункция кисты	2	5.7	–
Фенестрация кист	1	2.85	–
Ушивание разрыва кисты	1	2.85	1
Вмешательство на протоках	3	8.6	–
Всего	35	100	2 (5.7%)

* В одном наблюдении лапароскопическим способом.
 ** В одном наблюдении вместе с хвостатой долей печени.

Резекцию печени производили при тотальном кистозном поражении доли с дегенерацией ее паренхимы (рис. 1), глубоком внутриорганном расположении больших кист, цирротическом перерождении паренхимы пораженной доли. Являясь наиболее радикальным вмешательством, резекция пораженной описторхозом печени опасна развитием послеоперационного желчеистечения в условиях желчной гипертензии, острой печеночной недостаточности [1]. Применяли разработанную в клинике проф. Б.И. Альперовичем методику атипичной резекции с учетом внутриорганной архитектоники сосудистых и протоковых структур, что позволяет выполнять резекцию печени любого объема. После мобилизации удаляемой доли путем пересечения связочного аппарата и прошивания печеночных вен через ткань печени (что снизило до минимума кровотечение из них и нижней полой вены) с диафрагмальной поверхности и далее по линии резекции накладывали блоковидные швы, сдавливающие трубчатые

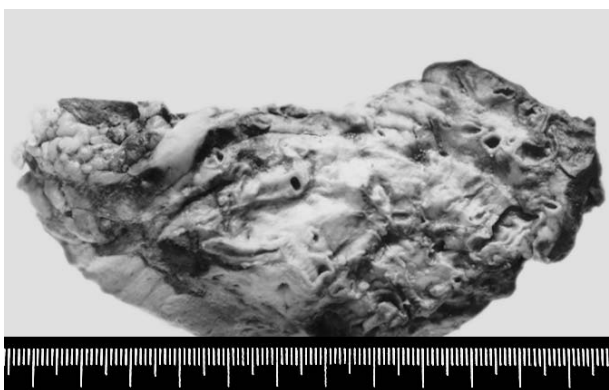


Рис. 1. Макропрепарат части печени, удаленной в ходе левосторонней гемигепатэктомии по поводу множественных описторхозных кист.

структуры, дистальнее ткань печени пересекали, при этом в плоскости резекции окончательно лигировали желчные протоки и сосуды. Предварительное лигирование соответствующих долевых и сегментарных сосудов и протоков в воротах печени производили при благоприятном их анатомическом варианте (“открытая” форма ворот). Дополнительный холе- и гемостаз достигается гепатизацией раневой поверхности блоковидными швами, оментогепатопексией, криодеструкцией культи печени, использованием криоскальпеля либо комбинацией этих методов. Печеночно-двенадцатиперстную связку не пережимали. Обязательно активное дренирование брюшной полости. При наличии показаний производили холецистэктомию и наружное дренирование желчных путей (14.3%). Данная методика резекции печени, пораженной описторхозом, позволяет сохранить максимальный объем функционирующей паренхимы и снизить до минимума желчеистечение из протоков всех калибров, холангиоэктазов; наружное дренирование снижает гипертензию в желчном дереве и позволяет санировать холангит и описторхоз (по методу клиники, йодистыми препаратами). Все это позволило снизить до минимума количество специфических осложнений (желчные свищи, перитониты, остаточные полости) и санировать инвазию с эффективностью более 90%.

Около трети послеоперационных осложнений составили экссудативные плевриты, которые купированы повторными пункциями. Причиной смерти 2 больных явилась прогрессирующая печеночная недостаточность: у одной больной вследствие тромбоза воротной вены после иссечения и криодеструкции огромной кисты, у другой – после ушивания разрыва кисты при распространённом гнойном перитоните. У ряда больных отмечалось обострение хронического описторхозного холан-

гита, особенно при отсутствии наружного дренажа желчных путей. Лечение желчных свищей было консервативным, повторных операций не потребовалось (табл. 3).

2. Описторхозные абсцессы печени

Оперировано 16 больных (соотношение мужчин и женщин составило 1 : 1) в возрасте от 27 до 68 лет. Более чем у 90% больных абсцессы печени явились следствием прогрессирующего гнойного холангита. Лишь у одной больной зафиксировано нагноение описторхозной кисты печени. Другая больная умерла без операции (при поступлении) от разрыва нагноившейся описторхозной кисты печени и распространенного гнойного перитонита.

Деструкция печеночной ткани при гнойном холангите возникает вследствие расплавления стенок холангиоэктазов, тромбозов ветвей портальной системы. Пусковым моментом обострения холангита при описторхозе явились острый панкреатит, холецистит, структура дистального отдела общего желчного протока, папиллит, дуоденостаз, нарушающих пассаж желчи в двенадцатиперстную кишку, усиливающие имеющуюся желчную гипертензию и провоцирующие активацию патогенной флоры [3, 5, 6, 11]. Имеет значение также внутрипеченочная желчная гипертензия вследствие сегментарной окклюзии более мелких желчных протоков.

Лечение всегда начинали с консервативных мероприятий, направленных на устранение пускового фактора, восстановление (по возможности) нормального пассажа желчи, проводили детоксикацию и антибактериальную терапию. При наличии показаний, описанных выше больных оперировали (табл. 4).

Преимущественно поверхностное расположение гнойников способствовало их прорыву в брюшную полость и забрюшинное пространство с развитием поддиафрагмальных, подпеченочных абсцессов, забрюшинной флегмоны, распространенного перитонита, что наблюдалось у 17% больных и значительно ухудшало прогноз. При гнойных холангитах на почве стриктур дистального отдела общего желчного протока и большого дуоденального сосочка возникали обычно множественные мелкие абсцессы, поражающие всю печень; этим больным обычно оперативное лечение было не показано, при поражении одной доли производили радикальную резекцию печени по описанной выше методике без летальных исходов (рис. 2). Причиной смерти во всех наблюдениях была прогрессирующая печеночная недостаточность.

56,3% больных выполнялись различные декомпрессивные вмешательства на желчных протоках: наружное дренирование по Холстеду–Пиковскому, Керу, Вишневному, холангиостомия

Таблица 3. Послеоперационные осложнения у больных с описторхозными кистами печени

Осложнение	Число больных	
	абс.	%
Экссудативный плеврит	6	31,6
Острая печеночная недостаточность	2	10,5
Неполный наружный желчный свищ	2	10,5
Остаточная полость	2	10,5
Механическая желтуха	1	5,3
Гемобилия	1	5,3
Обострение холангита	2	10,5
Кровотечение из кисты	1	5,3
Тромбоз воротной вены	1	5,3
Пневмония	1	5,3
Всего	19	100

Таблица 4. Виды операций при описторхозных абсцессах печени

Вид операции	Число больных		Летальность
	абс.	%	
Вскрытие и дренирование*	8	50	1
Резекция правой доли печени**	3	18,8	–
Резекция левой доли печени	4	25	–
Вмешательство только на протоках	1	6,2	1
Всего	16	100	2 (12,5%)

* Операции проводились открытым способом.

** В 2 наблюдениях явилась вторым этапом после вскрытия и дренирования.

либо холедоходуоденостомия по применяемому в клинике модифицированному способу Киришнера. Эндоскопическую папиллосфинктеротомию не использовали в связи с протяженным характером (более 1,5–2 см) дистальных описторхозных стриктур. Предпочитали открытый способ дренирования абсцессов, учитывая множественность гнойников и необходимость детальной ревизии, надежного отграничения очага от брюшной полости (опасность длительного желчеистечения). Во всех возможных случаях стремились канюлировать пупочную вену для проведения внутриворотальных инфузий. Интересно, что оперированные абсцессы чаще локализовались в правой доле печени.

Отдаленные результаты лечения изучаются, однако уже можно сказать, что более трети оперированных больных поступали в клинику по-



Рис. 2. Макропрепарат части печени, удаленной в ходе правосторонней гемигепатэктомии по поводу описторхозных абсцессов печени.

вторно. Причинами повторной госпитализации явились рецидивирующие инфильтраты печени, прогрессирующий гнойный холангит, развитие рака печени в области резекции, гнойные желчные свищи, в ряде наблюдений потребовавшие повторной операции.

3. Первичный рак печени

Доказана этиологическая и патогенетическая связь хронического описторхоза с возникновением первичного холангиоцеллюлярного рака печени, частота которого в эндемичных районах в 3–9 раз превышает среднестатистическую. Механизм канцерогенеза при описторхозе связывают с многолетним пролиферативным воспалением желчных протоков, приводящим к аденоматозу, атипичной регенерации эпителия с последующей

малигнизацией. Имеют значение хронический застой желчи с изменением ее химизма, травматизация эпителия протоков гельминтами, дисрегуляция стромально-паренхимотозных отношений в печени, потенцирование действия канцерогенных ксенобиотиков [7–9].

Из 253 больных с первичным раком печени, наблюдавшихся в клинике, у 44 (17.4%) опухоль развилась на фоне описторхозной инвазии, однако истинный процент так называемого “описторхозного” рака, вероятно, еще выше. Мужчин было 23 (52.3%), женщин – 21 (47.7%), в то время как при раке без описторхоза количество женщин составило лишь 38.3%. Средний возраст больных 54.4 года. Длительность инвазии у всех больных была не менее 10 лет, у многих в анамнезе – дегельминтизация. Этиологическую роль описторхоза наряду с клинко-инструментальными данными подтверждало редкое сочетание рака с истинным циррозом печени (нехарактерным для инвазии) – 4.5% [4], тогда как “неописторхозный” гепатоцеллюлярный рак развивается чаще всего на фоне цирроза. Явления портальной гипертензии, наблюдавшиеся у 18.2% больных, были связаны не с циррозом печени, а с блокадой портальных и кавадных ворот органа узлами холангиокарциномы. В 18.2% наблюдений рак сочетался с множественными описторхозными кистами печени. Механическая желтуха, наблюдавшаяся лишь у 41% больных, указывала на крайнюю запущенность заболевания, все эти больные были неоперабельными.

Диагностика рака печени, развившегося на фоне других проявлений хронического описторхоза, особенно на догоспитальном этапе, крайне затруднена. Это демонстрирует анализ направлений на госпитализацию в гепатологический центр: диагноз очагового поражения печени фигурирует лишь в 47.7% наблюдений. Далее, в порядке убывания следуют диагнозы механической желтухи (22.7%), цирроза печени (6.8%), острого холецистита (4.5%), а также вирусного гепатита, опухоли брюшной полости, рака поджелудочной железы, описторхозного холангита, хронического холецистопанкреатита, осложненного альвеококкоза, эхинококкоза печени, тромбоза воротной вены. Подобные трудности диагностики и связанная с этим запущенность процесса, а также особенности роста холангиокарциномы, позднее развитие механической желтухи обусловили крайне низкую операбельность в данном случае (табл. 5). Радикальные вмешательства удалось провести лишь у 18.75% оперированных и у 6.8% всех больных с описторхозным раком печени. В контрольной группе рака без описторхоза этот процент был почти в 2 раза выше (13.4%). В 63.6% наблюдений неоперабельность процесса была установлена без лапаротомии и связана с множественным поражением обеих долей печени, прорастанием ворот органа и магистральных сосудов. Паллиативная криодеструкция опухоли

Таблица 5. Хирургические вмешательства при раке печени, развившемся на фоне описторхоза

Операция	Число больных	
	абс.	%
Резекция правой доли печени	2	12.5
Резекция левой доли печени	1	6.25
Диагностическая лапаротомия	11	68.75
Кускование патологической ткани*	1	6.25
Ушивание эктазированной желчного протока, холецистостомия (после пункционной биопсии)	1	6.25
Всего	16	100

* Операция по поводу предполагаемого альвеококкоза печени.

в данном случае не применялась в связи с малой целесообразностью.

С учетом нашего опыта считаем, что диагностика рака печени на фоне описторхоза должна основываться не на клинических симптомах, которые мало достоверны и свидетельствуют о запущенности процесса, а на лабораторно-инструментальных данных: выявлении описторхозной инвазии и динамическом УЗИ печени, которое считаем скрининговым методом.

Обсуждение

Установлено, что главными причинами послеоперационных осложнений и летальных исходов при хирургических вмешательствах на печени, пораженной описторхозом, являются желчеотечение с развитием перитонита, абсцессов брюшной полости, забрюшинной флегмоны с последующим формированием остаточных полостей и желчных свищей. Непосредственной причиной смерти при этом часто служит печеночная недостаточность [1, 6]. Мы считаем, что операции, в том числе радикальные, в данном случае возможны и поэтому применяем комплексный подход к хирургическому лечению описторхозных очаговых поражений печени. Он включает оперативное лечение по строгим показаниям для каждой нозологической формы, коррекцию желчной гипертензии с учетом ее степени, применение описанной выше техники вмешательств, проведение дегельминтизации через наружный дренаж желчных протоков. Непосредственная послеоперационная летальность при описторхозных кистах печени составила 5.7%, при абсцессах печени – 12.5%. Релапаротомий по поводу желчных перитонитов не было.

Список литературы

1. Альперович Б.И., Бражникова Н.А., Ли А.Б. Хирургия осложнений описторхоза. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1990. 224 с.
2. Альперович Б.И., Родичева Н.С., Митасов В.Я. Описторхозные кисты печени // Хирургия. 1991. № 10. С. 96–99.
3. Бражникова Н.А. Абсцессы печени описторхозной этиологии // Анналы хир. гепатол. 1997. Т. 2. Прил. С. 185.
4. Бычков В.Г. Фиброз печени у людей с хроническим описторхозом // Акт. проблемы описторхоза. Томск, 1986. С. 62–64.
5. Вагнер Е.А., Зиганьшин Р.В., Щепочкин В.И. Бактериальная характеристика желчи при осложненном описторхозе // Труды Пермского мед. института, 1973. Т. 116. С. 56–58.
6. Зиганьшин Р.В. Хирургические осложнения описторхоза печени и желчного пузыря. Дис. ... д-ра мед. наук. Тюмень, 1977. 368 с.
7. Зубов Н.А. Патологическая анатомия описторхоза и его осложнений // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Свердловск, 1973. 25 с.
8. Истомина О.Ю. Морфогенез холангиоцеллюлярного рака печени при сочетанном воздействии описторхов и диметилнитрозамина // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 1995. 24 с.
9. Elkins D.B., Hasswell-Elkins M.R., Mairiang E. et al. A high frequency of hepatobiliary disease and suspected cholangiocarcinoma associated with heavy *Opisthorchis viverrini* infection in a small community in north-east Thailand // Trans. R. Trop. Med. Hyg. 1990. V. 84. № 5. P. 715–719.
10. Juttijudata P., Chiemchaisri C., Palavatana C. et al. Opisthorchiatic solitary intrahepatic syst // Surgery, Gynec. And Obstet. 1985. V. 161. № 1. P. 49–51.
11. Yamada T., Murakami K., Tsuchida K. et al. Ascending cholangitis as cause of pyogenic liver abscesses complicated by a gastric submucosal abscesses and fistula // J. Clin. Gastroenterol. 2000. V. 30. № 3. P. 317–320.