

ПЕЧЕНЬ

Радикальные операции у больных альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой

В. А. Журавлев,
В. П. Сухоруков,
В. А. Бахтин, В. М. Русин-
нов, В. А. Янченко

Кировский зональный центр хирургии печени и желчевыводящих путей (руководитель – проф. В.А. Журавлев) Минздрава России

В статье представлены результаты хирургического лечения 152 больных альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой за последние 30 лет. Данное осложнение отмечено у 43.4% от общего количества больных с альвеококкозом.).

При поступлении у 93 больных (61.2%) состояние оценивалось как тяжелое, у 47 (30.9%) – средней тяжести и лишь у 12 (7.9%) – удовлетворительное.

52 больных (34.2%) до поступления в наш центр оперированы в других лечебных учреждениях и признаны “неоперабельными”.

В статье предлагаются этапные операции, позволившие значительно снизить риск оперативного вмешательства у крайне тяжелых больных с очаговыми заболеваниями печени, осложненными механической желтухой, значительно расширить показания к радикальным операциям при альвеококкозе с высокой билирубинемией продолжительностью более месяца.

Радикально оперировано 54 больных с альвеококкозом печени. В один этап оперировано 16 больных, 2-х этапная операция выполнена 20 больным, 3-х этапная – 18 больным. Всем радикально оперированным больным были выполнены большие и предельно большие резекции печени (гемигепатэктомии и расширенные гемигепатэктомии). Всем больным выполнялись комбинированные операции, обусловленные многочисленными осложнениями альвеококка. Летальные исходы отмечены у 8 больных.

В заключении отмечается, что заметного улучшения результатов хирургического лечения альвеококкоза печени, осложненного механической желтухой, можно добиться путем выполнения патогенетически обоснованных этапных операций и реконструктивных вмешательств на протоках и магистральных сосудах печени.

Radical Operations in Patients with the Liver Echinococcosis Complicated by Obstructive Jaundice

V.A. Zhuravlev,
V.P. Suhorukov,
V.A. Bahtin,
V.M. Rusinov,
V.A. Yanchenko

Kirov Regional Center of the Live and the Bile Ducts Surgery (director – professor V.A. Zhuravlev)

In article the results of surgical treatment 152 patients with alveococcosis of the liver complicated by a obstructive jaundice for last 30 years are submitted. The complication is marked in 43.4% from total of the patients with alveococcosis.

In 93 patients (61.2%) the state estimated as serious, at 47 (30.9%) – average graviti and only at 12 (7.9%) – satisfactory.

52 patients (34.2%) before entering in our center were operated in other clinics and recognized as “nonresectable”.

The article one-, tow- and three stages operation allowed considerably to lower risk of an operations at the extremtly serious patients with focal diseases of a liver complicated by the obstructive jaundice, considerably to expand the indications to radical operations in patients with alveococcosis of the liver with a high bilirubinemia by duration more than month.

54 patients were radically operated. In one stage were operated 16 patients, 2 – stage operations were performed in 20 patients, 3 – stage operations were perfomed in 18 patients. Iarge and extreme large resections of the liver (hemihepatectomy and extended hemihepatectomies) were perfomed in all radically treated patients. Combined operations were carried out in 54 patients. It caused by numerous of the alveococcosis of the liver. The lethal outcomes are marked at 8 patients.

The article concludes that it is possible to achieve appreciable enriching of results of the alveococcosis of the liver complicated by a mechanical icterus, by performance pathogenetically substantaited 1-, 2-operations and reconstructive procedures at bile ducts and main vesseles of the liver.

Хирургическое лечение больных с механической желтухой при очаговых заболеваниях печени – один из наименее изученных разделов гепатологии.

Большинство авторов считают, что при желтухе радикальная резекция печени нецелесообразна и невыполнима, а операцией выбора явля-

ется паллиативное вмешательство, направленное на устранение желчной гипертензии. Вместе с тем из-за высокой локализации непроходимости желчных путей даже паллиативные вмешательства технически трудны и сопровождаются значительной послеоперационной летальностью.

При так называемых “низких” механических желтухах, обусловленных желчнокаменной болезнью, рубцовыми стриктурами, опухолями дистального отдела общего желчного протока, фатерова соска и головки поджелудочной железы, в настоящее время довольно хорошо разработаны вопросы хирургической тактики. Необходимым объемом безопасных оперативных вмешательств при этих заболеваниях овладели многие хирурги.

Этого нельзя сказать о хирургической помощи больным с “высокой” механической желтухой. Многообразие сочетаний различных локализаций очагового поражения печени с различным уровнем и степенью окклюзии желчных путей создает серьезные трудности в выборе метода операции.

Быстро прогрессирующее ухудшение состояния этих больных, поздняя дифференциальная и топическая диагностика, труднодоступная область для оперативного вмешательства и главное – отсутствие опыта у многих хирургов в этом разделе хирургической гепатологии делают указанную проблему исключительно сложной.

В 1985 г. мы сообщили о 21 радикальной резекции печени при альвеококкозе, осложненном механической желтухой.

Э.И. Гальперин (1974 г.) сообщил о 2 и в 1977 г. – еще о 2 условно-радикальных резекциях печени у больных с альвеококкозом при наличии синдрома механической желтухи с благоприятным непосредственным результатом [3, 4].

Г.И. Веронский (1983 г.) приводит 4 наблюдения за больными, которым были выполнены радикальная и условно-радикальная резекции печени.

Возникновение обтурационной желтухи при очаговых заболеваниях печени зависит в принципе не от вида патологического процесса, а от его локализации. Расположение любого опухолевого образования в глиссоновых воротах печени и сдавление им магистральных желчных протоков приводят к желтухе.

Однако в действительности наиболее часто желтуха развивается при прорастании ворот печени узлами альвеококка и злокачественных опухолей. Доброкачественные опухоли и кисты, не обладающие способностью к инфильтрирующему росту, значительно реже вызывают обтурацию желчных путей даже при локализации их в воротах печени.

Альвеококкоз печени дает большое количество различных осложнений (особенно в поздних стадиях заболевания), к которым относится и синдром механической желтухи [6, 7].

Видный хирург-гепатолог Б.И.Альперович [2] называет этот клинический период альвеококка терминальной стадией заболевания. По его мнению, этот признак (желтуха) свидетельствует о крайней запущенности процесса, что определяет плохой прогноз.

Наиболее частым осложнением альвеококкоза было прорастание печеночно-двенадцатиперстной связки, что и объясняет возникновение механической желтухи. Следующими по частоте осложнениями были наличие полостей распада, метастазирование, билиарный цирроз печени и прорастание в диафрагму. Многие осложнения носили единичный характер, но также требовали индивидуального подхода при планировании операций.

Более чем за 30 лет в Кировском зональном центре хирургии печени Минздрава РФ было оперировано 350 больных альвеококкозом печени, у 152 (43.4%) из них заболевание было осложнено механической желтухой.

Из 152 оперированных паллиативные вмешательства (резекция-кускование, дренирование полостей распада, наружное и внутреннее желчеотведение) выполнены 67 (44.1), эксплоративные лапаротомии – 31 (20.4%), радикальные операции – 54 (35.5%).

Таким образом, среди оперированных больных альвеококкозом печени механическая желтуха, выраженная в большей или меньшей степени, наблюдалась почти у каждого второго. Это подтверждается данными Б.И. Альперовича [1] и В.А. Журавлева [7] о том, что наиболее часто альвеококковыми узлами поражаются IV и V сегменты печени. Именно паразитарные узлы этой локализации прорастают глиссоновы ворота, вызывая синдром механической желтухи.

Несомненно, состав наблюдаемых нами больных в значительной мере был обусловлен концентрацией их в Кировском зональном центре хирургии печени из различных регионов России и СНГ, в основном эндемичных по альвеококкозу (Пермская, Калининградская, Кировская области, Республика Коми, регионы Сибири и Казахстана).

Возраст больных колебался в широких пределах (от 16 до 70 лет). Соотношение женщин и мужчин было почти равное с небольшим преобладанием последних. Длительность механической желтухи составила от 2 нед. до 20 мес.

Почти у 90% этих больных была клиническая картина холангита, что обусловлено длительным течением обструкции печеночных протоков.

Продолжительность холестаза существенно влияет на исход оперативного вмешательства. Несмотря на стремительное развитие диагностических систем в последние годы, больные альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой, поступают в хирургические специализированные учреждения поздно, когда даже паллиативная желчеотводящая операция представляет для больного большой риск. Длительность желтухи с момента ее появления до поступления в клинику ($n = 152$): до 1 мес. – у 16 (10.5%) больных, 2 мес. – у 21 (13.9%), 3 мес. – у 81 (53.3%),

4 мес. – у 21 (13.1%), более 4 мес. – у 13 (8.8%) больных.

Таким образом, у 115 (75.7%) больных альвеококкозом печени при поступлении в клинику желтушный период составлял более 2 мес.

При поступлении в наш центр только у 12 (7.9%) больных состояние оценивалось как удовлетворительное, у 47 (30.9%) – средней тяжести и у 93 (61.2%) больных как тяжелое.

О тяжести состояния больных говорит и тот факт, что 52 (34.2%) из них были до поступления в наш центр оперированы в других лечебных учреждениях и признаны “неоперабельными”. Так, 27 больных оперированы дважды, 21 пациент перенес по 3 операции, 3 – по 6 и 1 больному было выполнено 12 операций по поводу альвеококкоза печени, легкого и средостения.

Комплекс диагностических исследований включал в себя как общеклинические, так и специальные, преимущественно инструментальные методы обследования.

В зависимости от степени билирубинемии больные распределялись следующим образом: легкая (до 100 мкмоль/л) – у 52 (34.3%), средней тяжести (от 100 до 250 мкмоль/л) – у 56 (36.5%), тяжелая (более 250 мкмоль/л) – у 44 (29.2%).

Таким образом, 100 (65.8%) больных альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой, поступили с билирубинемией средней тяжести и тяжелой.

Длительность желтухи и тяжелая гипербилирубинемия диктовали необходимость индивидуального подхода в выборе хирургической тактики, в том числе разделения операции на несколько этапов.

Возможности общеклинического обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация и др.) при очаговых поражениях печени весьма ограничены. Не случайно поэтому абсолютное большинство больных альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой, были на первом этапе госпитализированы в инфекционные и терапевтические стационары с подозрением на гепатит.

Врач, малознакомый с эпидемиологией и клинической картиной альвеококка, не учитывая сведений о распространенности его в определенных эндемичных регионах, постоянного местожительства и профессии больных (охотник, скотовод, работник зверохозяйства и др.), может допустить диагностическую ошибку. Так, например, легко принять альвеококкоз за первичный рак печени на основании только физикальных данных (увеличение печени с пальпируемой опухолью) и не направить больного в специализированную клинику.

С целью дифференциальной и топической диагностики всем больным проводились различные по объему комплексы инструментальных мето-

дов исследований (УЗИ, КТ, МРТ, ЧЧХГ, РХПГ, ангиография, эндоскопия и др.) в различных сочетаниях.

При определении показаний к радикальным вмешательствам нельзя полностью ориентироваться лишь на данные инструментальных методов исследования.

С учетом возможностей современной хирургии печени мы абсолютному большинству больных выполняем эксплоративную лапаротомию с целью тщательной ревизии (печени, магистральных ее сосудов, нижней полой вены), так как именно поражение этих структур являлось основной причиной того, что больные, поступившие в наш центр, были ранее признаны “неоперабельными”.

Для хирурга при определении операбельности при альвеококкозе печени исключительно важное значение имеет состояние глиссоновых и кавальных ворот, а также нижней полой вены. Прорастание их паразитарной тканью, по мнению хирургов-гепатологов, до сих пор служит основным противопоказанием к радикальной операции.

Поражение глиссоновых ворот диагностировали, когда альвеококк печени в связи с прогрессивно-инфильтрующим ростом прорастает воротную пластинку и выходит за ее пределы, инфильтрируя и прорастая проксимальные отделы глиссоновых элементов печеночно-двенадцатиперстной связки.

Итак, в первую очередь прорастают паразитарной тканью печеночные протоки, так как, имея тесную связь с воротной пластинкой, они не могут быть отодвинуты в сторону растущим узлом альвеококка. Поэтому при локализации паразитарного узла в глиссоновых воротах в абсолютном большинстве наблюдений отмечается синдром механической желтухи.

Печеночные артерии и особенно воротная вена и ее ветви, находясь в рыхлой соединительной ткани, относительно свободны от сращений с другими соседними структурами, поэтому некоторое время отодвигаются и не прорастают растущим узлом альвеококка.

Тем не менее печеночные артерии, воротная вена и ее ветви не так редко в большей или меньшей степени прорастают паразитарной тканью, что проявляется стенозом или окклюзией сосуда. Эти процессы можно констатировать на целиако- и спленопортограммах еще до операции.

Несмотря на такую тяжелую ситуацию для хирурга, да и для больного в первую очередь, она не совсем безнадежна. Во-первых, артериальные и портальные сосуды могут лишь сдавливаться узлом снаружи. Подобное обстоятельство – самое благоприятное: стенка сосуда не прорастает паразитарной тканью, его можно легко выделит из нее и восстановить проходимость. Во-вторых, полностью окклюзированные артериальные со-

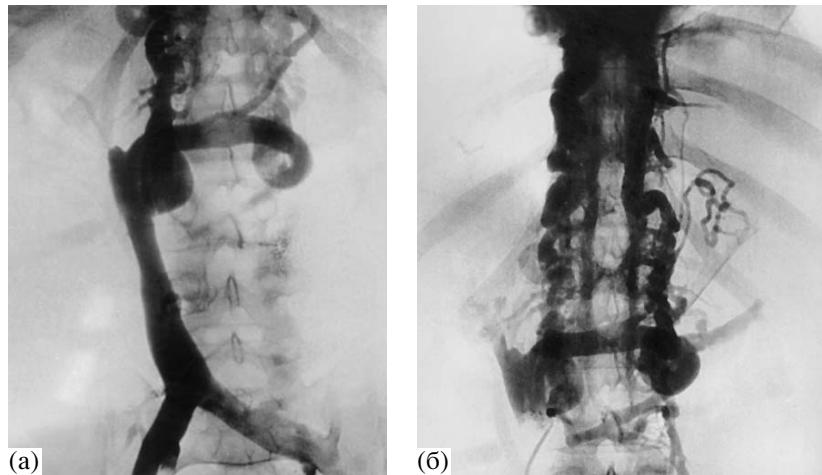


Рис. 1. Нижние кавограммы больного К-ва. Объяснения в тексте.

суды можно без последствий иссечь, так как в функциональном отношении они не имеют значения.

Воротная вена и ее ветви прорастают паразитарной тканью реже и чаще на ограниченном участке. При этом возможна краевая резекция вены, резекция ее сегмента с последующим наложением анастомоза конец в конец и даже “вставка” сегмента наружной подвздошной вены или сосудистого протеза.

Пока безнадежными остаются ситуации, в которых воротная вена полностью обтурирована прорастающей паразитарной тканью. Но и при этом могут быть исключения. За последние годы при таких обстоятельствах нам дважды удавалось произвести резекцию сегмента воротной вены с последующей пластикой его аутовеной.

Прорастание узлами альвеококка кавальных ворот является, пожалуй, самой частой причиной отказа хирурга от радикальной операции.

Более благоприятны перспективы при прорастании паразитарной тканью печеночных вен той части печени, которая должна быть удалена с основным очагом поражения. При этом вовлеченные в узлы печеночные вены могут быть иссечены с участком стенки нижней полой вены.

Исключительно тяжелая ситуация возникает при поражении кавальных ворот оставшейся 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 портоаксиллярного шунтов.

При поражении альвеококком задних отделов печени (VI, VII, I сегменты) почти всегда наблюдается прорастание узлами альвеококка нижней полой вены. В большинстве наблюдений она мо-

жет быть выделена, когда узел прорастает лишь наружный слой вены.

При более глубоком прорастании стенки вены требуется ее резекция. 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 пластикой аутовеной.

При резекции небольшого сегмента (до 3–3.5 см) производится анастомоз вены конец в конец. При резекции значительных сегментов вены осуществляется пластика ее сосудистым протезом или аутовеной.

Нельзя не воспользоваться и таким обстоятельством, когда в результате прорастания узлом альвеококка нижняя полая вена (рис. 1а) окклюзируется медленно в течение длительного времени с одновременным развитием мощного коллатерального кровотока за счет поясничных вен и системы непарной и полунепарной вен (рис. 1б), обеспечивающих отток крови из нижней полой вены (рис. 1 и 2). В этом случае после иссечения сегмента нижней полой вены нет необходимости пластического ее замещения.

В первый период работы (до 1970 г.) больным альвеококком печени, осложненным механической желтухой, мы в основном выполняли паллиативные, желчеотводящие операции, считая этих больных радикально неоперабельными. С 1970 г. нами была пересмотрена хирургическая тактика у этих больных в сторону расширения показаний к радикальным операциям. Однако первые попытки выполнить радикальную резекцию печени с реконструктивным вмешательством на желчных путях у 3 больных закончились трагически. Все эти больные, оперированные в один этап, умерли в раннем послеоперационном периоде из-за недооценки тяжести их состояния, длительности и травматичности операций и несостоятельности билиодигестивных анастомозов.

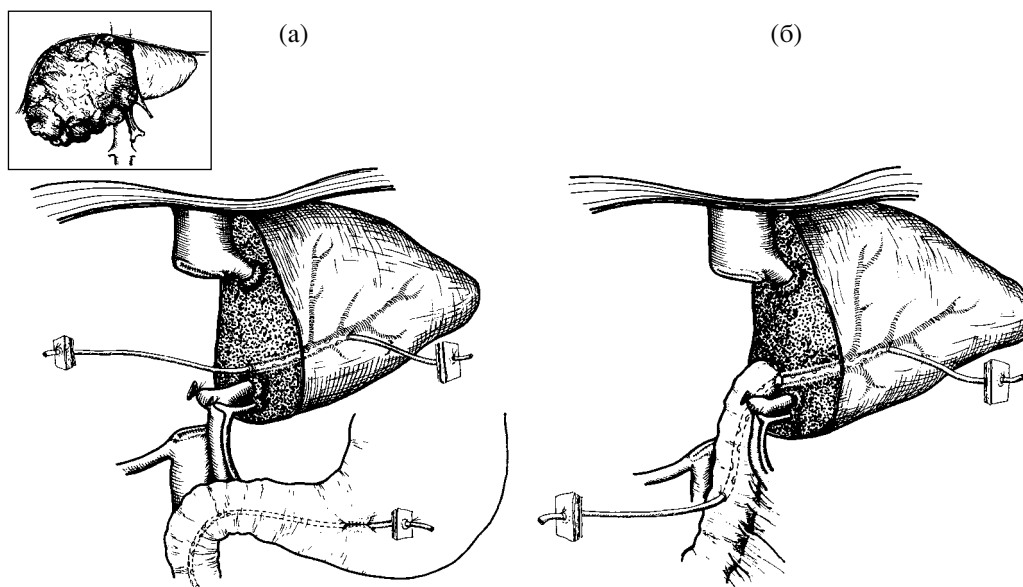


Рис. 2. Схема двухэтапной радикальной операции у больного К-ва: а – первый этап; б – второй этап.

С учетом этих печальных исходов мы стали разрабатывать более щадящие этапные операции. Такие операции выполнили в 1975 г. и впоследствии обосновали их в периодической печати и в монографиях.

Первоначально мы ставили показания к этапным операциям при очаговых поражениях печени, в первую очередь при альвеококкозе, осложненном лишь механической желтухой, с высоким содержанием билирубина, продолжительностью более 1 мес., и когда состояние больного расценивалось как тяжелое.

В дальнейшем, расширяя показания к радикальным операциям, стали выполнять этапные операции и по поводу других тяжелых осложнений альвеококка (прорастание нижней полой вены, кавальных ворот, генерализация альвеококка по висцеральной и париетальной брюшине и др.), когда операция в один этап связана с высоким риском для жизни больного.

Больным, у которых синдром механической желтухи непродолжителен и имеет легкое течение, может быть выполнена радикальная операция и в один этап.

Итак, радикальные операции при очаговых поражениях печени, осложненных механической желтухой, в зависимости от общего состояния больного, функционального состояния печени и степени поражения кавальных и глиссоновых ворот, нижней полой вены могут выполняться в один, два, три и более этапов.

Благодаря этапным операциям имеется возможность значительно снизить риск оперативного вмешательства у крайне тяжело больных с очаговыми поражениями печени, осложненными механической желтухой, большинство которых

до сих пор считаются радикально неоперабельными.

Одноэтапная операция показана больным при удовлетворительном общем состоянии, легкой степени билирубинемии и незначительном периоде механической желтухи (до 1 мес.), когда печеночный проток непораженной части печени интактен или вовлечен в паразитарную ткань на ограниченном участке, что вызывает необходимость его резекции.

Желчеотток при этом восстанавливается с помощью анастомоза культи печеночного протока с общим желчным протоком или петлей тонкой кишки. В хирургической практике все же редко встречаются подобные наблюдения. Чаще хирург во время операции находит плотные паразитарные узлы или инфильтрат в глиссоновых воротах с тотальным поражением проксимальных отделов внепеченочных протоков. Ситуация в еще большей степени осложняется, если в этот процесс вовлекаются афферентные сосуды печени.

Еще более сложным бывает положение, когда паразитарными узлами поражаются кавальные ворота, нижняя полая вена, возникают отдаленные метастазы (в легкие, поджелудочную железу и т.д.).

В таких условиях радикальные операции, на наш взгляд, должны выполняться в два или три этапа.

Двухэтапные радикальные операции выполняются больным альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой, находящимся в удовлетворительном состоянии при билирубинемии средней тяжести. Продолжительность желтушного периода у них колеблется от 1 до 2 мес.

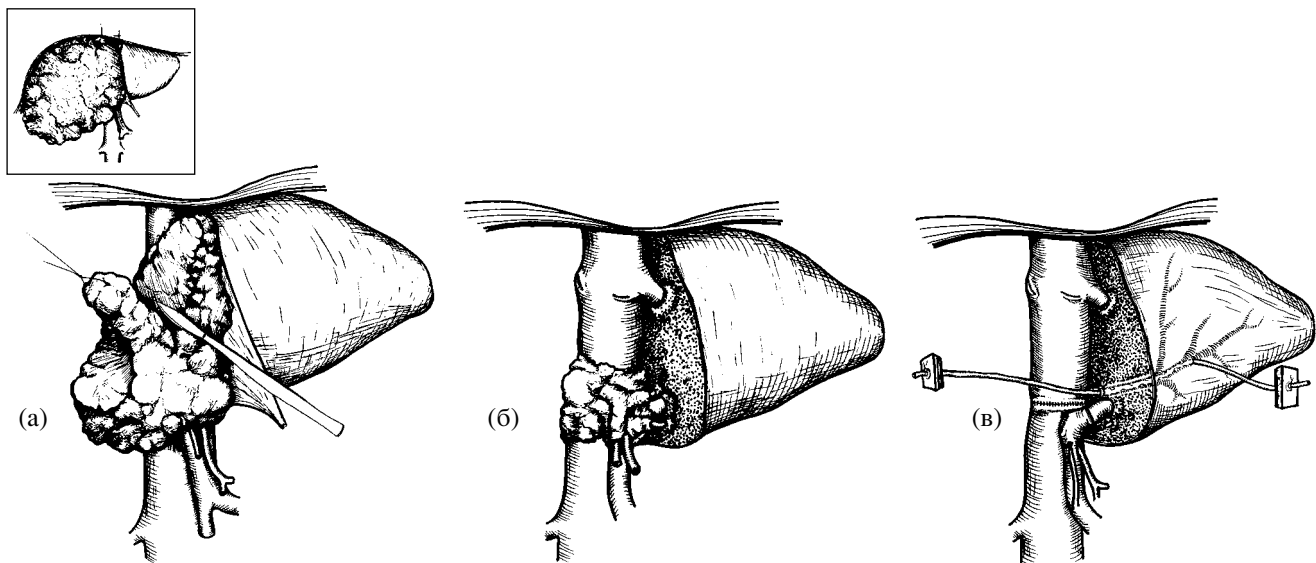


Рис. 3. Схема операций резекция-кускование: а – начальный этап; б – удалена значительная часть паразитарной ткани методом кускования; в – произведена резекция сегментов нижней полой вены и левой воротной вены.

У этих больных наряду с обширным поражением печени в глиссоновых воротах имеется тотальное вовлечение печеночных протоков в паразитарные узлы вплоть до сегментарных. В паразитарный процесс вовлекается и становится непроходимой собственная печеночная артерия, часто поражаются и воротная вена, и ее ветви.

Радикальные операции у таких больных технически очень сложны, травматичны и продолжительны (7–12 ч), что связано с длительным выделением из очага поражения сосудисто-секреторных элементов глиссоновых и кавальных ворот, нижней полой вены, резекцией и реконструкцией их.

Начиная с 1975 г. у этих больных с учетом длительности и травматичности операции завершали ее транспеченочным дренированием, оставляя реконструкцию на желчных путях на второй этап, который выполняли через 3–4 мес.

Лишь за последние годы, внедряя новые технологии, используя приобретенный опыт, в ряде случаев планируемую двухэтапную операцию успешно проводили в один этап.

Трехэтапная радикальная операция показана больным с обширным очаговым поражением печени, осложненным механической желтухой, находящимся в состоянии холемической интоксикации с явлением печеночной недостаточности.

Содержание билирубина у этих больных достигает высоких цифр, а продолжительность желтушного периода превышает 2–3 мес. Двухэтапная радикальная операция у них связана с огромным риском для жизни. В связи с этим мы рекомендуем проводить им операции в три этапа.

Первый этап должен обеспечить адекватное наружное отведение желчи. Дренирующая операция, можно сказать, выполняется в срочном порядке.

Сроки проведения второго этапа операции различны и зависят от общего состояния больного и функциональной способности органов и систем организма. При альвеококкозе он выполняется не раньше чем через 1–2 мес. после первого.

Во время второго этапа, кроме обширного поражения печени (6 сегментов из 8), определяется вовлечение в паразитарные узлы глиссоновых и кавальных ворот, нижней полой вены. Нередко паразитарные узлы или целый конгломерат их нависает над глиссоновыми воротами, нижней полой веной. Доступ к ним практически исключен.

Единственный выход в этой почти безнадежной ситуации – уменьшить массу “опухоли” методом кускования до тех пор, пока не станут доступны основные структуры печени.

Дополнительная ревизия может показать, что радикальное оперативное вмешательство невыполнимо, и тогда резекция-кускование остается паллиативной операцией.

Нередко все же удается довести операцию до конца с иссечением печеночных протоков, печеночной артерии, резекцией сегмента воротной вены и нижней полой вены (рис. 3).

В ряде исключительно сложных случаев оставляем участок паразитарной ткани на нижней полой вене, воротной вене для следующих этапов, чтобы не подвергать больного высокому операционному риску.

Операцию второго этапа завершаем транспеченочным дренированием и наложением микрогастроуденостомы.

Таблица 1. Виды резекции печени

Вид резекции печени	Число операций
Правосторонняя расширенная гемигепатэктомия	24 (4)
Правосторонняя гемигепатэктомия	8 (1)
Левосторонняя расширенная гемигепатэктомия	16 (3)
Левосторонняя гемигепатэктомия	6
Всего	54 (8)

Примечание: в скобках – количество летальных исходов.

Таблица 2. Сочетанные операции при радикальных резекциях печени у больных с альвеококкозом, осложненным механической желтухой (n = 54)

Характер операции	Число операций
Спленэктомия	1
Резекция нижней доли правого легкого	9
Правосторонняя гемиколэктомия	1
Пакреатодуоденальная резекция	1
Удаление правого надпочечника с забрюшинной клетчаткой	7
Удаление правой почки	1
Тотальное или субтотальное иссечение правого купола диафрагмы	13
Удаление метастатических узлов из поджелудочной железы и чревного ствола	10
Иссечение собственной печеночной артерии	12
Резекция воротной вены	8
Краевая резекция нижней полой вены	6
Резекция сегмента нижней полой вены	4
Иссечение внепеченочных протоков	41
Электрокоагуляция метастазов на париетальной и висцеральной брюшине	2

Третий этап операции (реконструктивный на желчных путях) выполняем через 2–3 мес. после второго этапа.

Из 54 радикально оперированных больных альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой, у 16 операция была выполнена в один этап. В послеоперационном периоде летальный исход наступил у 5 больных.

Из 20 больных, которым радикальная операция была проведена в два этапа, летальный исход наступил у 2.

Трехэтапная радикальная операция выполнена 18 больным с летальным исходом в 1 наблюдении.

Важнейшим условием улучшения исхода операций у больных с очаговым заболеванием печени, осложненным механической желтухой, является совершенствование анестезиологического пособия и методов инфузионно-трансфузиологического обеспечения. На этих вопросах в данной статье мы не останавливаемся, так как они требуют специального отдельного обсуждения.

Всем радикально оперированным больным были выполнены большие и предельно большие резекции печени (табл. 1).

В послеоперационном периоде после 54 резекций печени умерли 8 (14.8%) больных. Большинство операций (40) были предельно большими (расширенные гемигепатэктомии). После этих операций умерли 7 (17.5%) больных. После больших (гемигепатэктомий) резекций печени (14) в послеоперационном периоде умер 1 (7.1%) больной.

Наряду с радикальной резекцией печени (54 больных) мы выполняли комбинированные оперативные вмешательства, обусловленные в первую очередь многочисленными осложнениями альвеококка.

Как следует из табл. 2, большинству больных (41) потребовалось по ходу резекции печени иссечение внепеченочных желчных протоков. У 13 больных протоки были выделены из паразитарной ткани.

Частыми сочетанными операциям были вмешательства на воротной (8) и нижней полой (10) венах, обширные резекции правого купола диафрагмы (13), иссечение собственной печеночной артерии (12) и удаление метастазов панкреатодуоденальных и околичревных лимфоузлов (10).

При метастазах в правое легкое одновременно с резекцией печени выполнялась резекция нижней доли (у 9 больных).

В одном наблюдении из-за поражения узлами паразита головки поджелудочной железы отдельным, вторым этапом была выполнена панкреатодуоденальная резекция.

Мы наблюдали 2 больных с механической желтухой, у которых имелось тотальное поражение метастазами альвеококка париетальной и висцеральной брюшины. Этим больным выполнены сочетанные операции на печени с резекцией протоков и диафрагмы, а все малые узелки (диаметром 1–3 мм) подвергнуты “испарению” с помощью пуговчатого электрокоагулятора, для чего потребовалось от 4 до 6 оперативных вмешательств через каждые 3–6 мес.

Послеоперационный период является одним из важнейших этапов в хирургическом лечении больных альвеококкозом, осложненным механической желтухой.

У наблюдавшихся нами радикально оперированных больных в послеоперационном периоде нередкими были осложнения, обусловленные в

первую очередь тяжелым исходным состоянием, длительностью и травматичностью операций.

Причинами летальных исходов у 8 радикально оперированных больных были: острая печеночно-почечная недостаточность (3), кровотечение в брюшную полость (1), несостоятельность билиодигестивного анастомоза (3), перфоративная язва двенадцатиперстной кишки (1).

В заключение необходимо отметить, что больных альвеококкозом печени, осложненным механической желтухой, до настоящего времени относят к категории радикально неоперабельных, которым в основном выполняются паллиативные желчеотводящие операции.

Показания к радикальным операциям у этих больных ставятся исключительно редко из-за обширного поражения печени и вовлечения в паразитарные узлы протоков и сосудов печени, нижней полой вены.

Предложенная нами хирургическая тактика с учетом внедрения этапных операций и реконструктивных вмешательств на протоках и магистральных сосудах при альвеококкозе печени, осложненном механической желтухой, позволила у 35.5% больных выполнить радикальные операции и значительно снизить их риск.

Список литературы

1. *Альперович Б.И.* Хирургия печени, Томск. 1983 г. 350 с.
2. *Альперович Б.И.* Хирургия печени и желчных путей. Томск. 1997. 607 с.
3. *Гальперин Э.И., Бурлаченко В.М.* Хирургическое лечение высокой непроходимости желчных протоков. Хирургия, 1974. № 9. С. 71–75.
4. *Гальперин Э.И., Волкова Н.В., Арзуманов В.С.* Хирургическое лечение опухолей и кист печени. Хирургия, 1977. № 7. С. 59–65.
5. *Евтихов Р.М. и др.* Механическая желтуха, хронический панкреатит. Москва, Иваново, Киров, 1999.
6. *Журавлев В.А.* Радикальные операции у “неоперабельных” больных с очаговыми поражениями печени. Киров, 2000. 224 с.
7. *Журавлев В.А.* Очаговые заболевания печени и глистные опухоли, осложненные механической желтухой. Киров, 1992. 206 с.
8. *Grosdidier I.* Hepatectomie droite elargie avec ablation de la voie biliare principale pour echinociccose alveolare du foie. – J. Chir. (Paris). 1958. V. 75. № 4. P. 408–416.
9. *Ryncki P. V., Magnenat P.* Hepatectomie droite elargie (“reglee”) avec hepatojejunostomie laterale externe gauche en Y pour echinociccose alveolare abcedee et ictere obstructif total. – Helv. chir. Acta 1965. V. 32. № 1–2. P. 94–104.