



Резекция печени и перицистэктомия после нерадикальных операций по поводу эхинококкоза

К.М. Курбонов, Дж.Ё. Давлатов, М.И. Рамазан, У.Х. Саидов, Д.С. Саъдуллоев
Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье проанализированы результаты комплексной диагностики и хирургического лечения 60 пациентов с рецидивным эхинококкозом печени (ЭП) и его осложнениями.

Оценку эффективности включения ремаксоло в составе комплексного предоперационного лечения проводили 12 пациентам: в значительной степени возросла мощность энергообразования, значительно улучшилась утилизация гепатоцитами кислорода, о чём свидетельствует снижение уровня МДА с $5,08 \pm 0,06$ мкмоль/л до $3,1 \pm 0,01$ мкмоль/л, повышение СОД – с $6,34 \pm 0,28$ усл.ед. до $15,28 \pm 0,01$ усл.ед. и аскорбиновой кислоты – с $0,58 \pm 0,26$ мг% до $1,32 \pm 0,05$ мг%.

При рецидивном ЭП, а также при наличии гнойных остаточных полостей в 30 (50%) случаях выполняли атипичные резекции печени, в 12 (20%) – анатомические резекции. Центральная локализация рецидивной ЭП (IV-V сегмент) была показанием к выполнению субтотальной перицистэктомии в 18 (30%) наблюдениях.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 11 наблюдениях: в 4 случаях отмечали послеоперационные жёлчеистечения, в 3 – послеоперационные внутрибрюшные кровотечения из культи печени, в 4 – послеоперационные подпечёночные гнойники. Летальный исход имел место в 2 случаях, причиной смерти больных явились печёночная недостаточность и острый инфаркт миокарда.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, рецидив, резекция печени, перицистэктомия

Введение. Эхинококкоз печени (ЭП) в настоящее время является весьма распространённым паразитарным заболеванием населения в Среднеазиатском регионе [1,2]. Основным методом лечения ЭП является хирургическое вмешательство [3,4]. При выполнении оперативных вмешательств по поводу ЭП многие хирурги используют паллиативные методы – различные варианты эхинококкэктомии, марсупализацию остаточной полости, после которых частота рецидивов заболевания достигает 23-40% [5,6]. Причинами возникновения рецидивов ЭП являются несоблюдение принципов антипаразитарности и апаразитарности, а также проблемы, связанные с фиброзной капсулой и остаточной полостью [7]. Отказ от выполнения радикальных и условно-радикальных операций (резекция и перицистэктомия) заключается не только в сложности выполнения самой операции, но и в трудностях ранней диагностики труднодоступных локализаций ЭП. Кроме этого, резекция печени (РП) и перицистэктомия сопровождаются нередко тяжёлыми интра- и послеоперационными осложнениями в виде кровотечения, жёлчеистечения и печёночной недостаточности [8,9]. Необходимо отметить, что повторные

оперативные вмешательства на печени выполняются в тяжёлых и сложных топографо-анатомических условиях, что требует специального оборудования и специалистов.

Цель исследования – обоснование и анализ повторных радикальных и условно-радикальных хирургических вмешательств у больных с рецидивным эхинококкозом печени и их осложнениями.

Материал и методы. Располагаем опытом диагностики и лечения 54 (90%) пациентов с рецидивным и резидуальным ЭП, а также 6 (10%) пациентов – со свищами и нагноением остаточной полости. Всего под наблюдением находились 60 (100%) больных. Мужчин было 22 (36%), женщин – 38 (64%). Возраст пациентов составил от 24 лет до 71 года. Всем пациентам в различных лечебных учреждениях Республики Таджикистан были выполнены нерадикальные паллиативные вмешательства. Для диагностики рецидивов ЭП и послеоперационных осложнений проведены клинично-инструментальные методы исследования.

Для решения вопроса о возможности выполнения повторной радикальной операции считали целесообразным определить локализацию, размеры поражения, а также резервные возможности печени. Комплексное УЗИ выполнено 53 (88%) пациентам, КТ – 7 (12%). КТ позволило (по сравнению с УЗИ) более эффективно визуализировать патологический процесс, его размеры и локализацию.

У больных с рецидивными ЭП наблюдаются значительные нарушения процессов ПОЛ, обусловленные ишемией печени вследствие снижения массы печёночных клеток и ретикулоэндотелиальной системы. В этой связи, 12 пациентам с рецидивным ЭП (основная группа) в предоперационном периоде, для профилактики послеоперационной печёночной недостаточности и коррекции нарушения процессов ПОЛ, назначали препарат «Антигипоксикс» и антиоксидант «Ремаксол» по 400,0 – 800,0 мл, в зависимости от функционального состояния печени, в течение 2-3 дней. В контрольную группу были включены 10 пациентов с рецидивным ЭП, которым в комплекс предоперационной терапии ремаксол не был включён.

Для оценки послеоперационных билиарных осложнений РП ориентировались на рекомендации Чардарова Н.К. и соавт. (2011), и её критериями были следующие:

1. Выделение любого количества жёлчи ≥ 10 суток по дренажу, установленному во время операции, или при чрескожном дренировании (жёлчный свищ);
2. Ограниченное скопление жёлчи, либо гематомы, подтверждённые при чрескожной пункции или дренировании – биллома, гематома;

3. Неограниченное скопление жёлчи или крови, потребовавшее релапаротомии – жёлчный перитонит, внутрибрюшные абсцессы;
4. Стриктуры жёлчных протоков, подтверждённые любым методом визуализации (ЭРХПГ, МР-холангиография и т.п.) [6].

Статистическая обработка полученных данных производилась с использованием стандартного пакета прикладных программ «Statistica for Windows v.6.0» в соответствии с общепринятыми методами вариационной статистики и представленных в виде $M \pm m$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что при назначении ремаксол, мощность энергообразования значительно возрастает, в значительной степени улучшается утилизация гепатоцитами кислорода, о чём свидетельствует снижение уровня МДА с $5,08 \pm 0,06$ мкмоль/л до $3,1 \pm 0,01$ мкмоль/л, повышение СОД – с $6,34 \pm 0,28$ усл.ед. до $15,28 \pm 0,01$ усл.ед. и аскорбиновой кислоты – с $0,58 \pm 0,26$ мг% до $1,32 \pm 0,05$ мг%. Эти же показатели у пациентов контрольной группы были значительно хуже (табл. 1).

Также после проведения курса терапии ремаксолом у пациентов основной группы уровни аланинаминотрансферазы (АлАт) и аспаргатаминотрансферазы (АсАт) остались выше физиологической нормы, однако были достоверно ниже уровня у пациентов контрольной группы.

Характер повторных радикальных и условно-радикальных оперативных вмешательств приведён в таблице 2.

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ ПОЛ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ ДО- И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМАКСОЛА

Исследуемые группы / Показатели	Контрольная группа (n=10)	Основная группа (n=12)	
		До лечения	После лечения
МДА, мкмоль/л	$5,07 \pm 0,07$	$5,08 \pm 0,06$	$3,1 \pm 0,01$
СОД, усл.ед.	$6,64 \pm 0,23$	$6,34 \pm 0,28$	$15,28 \pm 0,01$
Аскорбиновая кислота, мг%	$0,60 \pm 0,22$	$0,58 \pm 0,26$	$1,32 \pm 0,05$
АлАт, ед./л	$1,14 \pm 0,12$	$1,12 \pm 0,12$	$0,72 \pm 0,10$
АсАт, ед./л	$1,08 \pm 0,11$	$1,10 \pm 0,10$	$0,60 \pm 0,09$

ТАБЛИЦА 2. ХАРАКТЕР ПОВТОРНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Название операции	Кол-во	%
Атипичная резекция печени	30	50
Анатомическая резекция печени	12	20
Субтотальная перицистэктомия	18	30
Всего	60	100



При выполнении повторной операции на печени особое значение придавали операционным доступам, которые зависели от размеров и локализации патологического процесса. Так, в 38 случаях производили двухподрёберный доступ, в 17 – разрез по Рио-Бранко, в 3 – по Куинно и у 2 – верхне-срединную лапаротомию. При рецидивном ЭП, а также при наличии гнойных остаточных полостей в 30 (50%) случаях выполняли атипичные резекции печени, в 12 (20%) – анатомические резекции. Центральная локализация рецидивной ЭП (IV-V сегмент) была показанием к выполнению субтотальной перицистэктомии в 18 (30%) наблюдениях.

Следует отметить, что повторные операции на печени при рецидивном ЭП представляют значительные трудности не только вследствие обширного поражения печени, но и выраженности процесса. При наличии больших остаточных полостей мобилизация подлежащего резекции отдела печени должна проводиться только при твёрдой уверенности и возможности радикального её удаления. В противном случае преждевременное пересечение связочного аппарата печени и прядей большого сальника, спаянного с печенью и богато васкуляризованного, может привести к нарушению кровоснабжения стенок остаточной полости с их последующим некрозом.

Целесообразно проведение тотальной сосудистой изоляции печени путём проведения провизорных турникетов печёчно-двенадцатиперстной связки, нижней полой вены. Этот приём является эффективной мерой профилактики профузного кровотечения, которое может возникнуть при манипуляциях в области порталных и кавальных ворот печени. При выполнении резекции печени производили предварительное выделение и перевязки афферентных (ветви воротной вены и печёчной артерии) и эфферентных (печёчные вены) сосудов, так называемые «in flow» и «out flow control». Долевой жёлчный проток пересекали в воротах печени в ходе препарирования гепатодуоденальной связки или интрапаренхиматозно на завершающем этапе диссекции паренхимы. Маневр Прингла был использован в 42 (70%) наблюдениях. Для диссекции паренхимы печени использовали методику раздавливания зажимом с коагуляцией, перевязкой протоков.

Контроль билиостаза осуществляли прикладыванием марлевой салфетки к срезу печени. Выявленные участки подтекания жёлчи дополнительно прошивали. Пробы на герметичность в 10 наблюдениях проводили путём введения 20-30 мл окрашенной фуксином жидкости через культю пузырного протока или долевых протоков, предварительно пережав общий жёлчный проток мягким зажимом. Жёлчеистечение в послеоперационном периоде возможно после любой типичной резекции печени, если линия деления ткани печени будет проходить не по междолевой щели, а несколько отклоняясь от

неё (0,5-1 см) в сторону остающейся части печени. При этом целостность большого количества мелких жёлчных протоков нарушается, что ведёт к жёлчеистечению.

Послеоперационные осложнения наблюдались в 11 наблюдениях. В 4 случаях отмечали послеоперационные жёлчеистечения, которые были скорректированы методом повторного дренирования жёлчных протоков и назначением сандостатина. В 3 случаях возникли послеоперационные внутрибрюшные кровотечения из культи печени, при этом выполняли релапаротомию, повторное ушивание культи печени с нанесением на поверхность культи геля «Гемостапа». В 4 случаях отмечали послеоперационные подпечёчные гнойники, которые были вскрыты и дренированы под УЗ – контролем. Летальный исход имел место в 2 случаях, причиной смерти больных явились печёчная недостаточность (n=1) и острый инфаркт миокарда (n=1).

ВЫВОДЫ:

1. После перенесённых повторных паллиативных вмешательств по поводу ЭП (при рецидивах заболевания и наличии хронической гнойной остаточной полости) возникает необходимость в выполнении повторных радикальных и условно-радикальных вмешательств.
2. Повторные оперативные вмешательства целесообразно выполнять в специализированных гепатологических учреждениях, оснащённых современными технологиями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ильхамов Ф.А. Уменьшение операционной кровопотери при использовании новых технологий в хирургии эхинококкоза печени / Ф.А.Ильхамов, А.И.Икрамов, М.М.Акбаров // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2008. - Т.13, №3. - С.54.
2. Острая печёчная недостаточность после обширных резекций печени / Н.А.Назаренко [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2008. - Т.13, №3. - С.96-97.
3. Радикальное лечение эхинококкоза печени. Современное состояние проблемы / В.А.Вишневский [и др.] // *Бюллетень сибирской медицины*. - 2007. - №3. - С. 22-26.
4. Резекция печени: ближайшие результаты 132 операций / О.Г.Скипенко [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2006. - № 4. - С. 28-37.
5. Способ воротного доступа к сосудисто-секреторным элементам при анатомических сегментарных резекциях печени / В.А.Вишневский [и др.] // *Хирургия*. - 2008. - № 9. - С. 9-11.



6. Чардаров Н.К. Билиарные осложнения после резекции печени / Н.К.Чардаров, Н.Н.Багтеч, О.Г.Скипенко // Хирургия. Журнал им. Н.Н. Пирогова. - 2010. - №8. - С.61-68.
7. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени / Б.И.Альперович [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. - 2006. - Т.11, №1. - С.7-10.
8. Conservative versus radical surgery for treatment of uncomplicated hepatic hydatid cysts / M.Abbas [et al.]// J. Egypt. Soc. Parasitol. - 2006. - V.36, №2. - P. 559-576.
9. Results of surgical, laparoscopic, and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients / G.Yagci [et al.] // World J. Surg. - 2005. - V.29, №12. - P. 1670-1679.

Summary

Liver resection and pericystectomy after non-radical surgery for echinococcosis

K.M. Kurbonov, J.Y. Davlatov, M.I. Ramazan, U.H. Saidov, D.S. Sadulloev

Chair of Surgical Diseases №1 Avicenna TSMU

The results of a comprehensive diagnostic and surgical treatment of 60 patients with recurrent hepatic echinococcosis (HE) and its complications were analysed in article.

Evaluate the effectiveness of Remaxol using as a part of complex preoperative treatment was done to 12 patients: largely increased energy production capacity, greatly improved utilization of oxygen by hepatocytes, as evidenced by the reduction of MDA with $5,08 \pm 0,06$ mmol / l to $3,1 \pm 0,01$ mmol / l, increased SOD - from $6,34 \pm 0,28$ standard units up to $15,28 \pm 0,01$ cond. units and ascorbic acid - from $0,58 \pm 0,26$ mg% and $1,32 \pm 0,05$ mg%. With recurrent HE, as well as the presence of purulent residual cavities the atypical liver resection was performed in 30 (50%) cases and anatomical resection in 12 (20%). The central localization of recurrent HE (IV-V segment) was an indication to subtotal pericystectomy in 18 (30%) cases. Postoperative complications were observed in 11 cases: in 4 patients was bile-leak, in 3 – intra-abdominal bleeding from the liver stump, in 4 – underhepatic abscess. Lethal outcome occurred in 2 cases, the cause of death of patients were liver failure and acute myocardial infarction.

Key words: liver echinococcosis, recurrence, liver resection, pericystectomy

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбонов Каримхон Муродович – заведующий кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Айни, 46
E-mail: murod_kurbonov@rambler.ru