

Барыков В.Н.¹, Сарсенбаев Б.Х.², Зинич Н.Ф.², Ефремов А.П.², Уфимцев М.С.¹

Хирургическое лечение паразитарных заболеваний печени

1 – Южно-Уральский Государственный медицинский университет, г. Челябинск; 2 - ГБУЗ «ЧОКБ», г. Челябинск

Barykov V.N., Sarsenbayev B.H., Zinich N.F., Yefremov A.P., Ufimtsev M.S.

Surgical treatment of parasitic diseases of the liver

Резюме

Цель работы - изучение результатов хирургического лечения альвеококкоза и эхинококкоза печени. Проведено клиническое наблюдение за пациентами, перенесшими радикальные и паллиативные вмешательства. Отмечено, что при альвеококкозе осложнения встречаются в три раза чаще, чем при эхинококкозе. Анализирована эффективность применения препарата «Альбендазол» в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: хирургия печени, альвеококкоз, эхинококкоз, Альбендазол

Summary

Purpose - to study the results of surgical treatment alveococcus and Echinococcus liver. Clinical observation of patients who have had radical and palliative interventions. It was noted that when alveococcus complications are three times more likely than ehinokokkoze. Analyse the efficiency of application of a preparation «Albendazole» in the postoperative period.

Keywords: surgery of the liver, alveococcosis, echinococcosis, Albendazole

Введение

Одной из актуальных проблем современной гепатологии является лечение эхинококкоза и альвеококкоза, опасных гельминтозов из группы тениозов. Эти болезни человека и некоторых животных вызываются личинками ленточных гельминтов (*Echinococcus granulosus* и *echinococcus multicularis*), которые в нашей стране имеют устойчивую тенденцию к росту [8], встречается повсеместно, в том числе на Южном Урале. Цепни эхинококка и альвеококка, паразитирующие в кишечнике хищных плотоядных млекопитающих, имеют схожую биологию своего развития. У человека после заражения яйца паразита из просвета кишечника всасываются и оседают в печени, как первом «фильтре». Но после прорыва через печень возможно поражение легких как второго «фильтра», а далее рассеивание с током крови по всем органам, в т.ч. и в головной и спинной мозг. Без лечения может произойти разрыв эхинококковой кисты с кровотечением или ее нагноение. Распад в узлах альвеококка, который называется еще «паразитарный рак печени», осложняется образованием огромных каверн и секвестров. При этом весьма вероятно прорастание ворот печени с развитием механической желтухи и гнойного холангита. При тотальном поражении печеночной паренхимы эти пациенты рассматриваются как потенциальные реципиенты печени.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением с 2002 по март 2012 года в Челябинской областной клинической больнице находилось на лечении 35 пациентов (46%) с альвеококкозом и 41 (54%) с эхинококкозом печени в возрасте от 17 до 78 лет. Из них 25 мужчины и 51 женщина. Поскольку методы диагностики и лечения при указанной патологии одинаковы, мы сочли возможным объединить имеющийся материал. В 80% случаев можно было связать паразитарное поражение печени с проживанием в условиях сельской местности и наличием в домашнем хозяйстве скота и собак, но в 20% не обнаружилось явной связи паразитарного заболевания с проживанием на селе или наличием дома собак.

Клиническая картина у большинства пациентов была достаточно скудна, и чаще всего, эти заболевания были случайной находкой на ультразвуковом исследовании, но у 9 пациентов с альвеококкозом при поступленииобщее состояние было очень тяжелое, что связано с явлениями механической желтухи, у 5 из них имелись признаки распада паразита и абсцедирования.

Необходимо отметить, что у 34 пациентов было множественное поражение печени (2-3 узла и более в обоих долях). Размеры паразитов варьировали от 5 до 25-30 см. У 5 было сочетанное поражение печени и легкого, у 4 было тотальное распространение эхинококка по всей брюшной полости, а у одной пациентки - сочетание альвеококкоза печени с эхинококкозом правого легкого и головного мозга.



Рисунок 1. Интраоперационное фото. Полость распада альвеококка в правой доле печени. Собственное наблюдение.

Диагностика паразитарного поражения печени основывалась на УЗИ, КТ, МРТ. В сомнительных случаях применялись лапароскопия, серологические исследования и гистологическая верификация, как в до-, так и послеоперационном периоде.

Даже в крупных центрах хирургическое лечение паразитарных заболеваний, требующих больших и предельно больших резекций печени, представляет значительную проблему и сможет сопровождаться летальностью до 17-23% [5, 6, 7,10]. В некоторых публикациях последних лет рекомендуется пункционно - аспирационный метод лечения небольших одиночных паразитарных кист [4,9,11]. Наше отношение после неудачной попытки аспирации содержимого предполагаемой простой кисты и его излития в брюшную полость является сдержанным. Обеспечить выздоровление у пациентов с паразитарными заболеваниями печени способно только хирургическое лечение. Мы считаем целесообразными для свободы манипуляций, как и другие авторы, широкие доступы [1, 2, 3, 8]. У одной пациентки были противопоказания к оперативному вмешательству, трем была выполнена

эксплоративная лапаротомия из-за тотального поражения печени альвеококковыми узлами. У остальных пациентов в абсолютном большинстве случаев была выполнена широкая среднесрединная лапаротомия, в четырех случаях дополненная торакофренотомией справа, и у двух пациентов – двухподреберный доступ. Всего было выполнено 22 радикальных и 49 паллиативных операций. Виды оперативных пособий представлены в таблице 1.

Таблица 1. Виды оперативных пособий при паразитарных заболеваниях печени.

Семь операций при альвеококкозе и четыре при эхинококкозе закончились с оставлением участка паразита на нижней полой вене из-за опасности неконтролируемого кровотечения при возможном его иссечении. Оставшиеся фрагменты были обработаны аргоновым скальпелем, либо ультразвуковым деструктором или 70% глицерином.

Результаты и обсуждение

Из пациентов, прооперированных по поводу альвеококкоза, в раннем послеоперационном периоде умерла одна больная пожилого возраста после эксплоративной

Таблица 1. Виды оперативных пособий при паразитарных заболеваниях печени.

Радикальные операции	Альвеококкоз	Эхинококкоз
Гемигепатэктомия	3	0
Атипичная резекция	5	6
Закрытая эхинококкэктомия	0	6
Перицистэктомия	0	2
Итого	8	14
Паллиативные операции		
Гемигепатэктомия	12	0
Атипичная резекция	8	0
Вскрытие и дренирование полости распада	2	1
Дренирование желчного дерева сменным транспеченочным дренажем	2	0
Открытая эхинококкэктомия	0	24
Итого	24	25

Таблица 2. Осложнения оперативного лечения.

Результаты	Альвеококкоз	Эхинококкоз
Без осложнений	11	36
Кровотечения	2	0
Гнойные свищи	5	0
Поддиафрагмальные абсцессы	3	1
Нагноение раны	0	2
Сочувственный плеврит	2	0
Гемоторакс	0	1
Тромбоз нижней полой вены	0	1
Процент осложнений	34%	12%

лапаротомии из-за развившихся гнойных осложнений, сепсиса. В послеоперационном периоде у трех пациентов сформировался поддиафрагмальный гнойник, у пяти – желчные свищи, у двух – сочувственный плеврит. В двух случаях после расширенной гемигепатэктомии ранний послеоперационный период осложнился кровотечением, что потребовало экстренной релапаротомии и остановки кровотечения. Таким образом, в 34% случаев отмечалось то или иное послеоперационное осложнение.

Из пациентов, прооперированных по поводу эхинококкоза, шестеро были прооперированы по поводу рецидива. Необходимо отметить, что у одной из пациенток имелась беременность 14 недель, которая была сохранена после операции. В целом, операции при эхинококкозе протекали менее драматично, чем при альвеококкозе. Тем не менее, в 1 случае сформировался поддиафрагмальный абсцесс, у одного пациента – тромбоз нижней полой вены, у одного гемоторакс, в двух случаях было нагноение послеоперационной раны. Таким образом, осложнения после операций по поводу эхинококкоза были в 12% случаев.

В отдаленном периоде от 1 года до 9 лет, методом личного осмотра (13) и анкетирования (12), были прослежены результаты у 25 пациентов (33% от состава больных). В настоящее время четверо пациентов находятся на инвалидности. Оставили работу девять, десять – работают на прежнем месте. Двое пациентов с тотальным поражением печени умерли через год после паллиативного оперативного вмешательства.

С 2002 года в комплекс лечения пациентам рекомендовался противопаразитарный препарат «Альбендазол» (по схеме 400 мг в сутки 4 недели по 3-5 циклов с двухнедельным перерывом между циклами) с контролем титра антипаразитарных антител. Достоверно известно, что двенадцать пациентов получали альбендазол от одного до пяти курсов (цена одного курса в 2012 году = 20 000

руб.), из них трое пациентов не смогли довести курс лечения до конца, из-за побочных явлений в виде ухудшения состояния, диспепсии и выпадения волос. У оставшихся девяти больных отмечен регресс паразита, что подтверждено инструментальными исследованиями. У четырех пациентов, не принимавших альбендазол, отмечен рецидив альвеококкоза. Одна из пациенток, прооперированная в 2004 году (была выполнена большая резекция печени с оставлением двух сегментов), вышла замуж и родила здорового ребенка.

Заключение

Резекции печени у пациентов с паразитарными поражениями характеризуются высоким процентом послеоперационных осложнений, при эхинококкозе – в 12%, при альвеококкозе – в 34%.

Включение в комплекс послеоперационного лечения препарата «Альбендазол» снижает риск рецидива паразитарного поражения. ■

Барыков В.Н., д.м.н., профессор, профессор кафедры госпитальной хирургии Южно-Уральского Государственного медицинского университета, главный хирург Министерства здравоохранения Челябинской области, Челябинск; Сарсенбаев Б.Х., кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ «ЧОКБ», Челябинск; Зинич Н.Ф., врач хирургического отделения №1 ГБУЗ «ЧОКБ», Челябинск; Ефремов А.П., врач хирургического отделения №1 ГБУЗ «ЧОКБ», Челябинск; Уфимцев М.С., клинический ординатор кафедры госпитальной хирургии Южно-Уральского Государственного медицинского университета, Челябинск; Автор, ответственный за переписку - Барыков Владимир Николаевич, 454080, Челябинск, пр. Ленина, 71-159, alexander-harykov@yandex.ru

Литература:

1. Альперович Б.И. Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 1996; т. 1: №1: с.24-29
2. Веронский Г.И. Хирургическое лечение альвеококкоза печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 1997; т.2: с.15-19
3. Вишневский В.А. Икрамов Р.З. Кахаров М.А. Ефанов М.Г. Радикальное лечение эхинококкоза печени. Современное состояние проблемы. *Бюллетень сибирской медицины*. 2007; №3: с.22-26
4. Гаврилин А.В. Кунцевич Г.И. Вишневский В.А. Пункционный метод лечения эхинококковых кист печени под контролем ультразвуковых исследований. *Хирургия*. 2002; 8: с.39-46

5. Журавлев В.А. «Большие» и предельно «большие» резекции печени. Саратовский университет. 1986. 214 с.
6. Журавлев В.А. Альвеококкоз печени. Анналы хирургической гепатологии. 1997; т.2: с.9-14
7. Комилов Т.С. Мирходжаев И.А. Особенности диагностики и пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии. 2004; т.9: с.2-10
8. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Кахаров М.А., Икрамов Р.З., Гаврилин А.В. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени. Анналы хирургической гепатологии. 2002; т. 7: № 1; с. 18-22
9. Рудаков В.А. Полуэктов Л.В. Крихирургия в лечении эхинококкоза и непаразитарных кист печени. Анналы хирургической гепатологии. 1997, т.2 с.20-24.
10. Сорокин Р.В. Хирургическое и крихирургическое лечение рецидивного эхинококкоза и альвеококкоза печени. Автореферат дисс.канд. мед.наук. Томск. 2006.
11. Толстиков А.П. Абдульянов А.В. Бородин М.А. Хирургическое лечение больших эхинококкозов печени. Практическая медицина. 2013, 02(13)