

Авасов Б.А.

ПРОФИЛАКТИКА ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

B.A. Avasov

PROPHYLAXYS OF PROTECTION IN LIVER RESECTION

УДК: 616.36-002.3-089.87-084

Представлены результаты радикального хирургического лечения альвеококкоза печени с использованием мер профилактики печеночной недостаточности при проведении резекции печени. Из 77 больных у 65 проведены радикальные, а у 12 - условно-радикальные операции.

Ключевые слова: альвеококкоз, резекции печени, профилактика печеночной недостаточности, функциональный резерв печени

Presented results of radical operations of liver alveococcosis with using methods of protection of hepatocytes in time resection of liver. From 77 patients to 65 maked radical, at 12 conditional radical operations.

Key words: alveococcosis, resection of liver, methods of protection, functional reserve of liver.

Резекции печени в настоящее время являются единственным радикальным методом лечения большинства очаговых образований печени, в том числе альвеококкоза. Значительно увеличивается удельный вес обширных и предельно обширных резекций печени. Данная категория оперативных вмешательств по-прежнему остается наиболее сложным разделом хирургической гепатологии [1,2]. Кроме того, до сих пор остается весьма высокой частота послеоперационных осложнений и летальность в результате развития печеночной недостаточности [3,4,5]. Несмотря на появление в мире аппаратов и инструментов, предназначенных для «бескровного» оперативного вмешательства (различные модификации ультразвукового скальпеля, лазерного скальпеля, плазменного и т.д.), оказалось, что и они не решают проблему в целом, поскольку не устраняют основных факторов интраоперационного риска, а также не предупреждают осложнений, связанных с удалением значительной части функционирующей паренхимы [6,7].

Основной причиной неблагоприятных результатов обширных резекций печени в послеоперационном периоде является печеночная недостаточность. Механизмы ее возникновения тесно связаны с количественными и качественными характеристиками культи печени, а также последствиями хирургического воздействия, которые непосредственно влияют на процессы толерантности и регенерации клеток печени. Несмотря на совершенствование хирургических методов лечения, число больных с пострезекционной печеночной недостаточностью не уменьшается, а увеличивается, с летальностью достигающей 60-90 % [8,9,10].

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 77 больных с альвеококкозом печени, оперированных в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г.Бишкек за период с 2003 по 2010гг. Из них женщин было 54, мужчин 23. Возраст больных колебался от 15 до 62. Из 77 больных радикальные операции выполнены у 65 (84,4%) пациентов, а условно-радикальные - у 12 (15,6%).

По локализации альвеококковый узел у 47 (61,0%) больных располагался в правой доле печени, у 9 (11,7%) - в левой, и у 21 (27,3%) - в обеих долях печени, нередко с прорастанием в ворота печени и нижнюю полую вену.

При обследовании больных, наряду с общеклиническими, использованы и специальные методы - ультразвуковое исследование, компьютерная томография, внутрикожная аллергическая реакция Кацони. По специальной методике определяли состояние функционального резерва печени до и после резекции печени. Исследование функционального резерва печени основывалось на комплексной оценке биохимических показателей белоксинтезирующей функции печени и определения объема паренхимы, остающейся после резекции печени. С целью профилактики печеночной недостаточности при проведении радикальных и условно-радикальных операций у 24 больных применяли прямое внутриворотальное введение медикаментозных препаратов, обладающих гепатопротекторным свойством (гептрал, 5% раствор глюкозы, гормоны и др.)

Результаты и их обсуждение

До операции у всех больных с альвеококкозом печени исследовали печеночные и почечные тесты, при этом у большинства из них отмечались нарушения функции печени

Операции выполняли под общим эндотрахеальным наркозом. В качестве оперативного доступа в основном использовали широкую лапаротомию по Кохеру или Федорову. После ревизии и определения объема резекции печени производилась реканализация и канюлирование пупочной вены, через которую осуществлялось прямое внутриворотальное введение лекарственных средств, обладающих гепатопротекторными свойствами - гептрал, 5% раствор глюкозы, охлажденный раствор Рингера, гормоны. Одновременно производилась резекция печени по методике Тон-Тхат-Тунга с использованием приема Прингла. Характер произведенных операций представлен в табл.1

Таблица 1

Объем оперативных вмешательств при альвеококкозе печени

Резекции печени	Кол-во	%
Гемигепатэктомия справа по Тон-Тхат-Тунгу	24	32,2
Гемигепатэктомия слева по Тон-Тхат-Тунгу	3	3,8
Расширенная гемигепатэктомия справа	5	6,5
Расширенная гемигепатэктомия слева	7	9,1
Анатомическая гемигепатэктомия справа	4	5,2
Двойная атипичная резекция обеих долей	3	3,1
Центральная резекция правой и левой долей	2	2,6
Сегментэктомия	2	2,6
Бисегментэктомия	16	20,8
Трисегментэктомия	9	11,7
Резекция-вылущивание альвеококкового узла	2	2,6
Всего	77	100

В после операционном периоде в течение 5-6 сут продолжали введение через реканализированную почечную вену вышеперечисленных лекарственных средств. С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений назначали антибиотики широкого спектра действия. При анализе функционального состояния печени установлено, что в первые сутки после операции отмечалось достоверное повышение уровня билирубина сыворотки крови, АСТ и АЛТ, креатинина, снижение уровня общего белка, а затем, начиная с 3- суток, шла постепенная нормализация. К моменту выписки больных из стационара большинство вышеуказанных показателей почти достигало нормы (табл.2)

Таблица 2

Показатели функционального состояния печени и почек до и после операции

Сроки обследования	Число обследованных	Стат. показатели	Печеночные и почечные тесты					
			Билирубин-мкмоль/л	Тимол проба, ед	АЛТ мккат/л	АСТ мккат/л	Общ. белок %	Креатинин
До операции	77	M1±ш1	184,8±3,2	8,6± 0,4	0,28± 0,03	0,24± 0,02	62,5± 0,71	20,1±2 ,41
На 3 сутки после операции	72	M2±т2	124,5±4,7	8,1± 0,3	0,31± 0,06	0,26± 0,03	60,1± 0,62	108,6±1 ,92
При выписке	72	M3±т3	22,1 ±0,72	5,2± 0,09	0,14± 0,02	0,12± 0,03	68,4± 0,41	02,2±0 ,71
P-степень достоверности		M1-M2 M1-M3	<0,05 <0,001	>0,05 <0,01	>0,05 <0,001	>0,05 <0,001	>0,05 <0,01	<0,05 <0,05

Заключение

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали, что прямое внутривенное введение лекарственных средств, обладающих гепатопротекторными свойствами значительно снижает риск развития в послеоперационном периоде острой печеночной недостаточности при проведении радикальных операций у больных с альвеококкозом печени.

Литература:

1. Альперович Б.И. Радикальные и условно- радикальные операции при альвеококкозе печени // Анналы хирургической гепатологии. - 1996 - №1 - С.24-29
2. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В. Осложнения после резекции печени при повторных операциях// Вестник хирургии им. Грекова. 1991.-№ 2.-С.80-82.
3. Блачишко Е.М., Добров С.Д., Толстых Г.Н., Митин В.А. Непосредственные результаты резекции печени при её очаговых поражениях//Анналы хирургическойгепатологии.-Т. 1.-1996.-С.200-202.
4. Булынин В.И., Глухов А.А. Резекция печени: применение новых технологий - Воронеж, 1995.- 108 с.
5. Вишневский В.А., Чжао А.В., Назаренко Н.А. Современные принципы техники оперативных вмешательств на печени //Анн. хир.гепатологии.-Т.1.-1996.- С. 15-23.
6. Журавлёв В.А. Альвеококкоз печени/ В.А.Журавлёв // Анналы хирургической гепатологии.- Т.2.-1997.-С.9-14.
7. Новрузбеков М.С. Оценка функциональных резервов печени и методы прогнозирования печеночной недостаточности при операциях на печени. Автореф. ... кандидата мед наук.-Москва, 2009,- С. 22.
8. Belghiti J., Ogata S. Assessment of hepatic reserve for the indication of hepatic resection.// J Hepatobiliary Pan- creatSurg. 2005.-Vol. 12 . 1 . — P . 1-3.
9. Blumgart, L. H. Surgery of the Liver and Biliary Tract//New York: Churchill Livingstone. -2006. Fourth Edition.-Vol. 2,-P. 1341.
10. Bresson-Hadni S. Alveolar echinococcosis // He- patology. - 1998 - Vol. 27, №5 - P.1453-1456

Рецензент: д.м.н., профессор Акматов Б.А.