

Оморов Р.А., Айтбаев С.А., Каниетов А.К., Абдиев А.А.

БООР АЛЬВЕОКОККОЗУ БОЮНЧА КАЙРА КАЙТАЛАНГАН ОПЕРАЦИЯЛАРДЫН ЖЫЙЫНТЫГЫ

Оморов Р.А., Айтбаев С.А., Каниетов А.К., Абдиев А.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

R.A. Omorov, S.A. Aitbaev, A.K. Kanietov, A.A. Abdiev

THE RESULTS OF REOPERATIONS OF LIVER ALVEOLAR ECHINOCOCCOSIS

УДК: 616.36-002.951.21-089.193.4

Боор альвеококкозу боюнча паллиативдүү хирургиялык кийлигишүүлөрдөн кийинки 42 бейтаптын кайра кайталанган операцияларынын жыйынтыгы берилди. Бейтаптарды изилдөөдө жалпы клиникалык ыкмалардан башка дагы ультрадобуштук изилдөө жана компьютердик томография, боор жана бөйрөк тесттерин аныктоо колдонулду. Кайталанган операциялар 3 курс альбендазол менен дарылангандан кийин жасалды. Паллиативдүү операция жасалган 108 бейтаптын ичинен 42сине радикалдуу операция жасоого мүмкүнчүлүк болду. Операциядан кийинки убакытта 7(16,7%) бейтапта өтүшүп кетүү катталып, өлүм болгон жок. Алыскы убакыттагы көзөмөлдө (2-3 жыл) кайталанган операцияларды жасоонун кажети бар экенин көрсөттү.

Негизги сөздөр: боор, альвеококкоз, кайталанган операциялар, өтүшүп кетүү, жыйынтык.

В статье представлены результаты повторных операций, выполненные после паллиативных вмешательств по поводу альвеококкоза печени у 42 больных. В обследовании больных, помимо общеклинических методов, использовано ультразвуковое исследование и компьютерная томография, определение печеночных и почечных тестов. Повторные операции выполнялись после 3 курсов приема альбендазола. Из 108 больных, которым были выполнены паллиативные операции у 42 удалось произвести радикальную. Осложнения после операции возникли у 7 больных (16,7%), летальных исходов не было. Наблюдение в отдаленные сроки (2-3 года) показали целесообразность выполнения повторных операций.

Ключевые слова: печень, альвеококкоз, повторные операции, осложнения, исход.

The aim of work- presented the results of reoperations performed after palliative surgery for liver alveolar echinococcosis in 42 patients. In examination of patients, in addition to general clinical methods, we used ultrasound and computed tomography, determination of liver and kidney tests. Reoperations were performed after 3 courses of albendazole. The radical surgery done for 42 of 108 patients who underwent palliative surgery before. Postoperative complications occurred in 7 patients (16.7%) and no mortality. Observation in the long-term period (2-3 years) demonstrated the feasibility of performing reoperations.

Key words: liver, alveolar echinococcosis, repeated surgery, complications, result.

Введение

Альвеококкоз тяжелое паразитарное заболевание, которое протекает медленно и длительное время – бессимптомно, в результате чего больные поступают в стационары с уже распространенным процессом, когда радикальную операцию выполнить невозможно [3, 9].

Эта патология заслуживает внимания еще и тем, что в последние годы заболеваемость существенно увеличилась и случаи альвеококкоза регистрируются не только в очагах эндемии, но и в тех регионах, где раньше наблюдались лишь единичные случаи [10,11]. Кыргызская Республика относится к эндемическому очагу по заболеваемости альвеококкоза, в последние годы число случаев альвеококкоза увеличилось в 3-4 раза [1, 7, 9].

Лечение альвеококкоза только хирургическое, но обязательно должно быть дополнено назначением химиопрепаратов (альбендазол, мебендазол) с целью профилактики рецидива болезни [2, 4].

При альвеококкозе печени в последние годы стали применяться и повторные операции – это при рецидиве болезни, при отграничении процесса после приема альбендазола. Этому способствовало также совершенствование техники операций и рациональное ведение послеоперационного периода [4,5,6.]. Однако, число наблюдений повторных операций еще не велико и остаются еще не решенными многие вопросы.

Цель работы - изучить результаты повторных операций по поводу альвеококкоза печени.

Материал и методика исследования

Под наблюдением находилось 108 больных у которых нами были выполнены паллиативные операции по поводу альвеококкоза печени в хирургических отделениях ГКБ №1, г. Бишкек в период с 2010 по 2015 годы включительно. Из 108 больных женщин было 68, мужчин 40. В возрасте от 32 до 66 лет. Им были выполнены следующие операции: гемигепатэктомия 32 с оставлением узла расположенного у ворот печени; резекция 2 сегментов правой доли печени и не удаленным очага в левой

доле. Лапаротомию выполнили у 25 больных, процесс был признан не операбельным, операция закончилась ревизией органов брюшной полости, у 8 больных с наличием желтухи выполнены дренирующие операции и двое больных поступили в клинику из районной больницы, где им произведена была лапаротомия, в момент операции процесс оценен как неоперабельной, но взята была биопсия – выявлен альвеококкоз и они через 2 недели доставлены были в нашу клинику.

Всем больным после паллиативной операции, кроме двух больных, доставленных из районных больниц, было назначено 3 курса приема альбендазола по схеме (с массой тела >60 кг назначают в суточной дозе 800 мг в 2 приема по 400 мг на протяжении 28 дней с 14-дневным перерывом между циклами. Пациентам с массой тела <60 кг назначают в суточной дозе из расчета 15 мг/кг двумя равными

частями (максимальная доза – 800 мг/сут)). После каждого курса выполняли обследование больных.

В обследовании больных, помимо общеклинических исследований (анализ крови и мочи, свертываемость, ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки), использовали определение печеночных и почечных тестов, ультразвуковое исследование (УЗИ) и компьютерную томографию (КТ).

Полученные результаты обрабатывались путем применения относительных показателей. Достоверность определялась вычислением критерия Р по таблице Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

После получения 3 курсов альбендазола 108 больных были детально повторно обследованы (УЗИ, КТ) и при этом получены следующие результаты (табл.1).

Таблица 1 – Результаты применения альбендазола после паллиативных операций

Тип операции	Всего		Результат УЗИ и КТ			Клинические показатели		
	абс.ч	%	очаг без перемен	очаг уменьшен	очаг увеличен	Состояние без перемен	Состояние улучшилось	Состояние ухудшилось
Гемигепатэктомия и оставлен очаг	32	29,6	21	10	1	19	12	1
Резекция печени 2-3 сегментов и оставлен очаг	41	37,9	29	11	1	27	10	4
Дренирующие операции	8	7,4	2	5	1	2	5	1
Лапаротомия, очаг поражения признан неоперабельным	27	25,1	13	12	2	7	17	3
Итого абс. ч.	108		65	38	5	55	44	9
%		100,0	60,2	35,2	4,6	50,9	40,8	8,3

После гепатэктомии и наличием оставленного очага в печени при контрольном обследовании у 21 очаг оставался прежних размеров, но более четко видно отграничение процесса, у 10 больных очаг уменьшился в размерах, а у одного отмечено прогрессирование процесса. Выявлены изменения и в общем состоянии больных: у 19 состояние не отличалось от состояния до приема альбендазола, у 12 – оно улучшилось и лишь один отмечал ухудшение. Следовательно, прием альбендазола после гемигепатэктомии у большинства оказал благоприятное течение заболевания. Повторные операции из 32 выполнены у 4.

После резекции 2-3 сегментов печени и оставленного очага альвеококкоза обследовано 41 оперированных и при контрольном обследовании у 29 очаг оставался без перемен, у 11 он значительно уменьшился в размерах и лишь у одного – очаг увеличился. Повторная операция выполнена была у 6 больных.

После лапаротомии, при которой процесс признан неоперабельным при контрольном обследовании установлено, что радикальную операцию можно выполнить у 11 больных.

И из 8 больных, обследованных после ранее выполненных нами дренирующих операций существенное улучшение в состоянии было отмечено у 5, исчезла желтуха, больные прибавили в весе и после КТ очаг уменьшился у 5 и у них были выполнены повторные операции. Всего повторные операции выполнены у 42 из 108 обследованных после паллиативных операций (38,9%).

Перед повторной операцией была проведена предоперационная подготовка, которая включала инфузионную терапию с обязательным включением гепатотропных препаратов (гептрал, эссенциале, комплекс витаминов). После подготовки больные оперированы.

С целью профилактики воспалительных осложнений за 15-20 минут до операции внутривенно вводили 1,0 цефазолина или цефтриаксона и к концу операции еще 1,0 антибиотика внутривенно. В послеоперационном периоде больные продолжали получать эти же антибиотики 2 раза в сутки внутривенно на протяжении 5-6 дней, а при необходимости продолжить антибиотикотерапию – производили смену антибиотика. Типы операций даны в табл. 2.

Таблица 2 – Типы повторных операций при альвеококкозе печени

Тип операции	Всего		Из них возникли осложнения				всего
	абс.ч.	%	крово- течение	желче- истечение	плеврит	нагноение ран	
Гемигепатэктомия	16	38,1		1	1		2
Резекция сегмента(1,2,3с)	14	33,3	1	1	1	1	4
Гемигепатэктомия с резекцией общего желчного протока и наложением анастомоза по Ру	12	28,6			1	1	2
Итого	42	100,0	1	2	3	2	8 (19,1%)

Выбор доступа зависел от локализации очага поражения: при поражении правой доли – правый подреберный по Федорову с пересечением связок печени и верхнесрединный – если очаг локализовался в левой доле. При лапаротомии обращало на себя внимание наличие выраженного спаечного процесса в брюшной полости. После ревизии печени и окружающих тканей была определена возможность выполнения радикальной операции – гемигепатэктомии у 16 больных, которая была произведена воротным способом – это были 4 больных, которым ранее выполнена лишь лапаротомия, и у 2 больных после дренирующих операций.

Резекция двух сегментов выполнена у 14 больных, из них у 3, у которых ранее был оставлен очаг из-за распространенности процесса в области печени, а после проведенного курса лечения альбендазолом, очаг существенно уменьшился и четко отграничился, что создало условия для его удаления. У 12 доступом «J» выполнена повторная операция, у них требовалась реконструкция желчных протоков, так как очаг альвеококкоза прорастал желчные ходы. Это были больные, которым ранее были выполнены желчеотводящие операции. После лапаротомии выявлен обширный спаечный процесс и во всех случаях имело место прорастание альвеококкоза в ворота печени. После мобилизации печени выполнили гемигепатэктомию с резекцией общего желчного протока и наложение гепатикоэюноанастомоза по Ру на долевые протоки на каркасном дренаже, операцию заканчивали дренированием брюшной полости. Послеоперационный период осложнился плевритом, который был излечен плевральными пункциями.

Учитывая то обстоятельство, что повторные операции травматичны, при них как правило, большая кровопотеря, мы до выполнения операции на печени осуществляли реканализацию пупочной вены и через нее проводили инфузионную терапию в момент операции и после нее (рефортан, реополиглюкин, свежзамороженную плазму, комплекс витаминов, солевые растворы и др.) это позволяло обеспечить гемодинамику печени и предотвратить развитие печеночной недостаточности.

Послеоперационный период протекал тяжело и требовал индивидуального подхода. Однако у 8 из 42 повторно оперированных возникли осложнения: у одного кровотечение, потребовавшее релапаротомии, кровотечение было из линии разреза и

остановлено путем наложения дополнительных кровоостанавливающих швов и пластины Тахокомб. У двух больных наблюдалось желчеистечение на протяжении 7-8 суток, а затем выделение желчи самостоятельно прекратилось, повторная операция не потребовалась, еще у 3 больных на 3-4 сутки выявлен плеврит, выполнены плевральные пункции, а у двух после операции возникло нагноение раны. К моменту выписки все осложнения были излечены. Среднее пребывание больных в стационаре без осложнений составило $12,4 \pm 1,18$ койко-дней, а с осложнениями $18,5 \pm 1,92$ койко-дней. В сроки от 6 месяцев до 3 лет обследовано 37 из 42 повторно оперированных, рецидив альвеококкоза не выявлен.

Таким образом, наши наблюдения за больными, перенесшими паллиативные операции позволяют сделать следующие выводы:

1. Больным, перенесшим паллиативную операцию по поводу альвеококкоза печени необходимо провести 3 курса химиотерапии альбендазолом и после приема альбендазола выполнить детальное обследование для оценки состояния печени и возможности выполнения повторной радикальной операции.

2. Повторные операции при альвеококкозе печени, несмотря на их травматичность, оправданы, так как они позволяют добиться выздоровления.

Литература:

1. Абдыжапаров Т.А., Куттубаев С.А. Альвеолярный эхинококкоз грызунов высокогорных пастбищ Кыргызской Республики. Эхинококкоз в Центральной Азии: проблемы и решения. Цюрих – Алматы.- 2004.- С. 253-262.
2. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Сало В.Н., Скурлятов М.С. Повторные операции при альвеококкозе. Альманах институт хирургии им. А.В. Вишневского.- 2011.- Том 6, №2.- С. 91-92.
3. Бебезов Б.Х., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д. Опыт лечения альвеококкоза печени с поражением магистральных сосудов. Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Ташкент, 2015.- С. 5-6.
4. Благитко Е.М., Добров С.Д., Толстых Г.Н. О возможности повторных операций при альвеококкозе. Альманах институт хирургии им. А.В. Вишневского.- 2011.- Том 6, №2.- С. 94-95. 4.
5. Журавлев В.А. Повторные радикальные операции у так называемых «неоперабельных» больных с альвеокок-

- козом печени. *Анналы хирургической патологии.*- 2005.- Том 5, №2.- С. 11-18.
6. Загайнов В.Е., Киселев Н.М., Горохов Г.Г. Хирургическое лечение распространенного альвеококкоза печени с применением трансплантологических технологий. Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Ташкент, 2015.- С. 5-6.
 7. Усубалиева Ж.М., Раимкулов К.М., Тойгомбаева В.С. эпидемиологическая ситуация по заболеваемости эхинококкозами в Кыргызской Республике. *Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана.*- 2015. - №4. – С. 102-104.
 8. Караева Р.Р., Раимкулов К.М. Эпизотологические и эпидемиологические ситуации эхинококкоза и альвеококкоза в периоды до- и после принятия суверенитета Кыргызской Республики. *Здравоохранение Кыргызстана.*- 2006.- №2.- С.11-14.
 9. Оморов Р.А., Бейшенбаев Р.К., Айтбаев С.А. Альвеококкоз. Бишкек: ОсОО «Express Print», 2009.- 233с.
 10. Knapp J. Comparison of the serological tests JCT and ELISA for the diagnosis of alveolar echinococcosis in France. *Parasite.*- 2014.- Vol. 25.- P. 21-34.
 11. Landen S., Van de Sande J., Berger P. Alveolar echinococcosis in a Belgian urban dweller. *Acta Gastroenter. Belg.*- 2013.- Vol. 76, #3.- P. 317-321.

Рецензент: д.м.н. Токтогулов О.Ж.
