

УДК 616.36-022-089

ОПЕРАЦИИ ПРИ АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ И ВОРОТНОЙ ВЕНЫ

Б.Х. Бебезов, Т.М. Уметалиев, Н.Д. Мамашев, Э.А. Суоров, Ч.Т. Эсенкулов

Показаны результаты и анализ хирургического лечения больных с альвеококкозом печени с поражением нижней полой и воротной вен.

Ключевые слова: альвеококкоз печени; нижняя полая вена; воротная вена; хирургическое лечение.

OPERATIONS AT ALVEOCOCCOSIS LIVER LESION OF THE INFERIOR VENA CAVA AND PORTAL VEIN

B.H. Bebezov, T.M. Umetaliev, N.Dj. Mamashev, E.A. Surov, Ch.T. Esenkulov

It shows the results and analysis of surgical treatment of patients with liver alveococcosis with lesions of the inferior cava vein and portal vein.

Key words: alveococcosis liver; inferior cava vein; portal vein; surgical treatment.

Введение. Альвеококкоз – природно-очаговое заболевание, возбудителем которого является гельминт *Echinococcus multilocularis* [1, 2]. Заболевание распространено в Швейцарии, Турции, Японии (остров Хоккайдо), Франции, России, странах Центральной Азии, северо-западной части Канады, на Аляске [3, 4]. В Центральной Европе с 1982 по 2000 г. было зарегистрировано 559 случаев альвеококкоза. На западе Китая ежегодная заболеваемость составляет около 80 случаев на 100 тыс. населения, в России заболеваемость составляет более 10,6 случаев на 100 тыс. населения [5, 6]. На территории Кыргызстана к эндемичным регионам относятся Атбашинский и Кочкорский районы Нарынской области, Алайский и Чон-Алайский районы Ошской области [7, 8]. Альвеококкоз является тяжелым заболеванием, для которого характерны инфильтративный рост паразитарной ткани и возможность отдаленного метастазирования. Без какого-либо лечения 10-летняя выживаемость составляет всего 10–20 % [6, 9]. Процент осложненных форм альвеококкоза печени, по данным разных авторов, варьирует от 34 до 80 % [10, 11]. Оперативное вмешательство при условии полного удаления паразитарной опухоли является методом выбора при данном заболевании и остается единственным радикальным методом лечения [3,

12–14]. Тем не менее, альвеококкоз чаще диагностируется на поздних стадиях, когда исключена возможность выполнения радикальной резекции печени [3, 4, 13]. Как следствие, на момент диагностики у 61,3–70 % больных полностью удалить паразитарные массы невозможно [9].

Альвеококкоз в первые месяцы и даже годы после инвазии протекает почти бессимптомно вследствие медленного развития и огромной компенсаторной возможности печеночной ткани [15]. У детей, даже в очагах инвазии, альвеококкоз является крайне редко, что обусловлено частой встречей лиц детского и подросткового возраста с возбудителем и формированием среди них иммунологической прослойки, не имеющей ни клинических, ни иммунологических проявлений заболевания [16].

Учитывая этот факт, некоторые авторы предлагают в населенных пунктах с высоким эпидемиологическими показателями по альвеококкозу проводить не иммунологическую или серологическую, а ультразвуковую диагностику в качестве ранней диагностики детского и взрослого населения, так как ультразвуковое исследование печени при альвеококкозе весьма информативно и является методом выбора для скрининговых исследований [8].

Цель работы – оценить результаты хирургического лечения альвеококкоза печени с поражением нижней полой вены и воротной вены.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 220 больных с альвеококкозом печени за период с апреля 2009 по март 2015 г., которые получали лечение в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики. У 48 больных альвеолярный узел прорастал в крупные сосуды – нижнюю полую вену (НПВ) и воротную вену (ВВ), что составляет 21,8 % от общего количества больных. Эти больные были разделены на две группы: в первую группу вошли больные с поражением нижней полой вены и кавальных ворот, а во вторую группу вошли больные с прорастанием узла в основной ствол воротной вены и/или ее ветвей. Средний возраст больных составил $35,8 \pm 11,4$ года. Соотношение мужчины/женщины – 18/30. У 32 больных (65 %) альвеококкоз локализован в обеих долях печени, в левой доле у 4 (8 %) пациентов, в правой доле – у 13 (27 %) больных (рисунок 1). Средняя продолжительность стационарного пребывания – $15,6 \pm 3,6$ койко-дня. Кровопотеря во время операции варьировала от 200 до 3000 мл. Минимальная длительность операции – 1 час, максимальная – 9 часов 30 минут.

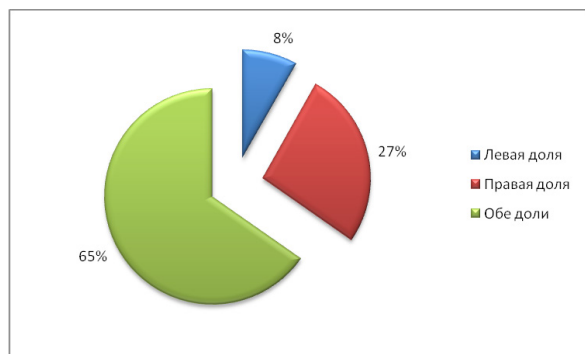


Рисунок 1 – Локализация альвеококкоза в печени

Всемирной организацией здравоохранения предложена классификация альвеококкоза, напоминающая онкологическую классификацию TNM, позволяющая довольно объективно оценить распространенность паразитарной ткани в печени (P) и учитывающая вовлечение рядом расположенных органов (N) и наличие метастазов (M) [17]. Эта классификационная система дает возможность стадировать заболевание и соответственно сравнивать результаты лечения в различных медицинских учреждениях:

P – локализация паразита в печени;

Px – первичная опухоль не может быть оценена;
P1 – периферические очаги без поражения сосудистых и/или желчных структур;

P2 – центрально расположенные очаги с вовлечением сосудистых и/или желчных структур одной доли;

P3 – центрально расположенные очаги с поражением сосудистых или желчных структур ворот печени и/или с поражением двух печеночных вен;

P4 – любая локализация очага в печени с распространением вдоль сосудов (нижняя полая вена, воротная артерия или вена) и желчных протоков;

N – экстрапеченочное поражение соседних органов (диафрагма, легкие, плевра, перикард, сердце, желудок, двенадцатиперстная кишка, надпочечник, брюшина, забрюшинная клетчатка, регионарные лимфатические узлы, печеночные связки, почки);

Nx – не поддается оценке;

N1 – вовлечение прилежащих органов и тканей;

M – отсутствие или наличие отдаленных метастазов;

M0 – нет метастазов;

M1 – есть метастазы.

По данной классификации, пациенты распределились следующим образом: **P4N0M0** (III B стадия) – 33, **P4N0M1** (IV стадия) – 1 (с метастазами в легкие), **P4N1M0** (IV стадия) – 14 больных.

Результаты и их обсуждение. В первую группу вошли 32 (66,7 %), во вторую группу – 16 (33,3 %) больных. В первой группе процент радикальных резекций печени составил 8,3 %, во второй группе – 27 %.

Выполнены следующие виды операции (таблица 1): РПГЭ – 11 (с резекцией первого сегмента печени и гепатикохоледоха. Циркулярная резекция воротной вены с анастомозом конец в конец. Наложение гепатикоюноанастомоза на выключенной петле по Ру – 1, с AP S II+AP S III – 1, с резекцией гепатикохоледоха – 1, с краевой резекцией НПВ – 1, ПГЭ – 15, в первой группе произведены семь правосторонних гемигепатэктомий, 2 оперированы радикально с краевой резекцией НПВ, у остальных 5 пациентов оставлена пластина альвеококка на НПВ, так как альвеококкоз муфтообразно прорастает её, во второй группе альвеококкоз прорастает в основной ствол и/или в правую воротную вену, у 2 пациентов воротная вена была поражена паразитарной тканью на длинном участке, по этой причине оставлена ткань, остальным произведена радикальная резекция (с адrenalэктомией справа – 3, с краевой резекцией НПВ – 2, с резекцией гепатикохоледоха и наложением ГЕА по Ру – 2,

Таблица 1 – Объемы резекционных вмешательств на печени

Операции	Первая группа	Вторая группа	Всего
РПГЭ:	8	3	11
в том числе с AP S II+AP SIII	1	-	
с краевой резекцией НПВ	1	-	
с резекцией гепатикохоледоха и краевой резекцией ВВ. Наложение ГЕА на выключенной петле по Ру	-	1	
с резекцией первого сегмента печени и гепатикохоледоха. Циркулярная резекция ВВ с анастомозом конец в конец. Наложение ГЕА на выключенной петле по Ру	-	1	
с резекцией гепатикохоледоха		1	
ПГЭ:	7	8	15
в том числе с адrenaлэктомией справа	-	3	
с краевой резекцией НПВ	2	-	
с резекцией гепатикохоледоха. Наложение ГЕА по Ру	-	1	
с AP S II–III	-	1	
с удаление альвеолярных узлов из брюшной полости и забрюшинного пространства	-	1	
РЛГЭ:	2	4	6
в том числе с резекцией гепатикохоледоха и наложение ГЕА на выключенной петле по Ру	-	1	
ЛГЭ:	2	1	3
в том числе с наружное дренирование холедоха по Вишневскому	1	-	
с наружным дренированием правого печеночного протока и удалением метастатического узла из ГДС	-	1	
АР:	2	-	2
в том числе с AP правой доли +S4	1	-	
с AP S3,S5,S7 и S4 с краевой резекцией НПВ	1	-	
Циторедуктивная:	2	-	2
в том числе ЛЛЭ	1	-	
AP S V–VI–VII	1	-	
Резекция S1 с краевой резекцией НПВ	1	-	1
Удаление альвеолярного узла S 4 печени. Дренирование кавернозной полости	1	-	1
Дренирование альвеолярной кисты	1	-	1
Эксплоративная лапаротомия	6	-	6
Итого:	32	16	48

Примечание. РПГЭ – расширенная правосторонняя гемигепатэктомия; ПГЭ – правосторонняя гемигепатэктомия; ЛЛЭ – левосторонняя лобэктомия; АР – атипичная резекция; НПВ – нижняя полая вена; ВВ – воротная вена; ГЕА – гепатикоюноанастомоз.

с AP S II–III – 1, с удаление альвеолярных узлов из брюшной полости и забрюшинного пространства – 1, РЛГЭ – 6, в первой группе оставлена пластина на НПВ, во второй удалась радикально резецировать вместе с пораженными магистральными сосудами у всех больных (с резекцией гепатикохоледоха и наложением ГЕА на выключенной петле по Ру – 1) ЛГЭ – 3. В первой группе в обоих случаях оставлены пластины на НПВ, во второй

группе оставлена пластина на правой печеночной артерии (в том числе с наружным дренированием холедоха по Вишневскому – 1, с наружным дренированием правого печеночного протока и удалением метастатического узла из ГДС – 1. Атипичная резекция (АР) – 2 (в том числе АР правой доли печени (оставлена пластина на НПВ) – 1, АР III, V, VII и IVa сегментов печени с краевой резекцией НПВ – 1. Резекция S1 с краевой резекций НПВ

(оставлена пластина на ВВ) – 1. Циторедуктивная операция – 2 (ЛЛЭ – 1 и AP S V–VI–VII – 1). Удаление альвеолярного узла S 4 печени. Дренажирование кавернозной полости – 1 (оставлена ткань на НПВ и IV сегменте). Эксплоративная лапаротомия – 6. Дренажирование альвеолярной кисты – 1.

У 8 (16,6 %) больных определенные технические сложности во время оперативного вмешательства были обусловлены ранее перенесенными операциями по поводу альвеококкоза: ПГТЭ – у 2, ЛЛЭ – 1. Вскрытие и дренажирование кавернозной полости альвеолярного узла – 1, эксплоративная лапаротомия – у 3, одна пациентка дважды оперирована в другом стационаре, объем операции не известен. Один больной оперирован радикально, остальным удалось произвести паллиативную резекцию печени. Летальных исходов в данной группе не наблюдалось.

31 пациент, оперированные нерадикально и с осложненной формой альвеококкоза в послеоперационном периоде, получали противопаразитарную терапию препаратом альбендазол по 10–12 мг на кг массы тела в сутки, в два приема после еды, по традиционной схеме.

Таким образом, несмотря на прорастания альвеолярного узла крупных сосудов, НПВ и воротной вены, возможно проведение радикальной операции с резекцией пораженного участка. Оправдано выполнение паллиативной резекции печени даже при повторной операции. По нашим данным, процент радикальных резекций печени при поражении воротной вены выше, чем при поражении нижней полой вены 27 и 8,3 % соответственно.

Литература

1. Уметалиев Т.М. Оперативное лечение альвеококкоза печени / Т.М. Уметалиев, Н.Д. Мамашев, Т.М. Белекбаев // Сб. научных трудов XIX Междунар. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ и России. М.: СО РАМН НЦРВХ, 2012. С. 241.
2. J. Usubaliev, G. Minbaeva, I. Ziadinov, P. Deplazes, P.R. Torgerson Human Alveolar Echinococcosis in Kyrgyzstan Emerging Infectious Diseases Vol. 19. No. 7. July 2013 P. 1095–1097.
3. Kawamura N., Kamiyama T., Sato N. et al. Long-term results of hepatectomy for patients with alveolar echinococcosis: a single-center experience. Journal of the American College of Surgeons 2011; 5: 804–812.
4. Moro P., Peter M. Echinococcus: a review. Schantz // International Journal of Infectious Diseases. 2009; 13: 125–133.
5. Зайцев И.С. Повторные операции на печени при альвеококкозе: автореф. ... канд. мед. наук / И.С. Зайцев. Томск, 2015.
6. Vuitton D.A., Qian W., Hong-xia Z. et al. A historical view of alveolar echinococcosis, 160 years after the discovery of the first case in humans: part 1. What have we learnt on the distribution of the disease and on its parasitic agent? // Chinese Medical Journal. 2011; 124: 18:2943–2953.
7. Айтбаев С.А. Альвеококкоз в Кыргызской Республике и особенности его оперативного лечения: автореф. ... канд. мед. наук / С.А. Айтбаев. Бишкек, 2008.
8. Бебезов Б.Х. Хирургическое лечение альвеококкоза печени у детей / Б.Х. Бебезов, Т.М. Уметалиев, Н.Д. Мамашев и др. // Здоровье матери и ребенка. 2013. Т. 5. № 1. С. 115–118.
9. Kern P., Bardonnet K., Renner E. et al. European echinococcosis registry: human alveolar echinococcosis, Europe 1982–2000. Emerg Infect Dis 2003; 9: 343–349.
10. Бебезов Б.Х. Хирургическое лечение осложненных форм альвеококкоза печени / Б.Х. Бебезов, Н.Д. Мамашев, Т.М. Уметалиев // Вестник КазНМУ. 2012. № 4. С. 49–50.
11. Журавлев В.А. Радикальное лечение альвеококкоза с вовлечением магистральных сосудов и нижней полой вены / В.А. Журавлев, В.М. Русинов, В.П. Сухоруков и др. // Материалы XVII Междунар. конгр. хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». Уфа, 2010. С. 263–264.
12. Бебезов Х.С. Обширные резекции печени воротным способом / Х.С. Бебезов, Б.Х. Бебезов, Н.Д. и др. // Здравоохранение Кыргызстана. 2010. № 1. Бишкек, 2010. С. 31–33.
13. Brunetti E., Kern P., Vuitton D.A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. ActaTropica 2010; 114:1–16.
14. Buttenschoen K., Gruener B., Buttenschoen D.C. et al. Palliative operation for the treatment of alveolar echinococcosis. Langenbecks Arch Surg 2009; 394:199–204.
15. Поляков В.Е. Эхинококкоз многокамерный (альвеококкоз) / В.Е. Поляков, А.И. Иванова, Н.Р. Полякова // Педиатрия. 2006. № 6. Прил. 11. С. 88–94.
16. Меньшиков В.В. Клиническая лабораторная аналитика / В.В. Меньшиков. Т. 1–3. М.: Лабинформ-РАМЛД, 1999. 352 с.
17. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Bulletin of the World Health Organization 1996; 74:3: 231–242.