

УДК 616.006 (575.2) (04)

МЕРЫ ЗАЩИТЫ ПЕЧЕНИ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АЛЬВЕОКОККОЗОМ

С.А. Айтбаев – аспирант,
Р.А. Омор – зав. кафедрой

Ultrasound examination, biochemical and immunological reactions were conducted. Thirteen patients were operated because of liver alveococcosis with application of defense measures by means of the umbilical vein cannula connection were observed. The results have shown the expediency of their application.

Альвеококкоз – тяжелое хроническое заболевание, отличающееся прогрессирующим течением, характеризующееся развитием в печени множественных паразитарных кистозных образований, способных к инфильтративному росту и метастазированию в другие органы.

Длительное бессимптомное и хроническое течение альвеококкоза печени приводит к запоздалому поступлению больных в хирургические стационары, нередко в запущенных стадиях заболевания с изменениями со стороны жизненноважных органов [1, 2]. Поэтому операбельность при альвеококкозе печени не превышает 8–9%. Необходимо также отметить, что до сих пор остается высокой частота послеоперационных осложнений и летальность в результате развития печеночной или полиорганной недостаточности.

При альвеококкозе печени, как правило, выполняются обширные операции, которые относятся к травматичным, длительным вмешательствам и всегда сопровождаются большой кровопотерей. Для уменьшения кровопотери и одновременно выполнения гемостаза многие хирурги используют кратковременное пережатие гепатодуоденальной связки [1, 3, 4]. Но пережатие гепатодуоденальной связки, в которой проходят основные сосуды печени, может быть непродолжительным (4–5 мин), так как при более длительном пережатии на-

рушается гемодинамика, обменные процессы и даже при непродолжительном пережатии всегда есть угроза развитию печеночной и почечно-печеночной недостаточности. Тем более, что при альвеококкозе печени всегда нарушается ее функция и добавляется травматичность операции с кровопотерей. Кроме того, если хирург не успевает выполнить основной этап операции и пережатие связки с сосудами продолжается более 4–5 мин, то угроза развития полиорганной недостаточности возрастает [2, 5]. В связи с этим мы попытались разработать меры защиты печени как в момент операции, так и после нее.

Цель исследования – оценить эффективность предложенных мер защиты печени при оперативном лечении альвеококкоза.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 13 больных, у которых диагностирован альвеококкоз печени до операции. По локализации опухолевидное образование у восьми больных располагалось в правой доле печени, у трех – в левой, а у одной – в правой и левой. Оперированных мужчин было 2, а женщин – 11, возраст колебался от 22 до 60 лет.

В обследовании больных, помимо общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки), использованы и специальные методы:

УЗИ, КТ, реакция Казони, для выявления характера патологии определяли почечные и печеночные тесты для суждения о функциональном состоянии органов. Операции выполняли под эндотрахеальным наркозом. Необходимо отметить, что у семи больных реакция Казони была положительной, а у остальных – резко положительной. Исследование показателей крови позволило выявить лейкоцитоз (выше $12,0 \times 10^9/\text{л}$) у 9 больных, ускорение СОЭ – у 11 и повышение уровня билирубина – у 4 больных. При анализе результатов печеночных и почечных тестов отмечено повышение уровня трансаминаз (АЛТ и АСТ), остальные показатели не превышали норму, что позволяло нам планировать резекцию печени.

Правосторонняя гемигепатэктомия произведена девяти больным, а трем – левосторонняя методом дигитоклазии по Тон – Тхат-Тунгу, у одной больной – правосторонняя гемигепатэктомия в сочетании с резекцией первого сегмента левой доли печени, дренирование брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Учитывая общее состояние больных и данные лабораторных исследований, всем больным проводили предоперационную подготовку, включающую инфузионную терапию + комплекс витаминов группы В, С. При операции пользовались широким доступом Кохера в правом подреберье, а в одном случае – доступом Федорова также в правом подреберье. После лапаротомии у восьми больных обнаружена “каменистая”, плотная на ощупь опухоль, цвета “слоновой кости” в печени, занимающая всю правую ее долю; у трех очаг поражения альвеококкозом выявлен в левой доле печени, у одной поражены обе доли. После ревизии в начале операции проводили реканализацию и конюлирование пупочной вены, через которую во время и после операции осуществляли инфузионную терапию введением растворов (рефортан, инфезол, солевые растворы с комплексом витаминов), при необходимости переливали одногруппную эритроцитарную массу, плазму, а затем одновременно осуществляли гемигепатэктомию методом дигитоклазии по Тон – Тхат-Тунгу с предварительным пережатием гепатодуоденальной связки. В среднем 4–5 мин было достаточно для осу-

ществления основного этапа операции. Только у одной больной время пережатия гепатодуоденальной связки составило 10 мин, когда ей производили правостороннюю гемигепатэктомию и резекцию первого сегмента левой доли печени. Кровопотеря в момент операции была велика, и в среднем составила 800–1000 мл, также проводили реинфузию (300–500 мл). После тщательного гемостаза проводили фиксирование круглой связки печени с предбрюшинной ее клетчаткой, покрытой брюшиной к раневой поверхности печени, а затем подпеченочное пространство дренировали через контрапертуру. Брюшную полость ушивали через все слои. На кожу наносили редкие швы.

В послеоперационном периоде на протяжении 5–6 суток осуществляли введение медикаментозных средств через реканализированную пупочную вену указанных выше препаратов и дополнительно с целью профилактики воспалительных и тромбоэмболических осложнений назначали антибиотики (цефазолин, кефзол, роцефин), а для улучшения гемодинамики и реологических свойств через пупочную вену вводили спазмолитики (реополиглюкин, гепатотропные препараты). После операции исследовали клинические и биохимические показатели функционального состояния печени и почек, и при этом была отмечена положительная динамика в послеоперационном периоде.

Обработка раневой поверхности печени с фиксированием круглой связки печени существенно снизила количество раневого отделяемого через дренажи. В первые дни после операции снизился уровень гемоглобина, нарастал билирубин сыворотки крови, АСТ, АЛТ, мочевины и креатинина, а затем шла постепенная нормализация, и к моменту выписки из стационара большинство показателей достигало нормы.

На основании отмеченного выше считаем, что ранняя диагностика альвеококкоза печени дает возможность выполнить радикальную операцию.

Результаты исследований показали, что введение медикаментозных средств через пупочную вену даже при более длительном пережатии сосудов печени и большой кровопотере обеспечивает полную защиту печени.

Фиксирование круглой связки с предбрюшинной клетчаткой, покрытой брюшиной к раневой поверхности печени, предотвращает возникновение вторичного кровотечения после операции и развитие полиорганной недостаточности.

Литература

1. Акылбеков И.К., Акматов Б.А., Джоробеков А.Д., Кенжаев М.Г., Мусаев А.И., Омурбеков Т.О. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза. – Бишкек, 2003. – 360 с.
2. Брегадзе И.Л., Константинов В.М. Альвеолярный эхинококкоз. – М.: Медицина, 1963. – 223 с.
3. Гальперин Э.И., Дедерер Ю.М. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путях. – М.: Медицина, 1987. – 336 с.
4. Тон – Тхат-Тунг. Хирургия печени. – М.: Медицина, 1967. – 238 с.
5. Альперович Б.И. Альвеококкоз и его лечение. – М.: Медицина, 1972. – 272 с.