

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего образования
“Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого”
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России)

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО

Зав. кафедрой: д.м.и профессор Тихонова Е.П.
Руководитель ординатуры: к.м.и. доцент Кузьмина Т.Ю.

Реферат на тему: Альвеококкоз

Выполнила: ординатор 2 года
Шишкина Т. П.

Профессор
Шишкина

2022г

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего образования
“Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого”
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Институт последипломного образования

Рецензия доцента КМН кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии с
курсом ПО
Кузьминой Татьяны Юрьевны на реферат ординатора 2-го года обучения
специальности “Инфекционные болезни”

Шишкиной Т.П. по теме “Альвеококкоз”

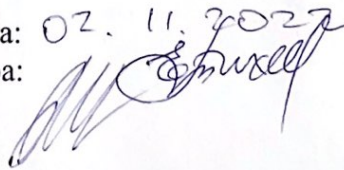
Оценочный критерий	Положительный /отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	-
3. Соответствие текста реферата по теме	-
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+
10. Актуальность	+

Итоговая оценка: положительная/отрицательная
Комментарий рецензента:

Дата:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

02.11.2022


Содержание:

1. Определение
2. Этиология
3. Клиника
4. Лечение

Альвеококкоз.

Альвеококкоз - многокамерный, или альвеолярный, эхинококкоз - гельминтоз из группы тениидозов, вызываемых личинками *Echinococcus multilocularis* и характеризующийся образованием паразитарных узлов в печени. Поражение других органов встречается редко, однако для альвеококкоза характерно метастазирование в лимфатические узлы забрюшинной клетчатки, легкие, головной мозг. Личиночная форма альвеококкоза представляет собой плотную, мелкобугристую опухоль, которая состоит из конгломерата мелких пузырьков. На разрезе такая опухоль напоминает мелкопористый сыр. Альвеококковый узел является очагом продуктивно некротического воспаления. Вокруг очагов некроза, содержащих живые пузырьки альвеококка, образуется грануляционный вал.

По мере роста паразитарного узла в центре его из-за недостаточности кровообращения происходят некроз и гибель части пузырьков. В результате образуется полость - каверна, заполненная прозрачной или мутной жидкостью с секвестрами альвеококковой ткани и детритом. Содержимое паразитарных каверн стерильно. Периферическая часть узла представляет собой активно размножающиеся пузырьки паразита. При значительном деструктивном процессе стенка каверны может сильно истончаться, что создает предпосылки для ее разрыва.

Паразитарные узлы при альвеококкозе округлые, цвета слоновой кости, от 4 - 5 до 10 - 12 см в поперечнике (бывают и более крупные), желеподобной плотности, имеют вид крупно или мелкобугристого пятна на поверхности печени.

При развитии осложнений непораженные отделы печени под влиянием различных причин подвергаются цирротическим изменениям. В осложненной стадии болезни в центре альвеококковых узлов практически всегда появляются полости некроза различной формы и величины. Нередко периферическая зона паразитарного узла внедряется в ткань печени по ходу сосудисто-протоковых структур печени. Альвеококковый узел может прорасти в соседние органы и ткани - желчный пузырь, малый и большой сальники, забрюшинную клетчатку, диафрагму, правое легкое, правые надпочечники и почку, заднее средостение. Личинки гельминта способны проникать в желчные протоки, в нижнюю полую, воротную и печеночные вены.

При альвеококкозе гельминт sensibilизирует организм продуктами обмена и механически воздействует на ткани. Возможна вторичная бактериальная инфекция. Клиническая картина альвеококкоза складывается из местных и общих симптомов. Варианты клинического течения альвеококкоза, степень выраженности местных и общих симптомов зависят от стадии развития патологического процесса, а также от характера осложнений.

В первые месяцы и даже годы альвеококкоз печени протекает почти бессимптомно. Первым признаком заболевания является увеличение печени, которое обнаруживают обычно случайно. Больные чувствуют себя удовлетворительно и часто никаких жалоб не предъявляют. Позже возникает ощущение давления в правом подреберье, а при локализации узла в левой доле печени - в эпигастриальной области. Затем появляется чувство тяжести и тупая ноющая боль. К этому времени через переднюю брюшную стенку удается прощупать желеподобной плотности печень с неровной поверхностью. В течении нескольких лет печень продолжает увеличиваться, становясь бугристой и болезненной при пальпации. Жалобы больного альвеококкозом складываются из признаков, присущих ряду заболеваний: слабость, снижение аппетита, похудание, в дальнейшем развивается желтуха, которая сопровождается кожным зудом и ахолическим стулом, возможен асцит.

Альвеококкоз может привести к сдавлению воротной вены и вследствие этого к нарушению оттока из нее, что клинически проявляется синдромом портальной гипертензии. Однако это осложнение встречается реже, чем желтуха, так как при относительно медленном росте альвеококкового узла успевают развиться коллатерали, обеспечивающие отток крови в систему нижней полой вены. Обычно симптомы портальной гипертензии возникают в запущенных стадиях альвеококкоза.

Клиническая картина характеризуется возникновением коллатерального кровообращения

ния в системе воротная вена - нижняя полая вена (расширение вен на передней брюшной стенке, варикозное расширение вен пищевода и желудка, геморроидальных вен, спленомегалия), геморрагическими проявлениями (кровотечения из вен пищевода и кардиальной части желудка, слизистой оболочки носа, десен, маточные и геморроидальные кровотечения), а также асцитом. Обычно установление причин портальной гипертензии при альвеококкозе не вызывает затруднений, так как это осложнение возникает уже при установленном диагнозе основного заболевания. При метастазах в легкие больные жалуются на боли в грудной клетке, одышку, кашель со скудной мокротой и даже кровью. В случаях метастазирования в головной мозг больные жалуются на головную боль, головокружения, нарушения сна; возможны эпилептические припадки. Однако довольно часто выраженные общие расстройства, несмотря на давность заболевания, отсутствуют.

Из местных симптомов наиболее частым при альвеококкозе являются увеличение и асимметрия живота, расширение подкожных вен передней брюшной стенки. Печень обычно увеличена. Чаще всего паразитарный очаг локализуется в правой, реже в обеих ее долях. Иногда наблюдается множественная локализация - одновременное поражение печени и других органов. Наиболее важным признаком, имеющим важное диагностическое значение, является определение бугристых, железовидной плотности опухолевидных образований, связанных с паренхимой печени. Определение крупных бугристых узлов на фоне участка печени, имеющих железовидную плотность, является одним из наиболее важных местных объективных признаков альвеококкоза.

Лабораторные методы исследования позволяют существенно дополнить клинические данные. Так, при альвеококкозе наблюдается параллелизм между частотой анемии и степенью ее выраженности, с одной стороны, и стадией выраженности патологического процесса с другой. Это позволяет подчеркнуть зависимость анемии от длительности и степени воздействия токсических продуктов на организм. У всех больных повышена СОЭ. Эозинофилия при альвеококкозе является выражением степени аллергических реакций. Лимфопения чаще наблюдается при осложненных формах заболевания. Возрастные частоты и величины показателей анемии, СОЭ, общего белка и белковых фракций прямо пропорциональны стадии заболевания. Функциональные пробы печени (Таката-Ара, формоловая и сулемовая) в ранних стадиях альвеококкоза не изменяются, а в поздних становятся резко положительными.

В диагностике альвеококкоза наибольшее значение имеют иммунологические реакции Касони и латекс-агглютинации, причем титр последней зависит от характера и длительности процесса.

При медленном росте узла происходит гипертрофия непораженных участков печени, ввиду чего функция печени значительно не страдает. Лишь при локализации узла в области ворот печени заболевание может клинически проявиться желтухой в связи со сдавлением и прорастанием альвеококком внепеченочных желчных путей. В этих случаях возможна ранняя диагностика альвеококкоза. Однако чаще всего диагноз альвеококкоза ставят в поздних стадиях.

При распознавании альвеококкоза печени большое значение имеют сведения о профессии и проживании больных в эндемическом очаге. Частота распространения альвеококкоза среди людей, находившихся в природных очагах, прямо пропорциональна длительности их контакта с живой и неживой природой.

Для своевременного хирургического лечения необходимо правильно установить правильный диагноз, уточнить локализацию паразитарных узлов, их величину и т. д. Для этого применяют лапароскопию, гепатографию, спленопортографию, сканирование с помощью радионуклидов, УЗИ, компьютерную томографию. На сканограммах удается обнаружить дефект накопления радионуклида в печеночной ткани в местах расположения узлов альвеококка. Иногда на обзорных рентгенограммах печени у больного альвеококкозом можно видеть мелкие очаги обызвествления в виде так называемых известковых брызг.

У больных альвеококкозом печени при лапароскопии можно видеть на темном фоне печени белесоватые или перламутрово-желтые пятна. Даже при прикосновении к ним лапароскопа

ощущается желеподобная плотность этих образований.

Большое значение в диагностике заболевания имеет пункционная биопсия, но ее целесообразно проводить только после исключения эхинококкоза. Биопсию лучше проводить во время лапароскопического исследования, при котором отчетливо определяется белесоватого цвета узел паразита на темном фоне печени.

Альвеококкоз печени необходимо дифференцировать от гидатидного эхинококкоза, цирроза и новообразований печени. Трудно отличить альвеококкоз от гидатидного эхинококкоза, так как все симптомы и лабораторные тесты, характерные для последнего, такие, как реакции Касони и гематглютинации с латексом, эозинофилия и др., могут наблюдаться при обоих заболеваниях. Кроме того, симптом «желеподобной плотности печени» может быть и при обызвествленном эхинококкозе. В то же время при рентгенографическом исследовании сферически компактные участки обызвествления при гидатидном эхинококкозе можно отличить от известковых брызг при альвеококкозе. Установлению диагноза помогает знание особенностей эндемического очага. Легче отличить альвеококкоз от цирроза печени, при котором, как правило, нарушается функция печени, отсутствует эозинофилия, а реакции Касони и гематглютинация с латексом отрицательные.

При дифференциации от злокачественных новообразований печени следует учитывать анамнез, а также и то, что при альвеококкозе печень значительно плотнее, отсутствует кахексия, а специфические реакции положительные.

Клиника и диагностика осложненных форм альвеококкоза. Хирургическими осложнениями альвеококкоза могут быть:

1. Механическая желтуха;
2. Портальная гипертензия;
3. Нагноение паразитарных каверн;
4. Кровотечение в полость распада;
5. Прорыв содержимого каверн в свободную брюшную полость и желчные пути.

Механическая желтуха является наиболее частым осложнением и отмечается у 1/3 больных. Чаще всего она возникает при наличии больших альвеококковых узлов, замещающих по ловину или даже 3/4 печени или при прорастании желчного протока, дренирующего непораженную часть печени. Такая желтуха начинается без боли, нарастает медленно и никогда не проходит самостоятельно. Однако причиной желтухи могут быть и небольшие альвеококковые узлы, локализующиеся главным образом в области ворот печени. В этих случаях очень быстро развивается печеночная гипертензия. Клинически такая желтуха протекает тяжело с выраженными нарушениями функций печени.

При обтурационной желтухе детрит из полости распада попадает в желчные ходы. Клинически это напоминает желчную колику. Желтуха носит волнообразный характер. В непораженной части печени также наблюдаются патологические изменения в виде иммунного гепатита с признаками цирроза печени и нарушением ее функции. Все это создает неблагоприятный фон, на котором вынуждено производят оперативные вмешательства. Больные, поступающие с механической желтухой, как правило, находятся в тяжелом состоянии, обусловленном основным заболеванием и развившимися осложнениями. Нередко механической желтухе сопутствует холангит, который и без того ухудшает состояние больного.

В качестве диагностических методов при механической желтухе, обусловленной альвеококкозом применяют как визуальные (гастродуоденоскопия, лапароскопия), так и прямые рентгеноконтрастные методы (ретроградная панкреатохолангиография, антеградная чрескожная чреспеченочная холангиография). Большим преимуществом этих методов исследования, помимо высокой информативности, является возможность использования их в качестве

лечебных мероприятий, главным образом для декомпрессии желчевыводящих путей. Информативность исследования значительно повышается при сочетанном применении визуальных и рентгеноконтрастных диагностических методов.

Наиболее информативна в распознавании механической желтухи лапароскопия. Даже если при ней не удастся поставить точный диагноз, все же можно судить о локализации процесса.

Основным лапароскопическим признаком механической желтухи, в том числе обусловленной альвеококкозом, является зеленый цвет печени в результате превращения билирубина желчи в биливердин.

Об уровне сужения протоков свидетельствует изменение желчного пузыря. При нарушении проходимости дистального отдела общего желчного протока желчный пузырь значительно увеличен, напряжен. При высокой непроходимости желчных путей в области ворот печени желчный пузырь обычно спавшийся. Кроме того, признаком высокой непроходимости желчных путей является наличие расширенных, извитых, разветвленных субкапсулярных желчных ходов. Именно проксимальная непроходимость желчных протоков ведет в короткое время к появлению интенсивной зеленой окраски печени.

В случае холестатического гепатита зеленая окраска печени представлена в виде рассеянных зеленых пятен по поверхности печени, чередующихся с участками красноватого или желтоватого цвета, характерного для некроза печени.

Лапароскопия позволяет взять кусочек печени для гистологического исследования. Сочетание лапароскопии и гастродуоденоскопии значительно увеличивает информативность каждого из этих методов в отдельности.

Другим визуальным методом исследования гепатопанкреатодуоденальной зоны является дуоденоскопия, которую необходимо проводить всем больным, поступающим с механической желтухой. Она позволяет выявить изменения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Одновременно с дуоденоскопией проводят ретроградную панкреатохолангиографию, которая дает возможность установить характер изменений гепатикохоледоха. Большими диагностическими возможностями обладает антеградная чрескожная чреспеченочная холангиография, особенно при высокой непроходимости желчных путей.

Наиболее опасным симптомом портальной гипертензии, обусловленной альвеококкозом, служит кровотечение из вен пищевода и желудка, возникающее иногда внезапно. Оно проявляется обильной кровавой рвотой и меленой. Обычно больные с желудочным кровотечением поступают в хирургическое отделение уже с установленным диагнозом альвеококкоза. Определенную информацию о состоянии портального кровообращения и его сосудах дает спленопортография, рентгенологическое исследование (на рентгенограмме видны расширенные вены пищевода и желудка). Гастродуоденоскопия позволяет не только установить причину желудочного кровотечения, но и остановить его.

При распаде альвеококкового узла в центре паразитарной опухоли нередко происходит секвестрация с образованием каверны, а иногда наблюдается профузное кровотечение в полость распада. Кроме того, может произойти перфорация области распада с прорывом ее содержимого в свободную брюшную полость, реже через диафрагму в полость плевры и в перикард, а при спаянии с тканью легкого и в бронх, что в свою очередь приведет к образованию желчно-бронхиального свища. При альвеококкозе осложнения, обуславливающие клиническую картину острой внутрибрюшинной катастрофы и требующие неотложного хирургического вмешательства, встречаются реже, чем при эхинококкозе. К этим осложнениям относят нагноение паразитарных каверн, кровотечение из них и прорыв их содержимого в соседние органы. Кровотечение в паразитарную каверну при альвеококкозе клинически проявляется симптомами скопления жидкости в замкнутой полости, расположенной в печени, но главным образом нарастанием болей в правом подреберье, болезненностью при поколачивании по реберной дуге справа и при сдавлении грудной клетки на уровне реберной дуги в сагиттальном направлении.

справа. В меньшей степени такое кровотечение проявляется изменениями, характерными для кровопотери. В этом отношении может иметь значение определение объема циркулирующей крови, глобулярного объема, гематокрита, содержания гемоглобина, подсчет эритроцитов. Для диагностики внутриполостного кровотечения при альвеококкозе могут быть применены УЗИ, рентгенологическое исследование, компьютерная томография. Однако наиболее информативен радионуклидный метод, при котором внутривенно введенный радионуклид накапливается в паразитарной полости.

В случае присоединения бактериальной инфекции содержимое паразитарной кавитации нагнаивается и развивается клиническая картина микробного абсцесса печени. Усиливаются боли в правом подреберье, ухудшается общее состояние. Температура тела повышается, принимая гектический характер. Боли иррадируют в плечо, правую лопатку. При пальпации в правом подреберье определяются болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки. При локализации гнойной паразитарной полости близко к переднему краю или к нижней поверхности печени возможно появление симптомов раздражения брюшины. При этом поколачивание по правой реберной дуге болезненно.

Рентгенологически определяются высокое стояние правого купола диафрагмы, ограничение его подвижности и выпот в правом плевральном синусе. Иногда можно видеть рентгенологические признаки газового гноя, для которых характерны наличие в проекции печени полости с горизонтальным уровнем жидкости и газом над ним, своеобразная форма свода абсцесса, которая больше напоминает овал, а не характерную для поддиафрагмального абсцесса конфигурацию купола диафрагмы, отсутствие признаков реактивного воспаления правой плевры.

Прорыв полости распада в свободную брюшную полость клинически проявляется перфоративным перитонитом, однако острота его никогда не достигает такой интенсивности, как при перфорации полого органа. При небольшом перфорационном отверстии боли и мышечное напряжение брюшной стенки мало выражены. Постановка диагноза перфорации каверны облегчается, если известно, что больной страдает альвеококкозом.

Прорыв содержимого паразитарной кисты в желчные пути наблюдается редко. Клинически он протекает по типу желчной колики. Закупорка гепатикохоледоха ведет к развитию желтухи. При закупорке печеночных протоков содержимым паразитарной каверны клиническая картина менее характерна. Однако в случае присоединения инфекции повышается температура тела, появляется озноб, в крови нарастает количество лейкоцитов и СОЭ.

Хирургическая тактика при осложненных формах альвеококкоза.

Больные, поступающие в хирургическое отделение с механической желтухой, обусловленной альвеококкозом, как правило, находятся в тяжелом состоянии и нуждаются прежде всего в проведении срочных мероприятий, направленных на снятие интоксикации, лечение и профилактику печеночной недостаточности, коррекцию гемокоагуляционных нарушений. Сразу же начинают интенсивное консервативное лечение: антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, введение анальгетиков, средств, улучшающих сердечно-сосудистую и дыхательную деятельность, парентеральное питание.

Для лечения и профилактики печеночной недостаточности вводят 5% раствор глюкозы, глютаминовую кислоту, маннитол, витамины (главным образом группы В, витамин С, никотиновую кислоту), растворы эуфиллина и эссенциале. При сопутствующем диабете проводят коррекцию уровня сахара в крови. Желтуха вызывает значительные изменения не только в печени, но и в сердце, почках, сосудистой системе. Длительное наблюдение при механической желтухе приводит к патологическим изменениям, ухудшающим результаты лечения и обуславливающим высокую летальность.

В неотложной хирургии обтурационной желтухи, обусловленной сдавливанием желчных ходов альвеококковым узлом, основные лечебные мероприятия должны быть направлены прежде всего на декомпрессию желчевыводящих путей с целью устранения холестаза и желчной гипертензии, тем более что на фоне декомпрессии желчных путей более эффективно медикаментозное лечение, в том числе антибиотиками и дезинтоксикационными средствами. Декомпрессия желчевыводящих путей может быть осуществлена медикаментозными средствами, с помощью, с помощью эндоскопических вмешательств или оперативным путем. Мероприятия, направленные на декомпрессию, следует начинать с назначения консервативных средств.

С целью медикаментозной декомпрессии желчных путей назначают спазмолитические и противовоспалительные средства, под влиянием которых обычно уменьшается отек слизистой оболочки и спазм желчных протоков, что может способствовать оттоку желчи. Если под влиянием консервативной терапии снизилась температура тела, уменьшилась интенсивность желтухи, улучшилось самочувствие и показатели крови, т. е. отмечается тенденция к купированию симптомов, то лечение необходимо продолжать.

Однако консервативная медикаментозная терапия не должна продолжаться более 48 часов. В более поздние сроки вначале показана неотложная щадящая декомпрессия желчных путей одним из эндоскопических методов, а при безуспешности ее оперативное вмешательство. Такая декомпрессия может быть достигнута путем эндоскопического транспапиллярного дренирования гепатикохоледаха или чреспеченочной пункции с образованием гепатохолангиостомы.

Кроме того, проведение декомпрессии эндоскопическими методами можно обособить тем, что она, являясь эффективным лечебным мероприятием, в то же время может вызвать опасные осложнения. В частности, возникновение острой печеночной недостаточности при механической желтухе в основном связывают с быстрой декомпрессией желчных протоков и активным отведением желчи наружу или в кишечный тракт из вне- и внутрипеченочных протоков. Эндоскопические методы более удобны для осуществления дозированной декомпрессии, чем, например, желчеотводящие операции.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и транспапиллярное дренирование гепатикохоледаха лишены недостатков, присущих другим эндоскопическим и пункционным методам рентгенологического исследования и декомпрессии желчных протоков. Проведение этих манипуляций исключает возможность крово- и желчеистечения в свободную брюшную полость. Эндоскопическое транспапиллярное дренирование при альвеококкозе может быть осуществлено путем введения назобиллиарного дренажа. Показанием к проведению назобиллиарного дренажа является механическая желтуха, обусловленная сдавливанием гепатикохоледаха альвеококковым узлом.

После дуоденоскопии и РПХГ через биопсийный канал эндоскопа под рентгенологическим контролем вводят назобиллиарный пластиковый дренаж со стальным мандреном для облегчения его продвижения через суженный альвеококковым узлом участок гепатикохоледаха как можно дальше за препятствие в один из печеночных протоков и затем извлекают эндоскоп (рис. 16). Проксимальный конец дренажа выводят наружу через носовой ход и присоединяют к отсосу для активной аспирации желчи с разрежением 20-30 мм вод. ст. Дренаж периодически промывают теплым изотоническим раствором хлорида натрия или 0,25% раствором новокаина с антибиотиками.

Положение дренажа контролируют рентгенологически. После установки дренажа в гепатикохоледахе необходимо тотчас промыть желчные протоки для удаления введенного контрастного вещества, смешанного с желчью, во избежание вспышки холангита. Однако с помощью РПХГ можно контрастировать только тот участок желчевыводящих путей, который расположен между их терминальными отделом и дистальной границей альвеококкового узла, сдавливающего гепатикохоледах. Этот недостаток исследования может быть устранен путем одновременного применения РПХГ и антеградной ЧЧХГ.

В случае безуспешности или невозможности транспапиллярного дренирования гепатикохоледоха для декомпрессии желчевыводящих путей применяют чрескожную чреспеченочную холангиостомию. Она особенно показана при высокой блокаде желчных протоков для декомпрессии внутрипеченочных протоков. Методика чрескожной чреспеченочной гепатикохоледохостомии заключается в следующем.

Для пункции может быть использованы иглы длиной 12-15 см с наружным диаметром 1-1,5 мм. Однако следует отдавать предпочтение специальным пункционным иглам фирмы «Chiba» (Япония) длиной 15 см, с наружным диаметром 0,7 мм и внутренним 0,5 мм, углом среза 30°. Благодаря эластичности иглы почти исключено повреждение ткани печени. При исследовании в положении больного на спине под местным обезболиванием из точки, расположенной тотчас ниже реберной дуги на 4-6 см правее срединно-ключичной линии в направлении спереди назад под углом 45° к поверхности тела иглу вводят в печень на глубину 8-12 см во время паузы в дыхании. При боковом доступе пункцию производят в девятом межреберье по среднеподмышечной линии в положении больного на боку, направляя иглу строго перпендикулярно сагиттальной плоскости (рис. 17). При заднем экстраперитонеальном доступе пункцию печени выполняют в положении больного на животе. Иглу вводят по нижнему краю XI ребра на 8 см правее линии остистых отростков с небольшим наклоном вверх. Следует иметь в виду, что при любом доступе необходимо вводить иглу на глубину 8-12 см во время паузы в дыхании.

После того как игла введена в печень, из нее извлекают мандрен и к канюле при соединении шприца, заполненного 0,25% раствором новокаина, создавая разрежение в шприце, иглу медленно выводят из печени. Засасывание желчи в шприц свидетельствует о том, что конец иглы находится в просвете внутрипеченочного протока. Удаляют несколько миллилитров желчи, чтобы не создавать дополнительной компрессии во внутрипеченочных протоках при введении контрастного вещества. Затем вводят 30-40 мл 20-30% раствора контрастного вещества и осуществляют холангиографию.

После окончания рентгенологического исследования следует удалить как можно больше только что введенного контрастного вещества, смешанного с желчью. Через просвет иглы вводят проводник и иглу удаляют. С целью длительного наружного чрескожного желчеотделения в пункционный канал по проводнику вводят перфорированный пластиковый рентгеноконтрастный дренаж такого диаметра, чтобы он, плотно прилегая к стенкам пункционного канала, уменьшал возможность истекания крови и желчи в свободную брюшную полость. Необходимо следить, чтобы отверстия в дренаже не находились за пределами печени. Через сформированную таким образом гепатикостому происходит декомпрессия проксимальных отделов желчевыводящих путей.

Контрастирование с помощью антеградной ЧЧХГ и РПХГ значительно повышает информативность исследования, позволяет выявить состояние всей желчевыводящей системы выше и ниже препятствия, уровень распространения и характер поражения желчных путей патологическим процессом и регистрировать полученную информацию непосредственно на одной рентгенограмме. С помощью антеградной ЧЧХГ устанавливают состояние желчных путей выше, а при РПХГ - ниже уровня сдавливания желчных путей опухолевым процессом. В настоящее время паллиативные операции являются основным видом экстренных вмешательств при механической желтухе, обусловленной альвеококком. Показания к операции при механической желтухе подразделяют на экстренные, срочные и отсроченные.

Экстренные операции при механической желтухе, обусловленной альвеококком, производят при явлении перитонита, разрыва паразитарной кисты с выходом ее содержимого в свободную брюшную полость. Срочные операции выполняют в течение 2 сут после поступления в стационар при наличии механической желтухи, осложненной холангитом или абсцедированием паразитарной каверны. Отсроченные операции производят спустя 1-2 нед после

разрешения желтухи.

Вид и объем оперативного вмешательства при осложненном альвеококкозе печени не зависят от характера основного заболевания, его распространенности, тяжести состояния и наличия осложнений паразитарного процесса. В то же время хирургические вмешательства, проводимые в условиях непроходимости желчных путей, сопутствующего холангита и печеночной недостаточности у больных с осложненным альвеококкозом, являются весьма рискованными и сопровождаются высокой летальностью. Вот почему при локализации паразитарных узлов в воротах печени, особенно у тяжелобольных, хирурги нередко отказываются от операции и проводят эксплоративную лапаротомию. В таких случаях предпочтение должно быть отдано щадящим, паллиативным оперативным вмешательствам. Больные с непроходимостью желчных путей очень плохо переносят те операции, которые не заканчиваются отведением желчи. Как правило, вскоре у них развивается острая печеночная и почечная недостаточность, которая на фоне основного заболевания быстро приводит к летальному исходу.

Паллиативные операции при альвеококкозе позволяют облегчить состояние больного, избавить его от явлений холангита и мучительного зуда. Кроме того, цель паллиативных операций, проводимых при механической желтухе, обусловленной альвеококкозом, состоит в том, чтобы в дальнейшем после специальной предоперационной подготовки выполнить, если это возможно, соответствующее оперативное расширенное вмешательство на печени в более благоприятных для больного условиях. Желчеотводящие операции при альвеококкозе печени вследствие медленного роста паразитарного узла более эффективны, чем например, при злокачественных опухолях, могут на несколько лет продлить жизнь больного.

Решая вопрос об оперативном способе декомпрессии желчных путей при альвеококкозе делят на две группы: с отведением желчи внутрь (биллиодигестивные анастомозы), что более физиологично, и с отведением ее наружу (дренирование внепеченочных протоков, наружное дренирование полости распада, в которую нередко впадают крупные внутрипеченочные протоки).

Паллиативные вмешательства, направленные на отведение желчи в желудочно-кишечный тракт, положительно влияют на состояние больного, что в свою очередь, играет не маловажную роль в последующем лечении. Наружное дренирование желчных протоков у тяжелобольных альвеококкозом, осложненным обтурационной желтухой, снижая интоксикацию, улучшает состояние больных и в первые дни после операции имеет заметное преимущество перед различными способами внутреннего дренирования.

При осложненных формах альвеококкоза печени показаны двухмоментные операции, так как одномоментное оперативное вмешательство сопровождается высокой летальностью вследствие ухудшения состояния больных и нарастания печеночной недостаточности. Необходимо вначале произвести наружное отведение желчи, а затем выполнить более сложные оперативные вмешательства, главным образом с целью отведения желчи внутрь.

Операция отведения желчи наружу при осложненном альвеококкозе показана в тех случаях, когда тяжесть состояния больного не позволяет выполнить более сложные операции, связанные с необходимостью наложения внутрибрюшинных анастомозов (из-за угрозы возникновения недостаточности анастомоза и развития перитонита). Наружное отведение желчи может быть осуществлено:

- 1) без вскрытия брюшной полости путем чрескожной пункции желчных ходов либо полости распада, сообщающихся с желчными ходами, и введения трубчатых дренажей, по которым желчь будет оттекать наружу; эту манипуляцию осуществляют под местной анестезией;
- 2) со вскрытием брюшной полости и последующим дренированием желчных ходов; Чрескожная пункционная каверностомия проще пункционной холангиостомии. Ее производят тогда, когда диагноз альвеококкоза, осложненного желтухой, ясен, четко пальпируется паразитарный узел, в центре которого определяется флюктуация, и каверна содержит желчь (рис 18).

При наличии большой полости, образовавшейся в результате распада паразитарного узла, выполняют широкое наружное дренирование - марсупилизацию. Благодаря этому улучшается состояние больного, так как уменьшается интоксикация вследствие удаления гноя содержимого печени и снижается механическое давление паразитарного узла на соседние органы. Если в центре паразитарного узла имеется полость распада, в которую открываются крупные внепеченочные протоки, то выполняют также марсупилизацию паразитарной каверны. В дальнейшем, после того, как состояние больного улучшится, для устранения образовавшегося желчного свища выполняют фистулоэктомию.

Особенно сложно лечение высокой непроходимости желчных путей, обусловленной альвеококкозом. В этих случаях любое оперативное вмешательство, в том числе паллиативное, нередко заканчивается летально. При локализации опухоли в области общего печеночного протока могут быть произведены реканализация и интубация протока. Операция заключается в бужировании пораженного опухолью протока и оставлении в нем погружного пластикового дренажа.

Методика реканализации обтурированного паразитарной опухолью протока заключается в следующем. В неизменной части гепатикохоледоха находят спавшийся желчный проток. На его переднюю стенку накладывают две держалки, между которыми продольно пересекают стенку протока на протяжении 1 - 1,5 см. Затем в направлении ворот печени вводят пуговчатый или маточный зонд диаметром 2-3 мм и осторожно вращательными движениями продвигают инструмент через суженный участок протока, преодолевая иногда значительное сопротивление. Как только удастся пройти место сужения, появляется ощущение «провала» и из протока сразу же под давлением начинает поступать темная желчь. Затем бужами с постепенно увеличивающимся диаметром расширяют проток до 7-8 мм.

Реканализованный таким образом проток дренируют пластиковой трубкой максимально возможного для этих условий диаметра. При этом один конец трубки вводят в проток через суженное отверстие на 3-4 см выше опухоли, а другой проводят в дистальный конец холедоха так, чтобы он не достигал места впадения вирсунгового протока, иначе транспапиллярно расположенный дренаж может привести к прекращению поступления панкреатического сока в кишку и развитию острого панкреонекроза. Трубку фиксируют к стенке протока и над ней зашивают проток наглухо. К салниковому отверстию подводят дренажную трубку, которую через дополнительный разрез выводят на переднюю брюшную стенку.

При тяжелой механической желтухе вследствие высокой блокады внепеченочных желчных протоков альвеококковым процессом выполняют реканализацию протоков с введением в их просвет пластиковых дренажей; концы их через паренхиму печени выводят на переднюю брюшную стенку. Для этого вначале производят холедохотомию. Края разреза берут на держалки. Затем в проксимальном направлении вводят металлический или пластиковый зонд, которым осторожно, вращательными движениями преодолевают суженный паразитарной опухолью участок протока. Появление чувства «провала» и появления темной желчи после извлечения зонда указывает на эффективность манипуляции. Эластичными зондами постепенно увеличивающегося диаметра производят реканализацию суженной части протока так, чтобы через него свободно проходил зонд диаметром 3-4 мм.

Для проведения дренажа через печень зонд направляется из долевого в сегментарный проток так, чтобы он вышел на верхнюю поверхность печени ближе к ее переднему краю. К концу зонда прикрепляют перфорированный дренаж и проводят его через печень. Отверстия в дренаже не следует располагать близко к поверхности печени, чтобы исключить попадание желчи в свободную брюшную полость. Дренаж в месте выхода его из печени фиксируют кисетными или 8-образными швами. Оба конца дренажа через отдельные проколы выводят на переднюю брюшную ниже реберной дуги. Транспеченочный дренаж с выведением обоих концов наружу исключает возможность его выпадения и позволяет периодически производить их промывание и смену.

С этой же целью может быть применен следующий способ сквозного транспеченочного дренирования с использованием Т-образного дренажа гепатикохоледох при альвеококкозе печени с поражением ее ворот. Выделяют и вскрывают гепатикохоледох в супрадуоденальной части. Затем производят реканализацию и бужирование его суженной части с помощью проводника для транспеченочного дренирования. В качестве проводника может быть применен металлический зонд с утолщением на конце. Для дренажей используют полимерные трубки с силиконовым покрытием. На дренажную трубку необходимо нанести перфорации так, чтобы они приходились на ту часть, которая оказывается погруженной в паренхиму печени и желчные протоки.

После выведения зонда через печеночные протоки и паренхиму на выведенный наружу его конец надевают пластиковую трубку, которую предлагают использовать в качестве дренажа. Затем проводник с трубкой выводят обратно. Диаметр дренажа должен быть меньше диаметра магистральных желчных протоков во избежание перекрытия трубкой устьев боковых печеночных протоков и развития обтурационной желтухи. Дистальный конец дренажа, проведенного чреспеченочно, после фиксации его кисетным кетгутовым швом к печени через отдельный разрез выводят на переднюю брюшную стенку, дополнительно фиксируя его к коже. Нижний конец дренажной трубки выводят также наружу через просвет Т-образного дренажа, введенного в общий желчный проток через холедохотомическое отверстие. Конец дренажа выводят на передней брюшной стенке, закрепляют на коже. Выведение транспеченочного дренажа через Т-образный позволяет производить его санацию, вымывать детрит из гепатикохоледох и заменять его при закупорке солями желчных кислот. Затем перфорируя стенку печеночного протока изнутри, головку зонда через ткань печени выводят на диафрагмальную или переднюю поверхность последней. Оперативная реканализация и внутреннее протезирование желчных ходов при механической желтухе, вызванной альвеококкозом, более физиологичны. Однако их выполняют при условии, что протяженность суженного участка гепатикохоледох не более 4 см.

Паллиативные вмешательства, направленные на отведение желчи в желудочно-кишечный тракт путем создания соустья, должны производиться только при общем удовлетворительном состоянии и в отсутствие явлений перитонита.

К каждой из операций имеются показания в зависимости от размеров, локализации паразитарного узла, наличия или отсутствия в нем полости распада, сообщающейся с желчными ходами. Операция реканализации желчных ходов с использованием ординарного сквозного транспеченочного дренажа показана при паразитарных узлах, занимающих большую часть или половину печени и на протяжении нескольких сантиметров сдавливающих желчные ходы другой ее половины. Такую же операцию, но с использованием двух других дренажей целесообразно выполнять при небольших узлах, локализующихся в воротах печени и сдавливающих оба печеночных протока. При этом в обеих долях печени остается значительная часть функционирующей паренхимы, а некоторое усложнение техники и травматичность оперативного вмешательства оправданы.

Методика такой операции заключается в следующем. После вскрытия и ревизии брюшной полости приступают к препаровке печеночно-двенадцатиперстной связки. Обнаружив гепатикохоледох, вскрывают его в продольном направлении и бужируют сдавленный узлом альвеококка участок печеночного или долевого желчного протока. Известно, что альвеококковый узел некоторое время не прорастает в просвет печеночного протока и вначале желтуха развивается только из-за его сдавления. В течении нескольких месяцев после появления признаков холестаза еще можно провести бужирование через суженный отдел в расположенный выше расширенный желчный проток.

Для того чтобы определить протяженность места сужения, выполняют холангиографию через введенный в холедох дренаж соответствующего диаметра. Иногда через суженный участок удастся ввести контрастное вещество во внутripеченочные ходы и получить пред

ставление о его направлении и протяженности.

Введенный в общий желчный проток проводник продвигают через препятствие и находящийся за ним отрезок желчного хода до появления стойкого сопротивления. Затем проводят через его через паренхиму печени по направлению к диафрагмальной поверхности таким образом, чтобы конец его вышел на поверхность печени в 5-6 см от ее края. На конец проводника надевают дренажную трубку и извлекают проводник, а за ним и трубку в обратном направлении через образованный канал. Для того, чтобы из желчных ходов желчь поступала в желудочно-кишечный тракт, один или оба ее конца на определенном расстоянии должны быть погружены в просвет кишки. С этой целью петлю тощей кишки длиной 70-80 см выключают У образным анастомозом по Ру.

Отступая несколько сантиметров от защитного конца выключенной петли, в ее стенке скальпелем делают небольшое отверстие, через которое в просвет кишки вводят дренажную трубку. На расстоянии 25-30 см от этого отверстия таким же образом делают второе отверстие, через которое конец дренажной трубки извлекают наружу. На участке дренажа, расположенном в печени и кишечной петле, наносят множество мелких отверстий. Между холедохом и петлей тощей кишки в месте введения в нее дренажной трубки накладывают анастомоз. Вокруг выведенного из кишки дренажа накладывают кисетные швы. Кишечную петлю в этом месте подшивают к брюшине, а дренаж через прокол в брюшной стенке выводят наружу. Другой печеночный конец дренажа окутывают салынком и таким же образом выводят наружу. Оба выведенных на переднюю брюшную стенку конца дренажа фиксируют к коже с помощью резиновых манжеток. В течение 7-10 дней оба конца дренажа оставляют открытыми для свободного оттока желчи, затем их периодически пережимают и через несколько дней закрывают, снимая зажимы для промывания дренажей. Смену дренажей производят через 2-3 мес.

Операция холангиогепатоеюностомия на скрытом сквозном транспеченочном дренаже при лечении альвеококкоза, осложненного желтухой, показана при поражении ворот печени паразитарной опухолью на значительном протяжении, если не представляется возможным через паразитарный узел пройти в расширенный желчный ход непораженной доли печени. Техника операции аналогична приведенной выше, но гепатикохоледох не вскрывают, а дренажную трубку продвигают через расширенный желчный ход непораженной доли печени и выводят один конец на нижнюю, а другой - на верхнюю поверхность печени. Затем один или оба конца дренажной трубки погружают в выключенную по способу Ру петлю тощей кишки и выводят на переднюю брюшную стенку.

Операцию каверноэюностомии или кавернохолестистоеюностомии выполняют в тех случаях, когда имеется полость распада альвеококковой опухоли, сообщающаяся с желчными ходами. Такие операции целесообразно проводить при локализации полости распада в правой половине печени. Дренажную трубку через паренхиму печени проводят в полость распада, а затем один или оба конца сквозного транспеченочного дренажа погружают в просвет изолированной по способу Ру петли тощей кишки. Подобный объем операции переносят и тяжелобольные с распространенным процессом.

В зависимости от локализации и распространенности паразитарного процесса можно применять и другие варианты операции, в основе которых лежит использование сквозного транспеченочного дренажа. Они эффективнее, чем аналогичные операции с внутренним дренированием, и могут быть произведены у тяжелобольных.

При клинической картине прорыва содержимого паразитарной каверны в свободную брюшную полость показаны среднесрединная лапаротомия, тщательная санация брюшной полости, широкое вскрытие полости распада, удаление ее содержимого и адекватное дренирование. Операцией выбора следует считать марсупиализацию. Если последняя невозможна, то полость распада тампонируют марлевыми салфетками и вводят два перфорированных трубка

тых дренажа для приточно-аспирационного промывания остаточной полости, заполненной элементами альвеококкового узла. При явлениях перитонита проводят мероприятия, последовательность и объем которых подробно описаны в литературе.

При нагноении паразитарной каверны операцией выбора следует считать широкое наружное дренирование образовавшейся гнойной полости. Для удаления гнойного детрита и секвестров паразитарного узла полость каверны широко раскрывают, переднюю стенку полости иссекают, а края подшивают к краям рассеченной париетальной брюшины и кожной раны, т.е. производят марсупиализацию каверны. Полость распада альвеококкового узла обрабатывают 3-5% спиртовым раствором йода или этиловым спиртом, тампонируют и дренируют трубчатыми дренажами для приточно-аспирационного промывания полости. В послеоперационном периоде полость промывают растворами антибиотиков и антисептиков. То же самое делают и при наличии полостей распада в центре неудаляемых паразитарных узлов. Только такая операция может обеспечить полноценное опорожнение и отторжение в рану ткани альвеококка, погибающего под влиянием воспалительного процесса и лечения. При недостаточно широком дренировании отделяемое задерживается в полости и увеличивает возможность проявления гнойной интоксикации. После марсупиализации отторжение мертвых частей паразита происходит быстрее, чем после операции кускования паразитарного узла. Остающаяся в печени полость постепенно выполняется грануляциями и подвергается рубцеванию. Однако полного заживления, как правило, не наступает. При неблагоприятном течении остаются небольшие свищи со слизистым отделяемым.

Эффективное дренирование каверны может быть достигнуто путем каверностомии с энтероэнтероанастомозом и заглушкой приводящей петли тощей кишки (рис.28). Остановка кровотечения из полости распада альвеококкового узла представляет определенные трудности, так как наложение обычной лигатуры на зияющий в плотной строме кровеносный сосуд не всегда приводит к гемостазу. Существует следующий способ остановки кровотечения из альвеококкового узла. Кровотокающий в полости распада кровеносный сосуд прошивают лигатурой с биологическим тампоном, изготовленным из кусочка большого сальника. При завязывании лигатуры к просвету зияющего кровотокающего сосуда подтягивают биологический тампон, которым закупоривается просвет сосуда.

При кровотечении из вен пищевода и желудка, обусловленном развитием портальной гипертензии при альвеококкозе, вначале проводят активную консервативную терапию, направленную на остановку кровотечения и возмещение кровопотери. Консервативное лечение одновременно может служить подготовкой к экстренному вмешательству, показаниями к которому являются массивное кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии, а также возможность рецидива его в ближайшие часы после остановки. Наиболее эффективный метод консервативного лечения кровотечения - сдавливание вен пищевода зондом типа Блекмора. Для остановки кровотечения производят операции, направленные на прекращение поступления крови в вены пищевода из портальной системы путем прошивания вен пищевода, кардиального отдела и малой кривизны желудка.

Нередко встречаются неоперабельные формы альвеококкоза, главным образом при локализации паразитарных узлов в области ворот печени. В таких случаях паразитарные узлы подвергают воздействию химиотерапевтических средств. Такие антипаразитарные препараты, как мебендазол (вермокс), наносят непосредственно на поверхность остающейся части альвеококка. Кроме того, для местной химиотерапии используют 10% раствор этилового спирта. В отдельных случаях обкалывание альвеококковых узлов антипаразитарными средствами может привести впоследствии к секвестрации альвеококка. Если при пункциях паразитарных узлов не удается обнаружить полостей распада, то целесообразно подвести к центру узла трубку, через которую вводят антипаразитарные средства, ферментные препараты, ускоряющие колликвационный некроз, и при необходимости бактерицидные или бактериостатические средства. Эффективно также подведение к паразитарному узлу печени антипаразитарных препаратов че

рез канюлированную пупочную вену. С этой целью при неоперабельных формах альвеококкоза внутривенно вводят сарколизин. Перфузат, состоящий из сарколизина, 5% раствора глюкозы, гепарина, неоконпенсана (гемодез), вводят в пупочную вену со скоростью 10-15 капель в минуту в течение 7-8 дней. Общая доза сарколизина 200-240 мг. Внутривенная инфузия лекарственных средств улучшает белково-образовательную и детоксикационную функции печени, снижает содержание билирубина в крови. Паллиативные операции в сочетании с химиотерапией способны на длительное время улучшить состояние больного.