

ГЕМОДИНАМИКА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПОСЛЕ АБДОМИНИЗАЦИИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ

Мадаминов Э.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Дано состояние гемодинамики печени после абдоминализации паразитарных кист печени у 56 больных. Установлено, что при абдоминализации имеет место минимальное нарушение гемодинамики печени в сравнении с капитонажем и инвагинацией.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, абдоминализация, капитонаж, инвагинация, УЗ доплерография.

ЭХИНОКОККОЗ ООРУСУНА ЧАЛДЫККАН БЕЙТАПТАРДЫН ФИБРОЗДУК ЧЕЛ КАБЫКТЫ АБДОМИНИЗАЦИЯЛОО БЫКМАСЫНАН КИЙИНКИ БООРДУН ГЕМОДИНАМИКАСЫ

Мадаминов Э.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Боордун мите ыйлаакчасынын фиброздук чел кабыгын абдоминациялоодогу 56 бейтаптын боор гемодинамикасынын абалы берилген. Абдоминациялоодо капитонаж жана инвагинацияга салыштырмалуу, боордун гемодинамикасынын бузулушу минималдуу болгон.

Негизги сөздөр: Боор, абдоминациялоо, капитонаж, инвагинация, ультрадобуштук доплерография.

LIVER HEMODYNAMICS OF ECHINOCOCCOSIS PATIENTS AFTER ABDOMINIZATION OF THE FIBROUS CAPSULE

Madaminov E. M.

I. K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The state of the liver hemodynamics after abdominization of the parasitic cysts of 56 patients is given. It was found that there is a minimal liver hemodynamics abnormality in abdominization comparing with the capitonnage and invagination.

Keywords: liver, echinococcosis, abdominization, capitonnage, invagination, Doppler Ultrasound.

Введение.

В оперативном лечении эхинококкоза печени одним из основных этапов является ликвидация полости фиброзной капсулы и в литературе представлено очень много методов посвященных этому вопросу, но все они не лишены таких недостатков как возникновение остаточной полости с последующим нагноением и нарушение гемодинамики [1,2,4,5,8].

Идут поиски методов ликвидации полости фиброзной капсулы с минимальным нарушением гемодинамики и снижение частоты остаточной полости.

Цель работы: изучить состояние гемодинамики печени при использовании метода абдоминализации в ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе.

Материал и методы обследования.

Под наблюдением находилось 56 больных эхинококкозом печени. Возраст их колебался от 18 до 64 лет. Женщин было 36, мужчин 20. Кисты локализовались у 42 больных в правой доле печени, у 12 – в левой и у 2 - в обеих долях. При правосторонней локализации был доступ по Федорову, а в левой – верхне - срединный. У 36 больных кисты были средних размеров (от 10 до 15 см в диаметре), у 20 - больших (от 15 до 20 см).

В обследовании больных, помимо общеклинических методов, использовано ультразвуковое исследование (УЗИ) и ультразвуковая доплерография на диагностическом сканере «Acuson Sequoia 512». Дан анализ основных ультразвуковых параметров, отражающих структурные и гемодинамические изменения

печеночной артерии, воротной вены и печеночных вен. При этом определяли диаметр сосудов (d), среднюю (V mean) и объемную (V vol.) скорость кровотока для венозных сосудов и для артериальных, пиковую систолическую скорость кровотока (V max), конечную диастолическую скорость кровотока (V min), объемную скорость кровотока. Полученные результаты обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (d) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t - критерию по таблице Стьюдента.

В ликвидации полости использована методика абдоминализации, предложенная А.А. Вишневым [6] и использованная широко Ахунбаевым И.К. и Ахунбаевой Н. И. [2], которую они применяли при эхинококкозе легких.

Методика операции заключалась в следующем: после ревизии печени и предварительного обеззараживания содержимого кист гипертоническим раствором хлорида натрия (30%) или озонированным раствором (8-10мкг/ мл), иссекается часть фиброзной капсулы, выступающая над поверхностью печени. После иссечения фиброзной капсулы до печеночной ткани накладываем гемостатический шов, полость еще раз обрабатываем и тщательно осматриваем для выявления желчных свищей. При обнаружении свища его ушивали (6 чел), а у 2 к ушитому свищу фиксировали прядь большого сальника. Оставшаяся тарелкообразная часть фиброзной капсулы оставалась открытой и к ней подводили 1-2 страховых дренажа, послонные швы на рану. После операции

выполняли УЗИ для контроля стояния дренажа и своевременного контроля скопления жидкости в брюшной полости.

УЗ доплерографию выполняли до операции и при выписке. При этом были проанализированы значения основных ультразвуковых параметров, отражающих структурные и гемодинамические изменения. Проводилось определение количественных показателей гемодинамики печени: венозной и артериальной системы.

Результаты и их обсуждение.

При анализе показаний гемодинамики печени до операции, было установлено, что нарушение были равнозначными в группах больных, которым полость фиброзной капсулы была ликвидирована капитонажем, инвагинацией и абдоминализацией. Динамическое

наблюдение за больными показало, что течение послеоперационного периода было благоприятным. Лишь у одного больного на 3-4 сутки после операции по дренажам стало выделяться отделяемое с примесью желчи, при контрольном УЗИ выпота в брюшной полости не обнаружено, усилена противовоспалительная терапия и дренажи задержаны до 8 суток. Отделяемое постепенно уменьшалось и после его прекращения дренажи были удалены.

В послеоперационном периоде выполнена УЗ доплерография и ее результаты были сопоставлены с показателями больных, которым полость была ликвидирована капитонажем (25 чел) и инвагинацией (18 чел). В качестве контроля было обследовано 20 практически здоровых лиц (таблица 1).

Таблица 1.
Сравнительная оценка ультразвуковой доплерографии больных эхинококкозом печени с различными методами ликвидации полости фиброзной капсулы

Показатели	Методы ликвидации фиброзной капсулы						Практически здоровые n-20, $M_7 \pm m_7$
	абдоминализация n-56		капитонаж n-25		Инвагинация n-18		
	до операц. $M_1 \pm m_1$	при выписке $M_2 \pm m_2$	до операц. $M_3 \pm m_3$	при выписке $M_4 \pm m_4$	до операц. $M_5 \pm m_5$	при выписке $M_6 \pm m_6$	
V.portae Главная вена: d,см.	1,040±0,02	0,92±0,02	1,92±0,06	1,64±0,07	1,71±0,05	1,02±0,06	0,91±0,02
P	$M_1 - M_3 > 0,05$ $M_2 - M_4 > 0,01$		$M_3 - M_5 > 0,05$ $M_4 - M_6 > 0,05$		$M_5 - M_7 < 0,01$ $M_6 - M_7 < 0,01$		
Vvol., мл/мин	634,32± 14,28	670,5± 12,12	676,32± 12,17	652,31± 4,12	678,35± 12,13	612,51± 10,13	674,30±8,13
P	$M_1 - M_3 > 0,05$ $M_2 - M_4 > 0,05$		$M_3 - M_5 > 0,05$ $M_4 - M_6 < 0,05$		$M_5 - M_7 < 0,01$ $M_6 - M_7 > 0,05$		
Vcp., см/сек	18,90 ±0,11	16,2±0,52	21,10±0,28	18,14±0,72	20,18±0,27	19,14±0,31	16,10±0,48
P	$M_1 - M_3 < 0,01$ $M_2 - M_4 < 0,05$		$M_5 - M_5 > 0,05$ $M_4 - M_6 > 0,05$		$M_5 - M_7 < 0,01$ $M_6 - M_7 < 0,01$		
Правая ветвь: d,см	0,92±0,02	0,81±0,01	0,66±0,01	0,69±0,05	0,66±0,07	0,68±0,06	0,71±0,01
P	$M_1 - M_3 < 0,05$ $M_2 - M_4 < 0,05$		$M_3 - M_5 > 0,05$ $M_4 - M_6 > 0,05$		$M_5 - M_7 > 0,05$ $M_6 - M_7 > 0,05$		
V vol, мл/мин	452,15±5,14	359,4±7,13	4,17±1,71	392,13±3,13	328,14 ±2,71	321,51±2,37	329,31±7,14
P	$M_1 - M_3 < 0,01$ $M_2 - M_4 > 0,05$		$M_3 - M_5 > 0,05$ $M_4 - M_6 < 0,05$		$M_5 - M_7 < 0,05$ $M_6 - M_7 > 0,05$		
V cp, см/сек	11,49±0,63	12,6±0,37	15,31±0,92	12,81±0,13	15,92±1,13	14,41±0,73	13,61±0,11
P	$M_1 - M_3 < 0,01$ $M_2 - M_4 > 0,05$		$M_3 - M_5 > 0,05$ $M_4 - M_6 < 0,05$		$M_5 - M_7 < 0,05$ $M_6 - M_7 > 0,05$		
Левая ветвь d,см	0,73±0,01	0,68±0,02	0,56±0,01	0,61±0,02	0,56±0,02	0,62±0,03	0,67±0,01

P	$M_1-M_3 < 0,05$ $M_2-M_4 > 0,05$		$M_3-M_5 > 0,05$ $M_4-M_6 > 0,05$		$M_5-M_7 < 0,05$ $M_6-M_7 > 0,05$		
	Vvol, см/сек	316,17± 5,14	301,5± 4,18	231,11± 1,49	299,75± 1,59	249,13± 2,14	
P	$M_1-M_3 > 0,05$ $M_2-M_4 < 0,05$		$M_3-M_5 > 0,05$ $M_4-M_6 > 0,05$		$M_5-M_7 < 0,05$ $M_6-M_7 > 0,05$		
Кровоток в общей печеночной артерии: d, см	0,42±0,01	0,44±0,02	0,49±0,05	0,46±0,06	0,50±0,05	0,52±0,04	
P	$M_1-M_3 > 0,05$ $M_2-M_4 > 0,05$		$M_3-M_5 < 0,05$ $M_4-M_6 > 0,05$		$M_5-M_7 > 0,05$ $M_6-M_7 < 0,05$		
Vmax, см/сек	83,62±0,97	71,21±2,21	107,8±1,15	85,14±0,97	99,7±1,11	88,54±1,12	
P	$M_1-M_3 > 0,01$ $M_2-M_4 > 0,01$		$M_3-M_5 < 0,05$ $M_4-M_6 > 0,05$		$M_5-M_7 > 0,001$ $M_6-M_7 < 0,05$		
V min, см/сек	22,14±0,11	18,63±1,14	36,18±1,14	26,4±1,19	35,12±0,92	31,18±0,61	
P	$M_1-M_3 > 0,001$ $M_2-M_4 > 0,01$		$M_3-M_5 < 0,05$ $M_4-M_6 > 0,05$		$M_5-M_7 > 0,01$ $M_6-M_7 < 0,01$		

Анализ результатов доплерографии показал, что если до операции у всех 3х групп нарушения гемодинамики были однотипным, то в послеоперационном периоде отмечены существенные различия. Более выраженные нарушения наблюдались у больных, которым выполнена инвагинация и несколько меньше при капитонаже. При капитонаже после операции как в венозной, так и в артериальной системах нарушение гемодинамики усугублялись. При инвагинации к моменту выписки из стационара наблюдалось снижение объемной скорости кровотока, уменьшение диаметра портальной вены, а средняя скорость находилась в пределах нормы. В правой и левой портальных венах были однотипные изменения.

После операции абдоминализации полости фиброзной капсулы показатели гемодинамики не усугублялись, снижение объемной скорости было незначительным, в правой и левой портальных венах показатели не отличались от нормы.

При оценке клинического течения, у 5 больных из 25, у которых полость ликвидирована капитонажем, выявлены остаточные полости, хотя и без признаков нагноения. Были и различия в сроках пребывания больных в стационаре. После абдоминализации среднее пребывание составило $7,4 \pm 0,37$ койко - дней, при капитонаже $8,5 \pm 0,41$ и при инвагинации $9,9 \pm 0,61$.

Таким образом, наши исследования показали преимущества выполнения метода абдоминализации в сравнении с капитонажем и инвагинацией. Метод абдоминализации может быть использован при краевом расположении кист, при локализации кист в зоне S (III, IV, VI) печени. При абдоминализации возникают минимальные нарушения гемодинамики печени.

Литература:

1. Арипов, У.А. Эхинококкоз - важнейшая медико - социальная проблема в хирургии [Текст] / У.А. Арипов, Н.У. Арипов, Ф.Н. Насыров // Хирургия рубежа XX и XXI века: материал III конгресса хирургов Кыргызской Республики - Бишкек, 2000.- С.211-222.
2. Ахунбаев И.К. Эхинококкоз легких и его хирургическое лечение / [Текст] И. К. Ахунбаев, Н.И.Ахунбаева – Фрунзе: Кыргызстан, 1977-312 с.
3. Бебезов, Х.С. Распространенность и хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] / Х.С. Бебезов, Д.Н. Нурманбетов, Ш.М. Чынгышаев // Проблема эхинококкоза в Кыргызстане: Сб. научн. Тр- Бишкек.- 2002.- С.22-27.
4. Гальперин Э.М. Ультразвуковая доплерография оценка функционального резерва печени [Текст] / Э.М. Гальперин, Г.Г. Ахаладзе // Хирургия.- 1992.-№1 –С. 18-22.
5. Камалов, Ю. Р. Ультразвуковая оценка диаметра и показателей кровотока сосудов печени: методика определения и значения у здоровых лиц [Текст]/ Ю.Р. Камалов, В.А. Сандриков, Т.С. Бохян // ангиология и сосудистая хирургия.- 1999.-№2.- С. 25-41.
6. Вишневский, А.А. К хирургическому лечению эхинококка легкого [Текст] / А.А. Вишневский // Вестник хирургии. - 1956. - № 11. – С.74–79.
7. Killi, R.M. Doppler sonography of the native liver [Text] / R.M. Killi // Eur.J. Radid.- 1999.- vol.32, №1.- p. 21-35
8. Morel Ph. Surgical treatment of hydatid disease of the liver : A surgery of 69 patients [Text]. / Ph. Morel, I. Robert, A. Rohner // Surgery.- 1998.-vol.104, №5.- P.852-862.