

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Абдиев А.А., Авасов Б.А., Оморов Т.Б.

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

Резюме: Оперировано 62 больных по поводу альвеококкоза печени: радикальные операции выполнены у 28 и условно-радикальные – у 34. После операции плевриты выявлены у 18 (29,0%).

Ключевые слова: печень, альвеококкоз, резекция печени, осложнения, плеврит, лечение.

БООР РЕЗЕКЦИЯСЫНАН КИЙИНКИ ӨПКӨ ЖАКТАН ӨТҮШҮП КЕТҮҮЛӨРДҮ АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО

Абдиев А.А., Авасов Б.А., Оморов Т.Б.

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

Корутунду: Боор альвеококкозу боюнча 62 бейтап операция болду. Алардын ичинеп 28 бейтапка радикалдуу, 34 бейтапка шарттуу радикалдуу операция жасалды. Операциядан кийинки убакытта 18 бейтапта (29,0%) плеврит байкалды.

Негизги сөздөр: боор, альвеококкоз, боор резекциясы, өтүшүп кетүүлөр, плеврит, дарылоо.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PULMONARY COMPLICATIONS AFTER LIVER RESECTION

Abдиеv A.A., Avасov B.A., Omorov T.B.

I.K.Akhunbaev Kyrghyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrghyz Republic

Resume: 62 patients with alveococcosis of the liver were operated. Radical operations were performed in 28 patients, and conditionally radical operations were fulfilled in 34 patients. After the operation pleurisy was in 18 patients (29,0%).

Key words: liver, alveococcosis, resection, complications, pleurisy, treatment.

При альвеококкозе основным методом лечения является оперативный. При этом выполняются радикальные операции, когда удаляется весь очаг поражения, и условно-радикальные. При этом остаются пораженные участки, в основном, в области ворот печени, удаление которых невозможно [1,2]. Оба эти типа операций весьма травматичны, операция всегда сопровождается травмированием диафрагмы, в результате чего в воспалительный процесс в послеоперационном периоде вовлекается и плевральная полость проявлением скопления жидкости [3,5]. После операции на печени особое внимание должно быть уделено не только ультразвуковому контролю брюшной полости, но и плевральной. До появления УЗИ использовали рентгеноскопию или рентгенографию для выявления плевритов после операции и нередко плевральные пункции выполнялись при скоплении большого количества жидкости, при появлении легочной недостаточности либо нагноения. С появлением аппаратов

УЗИ появилась возможность для ежедневного контроля за состоянием брюшной и плевральной полости, своевременно выполнить плевральную пункцию и предотвратить развитие эмпиемы плевры, которая существенно влияет на исход заболевания. Результаты лечения альвеококкоза печени зависят от своевременного выявления осложнений и их лечения.

Цель работы: представить результаты диагностики и лечения легочных осложнений после резекции печени, выполненной по поводу альвеококкоза.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 62 больных альвеококкозом печени, которым были выполнены радикальные операции (28 чел.) и условно-радикальные (34 чел.). Мужчин было 27 и женщин – 35, в возрасте от 28 до 62 лет, а давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 5 лет. Правая доля была поражена у 46, левая – у 16 больных.

В обследовании поступивших помимо общеклинических методов исследования использовали УЗИ, компьютерную томографию и определение функционального состояния печени и почек.

Результаты и их обсуждение

После предварительной предоперационной подготовки больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Им были выполнены следующие типы операций: правосторонняя гемигепатэктомия – у 28, левосторонняя – у 12, удаление трех сегментов печени – у 9, двух сегментов – у 7 и резекция одного сегмента – у 6 больных. Операции выполняли по Т.Т. Тунгу [5] методом дигитоклазии. Необходимо отметить, что все операции были травматичны, сопровождались существенной кровопотерей, поэтому в момент операции и после нее стремились восполнить кровопотерю (переливание плазмы, эритроцитарной массы, кровозамещающих растворов и др.) и назначали противовоспалительную терапию (антибиотики). После операции состояние больных, как правило, было тяжелое, следили за гемодинамическими показателями и выполняли коррекцию нарушенных функций.

Особое внимание уделяли контролю за плевральной и брюшной полостью и чем тяжелее больной, тем чаще выполняли УЗИ. При появлении одышки, повышения температуры, повышения уровня количества лейкоцитов срочно выполняли УЗИ. При выявлении жидкости в плевральной полости выполняли плевральную пункцию под контролем УЗИ и после пункции обязательный контроль УЗИ для оценки полноты аспирации жидкости. Пункцию заканчивали введением ампициллина 1,0 на новокаине (0,5% - 10 мл) или цефазолина. С момента выявления выпота пересматривали противовоспалительную терапию, назначали не менее 2 антибиотиков, метрид по 100 мл 2 раза в сутки внутривенно, пересматривали объем инфузионной терапии.

Из 62 оперированных больных выпот в плевральной полости на 3-4 сутки обнаружен у 6 больных, на 5-6 сутки – еще у 10, а у 2 – на 9 сутки после операции.

Несмотря на тяжесть состояния мы ежедневно, иногда через день выполняли УЗИ и это оправдало себя, так как выпот в плевральной полости выявлялся в различные сроки, но в

основном до 7 дней и лишь у 2 больных выпот обнаружен на 9 сутки. При выявлении жидкости в плевральной полости, независимо от ее количества, выполняли пункцию с аспирацией и после пункции вновь контроль УЗИ для оценки полноты удаления жидкости. Если состояние больного было тяжелое, пункцию выполняли в отделении реанимации, а если больные переведены в отделение, то в палате, но обязательно под контролем УЗИ. У шести больных оказалось достаточным двух пункций, после чего накопление жидкости прекратилось, еще у 5 больных пункция выполнена трижды, еще у 6 пункцию выполняли 4 раза.

У одной больной при УЗИ выявлено наличие жидкости в плевральной полости и в поддиафрагмальном пространстве справа. Произведена плевральная пункция, удалено 500 мл серозной жидкости, а затем под контролем УЗИ произведена пункция поддиафрагмального пространства и дренирование по Сельдингеру, удалено 700 мл серозно-геморрагической жидкости с примесью желчи. Поддиафрагмальное пространство обрабатывали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, и осуществлялась активная аспирация. Состояние больного улучшалось, нормализовалась температура, уменьшалось количество отделяемого, а на 9 сутки выделения прекратились и дренаж из поддиафрагмального пространства удален. Плевральная пункция выполнена была еще дважды, а затем жидкость накапливаться прекратилась. В удовлетворительном состоянии выписана из стационара.

Несмотря на возникшие осложнения, своевременное выявление выпота в плевральной полости и поддиафрагмальном пространстве и его аспирация позволили добиться выздоровления.

Среднее пребывание больных в стационаре без осложнений составило $9,4 \pm 0,92$ койкодней, а с возникшими плевритами – $13,14 \pm 1,72$ койкодней.

Таким образом, наши наблюдения показали, что после резекции печени, в связи с операционным травмированием диафрагмы, возникают часто плевриты, своевременная их диагностика и применение плевральных пункций позволяют предотвратить нагноение и добиться выздоровления.

Литература:

1. Алиев, М.А. Опыт хирургического лечения альвеолярного эхинококкоза печени [Текст] / М.А. Алиев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. - № 3. – С. 179-180.

2. Альперович, Б.И. Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени [Текст] / Б.И. Альперович // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1996. - № 1. – С. 24-29.

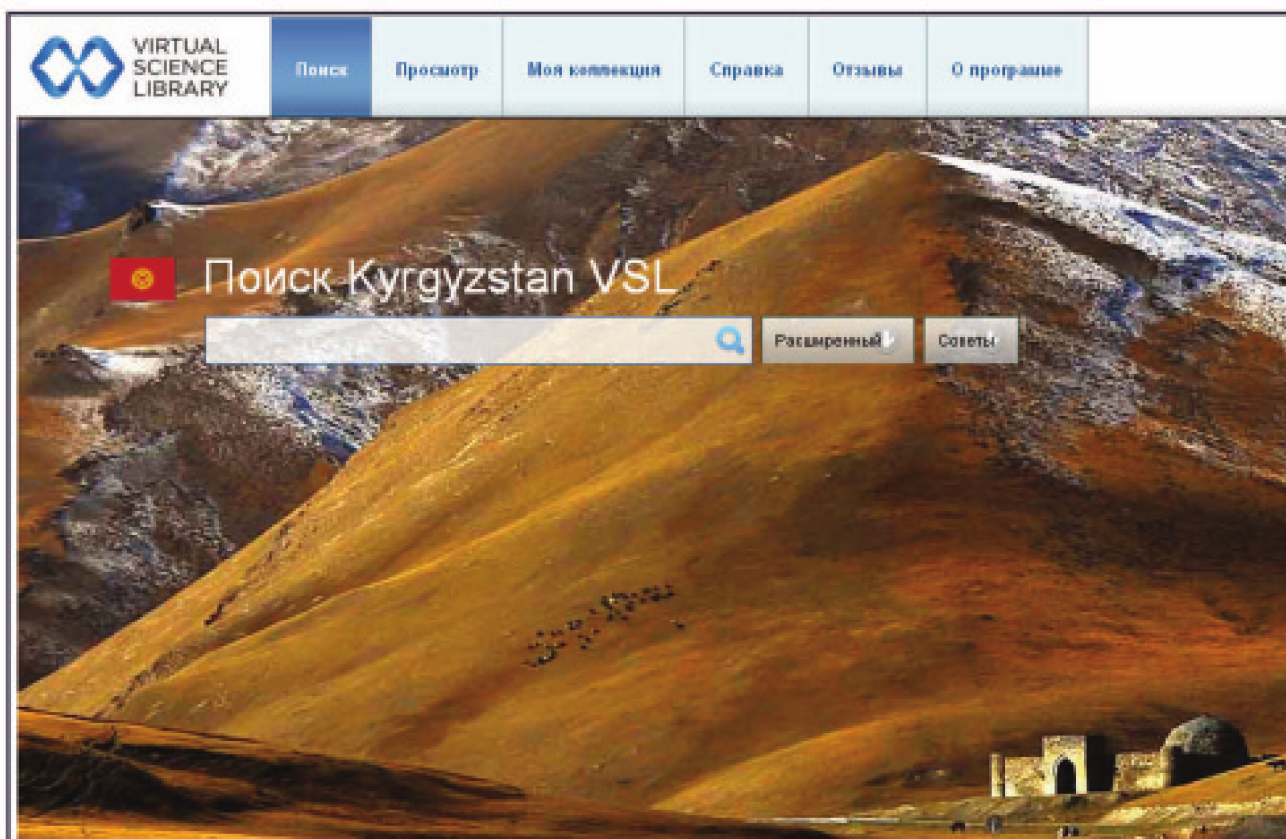
3. Блажитко, Е.М. Ближайшие результаты

оперативных вмешательств при паразитарных поражениях печени [Текст] / Е.М. Блажитко, Г.Н. Толстых, С.Б. Добров // *Вестник хирургии*. – 1995. - № 4. – С. 106-107.

4. Тунг, Т.Т. Хирургия печени [Текст] / Т.Т. Тунг. – М.: Медицина, 1967. – 237 с.

5. Krafzen W. Echinococcus multilocularis: localization and sonographic morphology; in *Arch. Int. Hidatidosis [Text]* / W. Krafzen, C. Henseler, R. Mason // *XVIII Int. Cong. of Hydatidology*. – 1997. – Vol. 32. – P. 188-190.

WWW.KYRGYZSTANVSL.ORG



Виртуальная научная библиотека Кыргызстана (ВНБ) недавно запустила новую функцию удаленного доступа, которая будет расширять доступ к ВНБ через любое подключение к интернету. В результате, доступ к рецензируемым статьям и электронным книгам, которые ранее требовали подключение к интернету в научно-исследовательском институте, теперь доступен для любого аспиранта, профессора, или исследователя при вузе-партнере ВНБ с любым стабильным доступом в Интернет.