

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Мамасабир уулу Н., Авасов Б.А.

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

**Резюме:** Представлены результаты малоинвазивных методов лечения билиарных осложнений у 6 (5,9%) из 101 больных альвеококкозом после резекции печени. Пункционное дренирование по Сельдингеру произведено всем 6 больным, повторных оперативных вмешательств не было.

**Ключевые слова:** печень, альвеококкоз, осложнения, пункционное дренирование.

## БООРДУН РЕЗЕКЦИЯСЫНАН КИЙИНКИ БИЛИАРДЫК КАБЫЛДОЛОРДУ КИЧИ ИНВАЗИВДИК ЫКМА МЕНЕН ДААРЫЛОО

Мамасабир уулу Н., Авасов Б.А.

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

**Корутунду:** Боордун альвеококкоз дарты боюнча 101 бейтапка боордун резекциясы жасалган. Алардын ичинен 6 бейтапка билиардык отушуп кетуулор байкалган. Алты бейтапка тен Селдингер боюнча пункциялык сарыктырма жасалган, кайрадан операция болгондор жок.

**Негизги сөздөр:** боор, альвеококкоз, пункциялык сарыктырма, өтүшүп кетүү.

## MINIINVASIVE METHODS OF TREATMENT OF BILIARY COMPLICATIONS AFTER LIVER RESECTION

Mamasabir N., Avasov B.A.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Municipal clinical hospital #1.  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** The results of miniinvasive treatment methods of biliary complications in 6 (5,9%) patients of 101 with alveococcosis after liver resection are presented. Punction drainage of Seldinger was carried out in 6 patients. There were no second surgical interventions.

**Keywords:** liver, alveococcosis, complications, punction drainage.

**Введение:** Объемные заболевания в печени занимают одно из ведущих мест в гепатологии. К ним относятся паразитарные заболевания (альвеококкоз, эхинококкоз), гемангиомы и рак печени [1,2,5]. В нашем сообщении мы не касаемся злокачественных опухолей, а только анализируем паразитарные заболевания и гемангиомы печени. В лечении этих заболеваний основным методом остается хирургический. При этом выполняются радикальные и условно-радикальные резекции печени [4,6].

Несмотря на достижения современной медицины, в разработке техники операции, направленных на гемо- и желчестаз в послеоперационном периоде, нередко наблюдается скопление геморрагической жидкости в желчи, которое в последующем

может нагноиться и существенно осложнить течение послеоперационного периода [2,3,8] и даже явиться причиной смерти. Учитывая это обстоятельство, идут разработки тщательного гемо- и желчестаз для предотвращения возникновения осложнений, а также методов лечения этих осложнений.

**Цель работы:** снижение частоты осложнений после радикальных операций на печени за счет использования малоинвазивных технологий.

### Материал и методы исследования

Аналізу подвергнуты 101 история болезни больных, которым выполнены операции на печени. Они оперированы в хирургическом отделении Городской клинической больницы № 1 с 2005 по 2013 год. Среди анализируемых

Таблица 1. Типы выполненных операций на печени по поводу объемных образований

Типы резекций печени	Абс. число	%
Гемигепатэктомия справа	33	32,7
Гемигепатэктомия слева	5	4,9
Расширенная гемигепатэктомия справа	6	5,9
Расширенная гемигепатэктомия слева	9	8,9
Анатомическая гемигепатэктомия справа	2	1,9
Анатомическая гемигепатэктомия слева	2	1,9
Сегментэктомия	7	6,9
Бисегментэктомия	21	20,8
Трисегментэктомия	11	10,9
Атипичная резекция обеих долей	5	4,9
Всего	101	100,0

больных мужчин было 39, женщин – 62. Преобладали женщины. Все больные были оперированы, типы операций даны в таблице 1.

Для диссекции паренхимы печени чаще всего у 97 из 101 использовали методику дигитоклазии по Тон-Тхат-Тунгу [5] с тщательной перевязкой сосудов и протоков. Контроль билиостаза осуществляли, прикладывая марлевую салфетку к срезу печени. Выявленные участки подтекания желчи дополнительно прошивали. Пробу на герметичность проводили путем введения 20-30 мл жидкости (физиологический раствор, окрашенный метиленовой синью) через долевого проток, предварительно пережав общий желчный проток мягким зажимом.

В послеоперационном периоде у 6 (5,9%) больных отмечалось желчеистечение из дренажа, стоявшего в подпеченочном пространстве, а затем выделения прекратились. Но при контрольном УЗИ выявлено скопление жидкости в ложе резецированной печени, стоявший дренаж был закупорен сгустками крови и не обеспечивал адекватного оттока, поэтому дренаж был удален. Под контролем УЗИ производили пункционное дренирование скоплений желчи (билум) по Сельдингеру у 6 пациентов, из них у 2 больных желчеистечение быстро прекратилось самостоятельно в сроки до 1 недели, а у 4 проводилось консервативное лечение, которое включало орошение озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и массивную антибактериальную терапию. Желчеистечение прекратилось в сроки до 2

недель. Повторная операция не требовалась. При выписке проведено УЗИ, скопления жидкости не обнаружено. При обследовании через 3 месяца после выписки состояние всех больных удовлетворительное.

#### Выводы:

1. После резекции печени необходимо контрольное УЗИ для выявления очагов скопления жидкости и своевременно ее аспирировать.
2. Желчеистечение после резекций печени прекращается самостоятельно при адекватном оттоке и после малоинвазивных вмешательств.
3. Проба на герметичность желчевыводящих путей с использованием метиленовой синей и наружное дренирование желчевыводящих путей может снизить до 5,9% частоту билиарных осложнений при «больших» резекциях печени.

#### Литература:

1. Абрамов, О.Е. Диагностика и пункционное лечение внутрибрюшных послеоперационных осложнений методом ультрасонографии [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед. наук / О.Е. Абрамов. – М., 1998. – 17 с.
2. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем в клинике внутренних болезней [Текст] / [А.В. Борсуков, З.А. Лемешко, И.Е. Сергеев и др. Под общей редакцией В.П. Харченко] // Учебно-методическое пособие. – Смоленск, 2005. – 192 с.
3. Пункционно-дренажные методы лечения в абдоминальной хирургии [Текст] / [Е.С. Владимиров, Р.Л. Тагави, В.В. Мельников и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Том 4, № 2. – С. 98-99.
4. Гаврилин, А.В. Чрескожные лечебно-диагностические вмешательства под контролем

ультразвукового исследования при хирургических заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной зоны [Текст]: автореф. ... дисс. д-ра мед. наук / А.В. Гаврилин. – М., 1999. – 43 с.

5. Тунг, Т.Т. Хирургия печени. – М.: Медицина, 1964. – 237 с.

6. Bufalari, A. Postoperative intraabdominal abscesses: percutaneous versus surgical treatment [Text] / A. Bufalari, G. Giustozzi, L. Moggi // ActaChir. Belg. – 1996. – Vol. 96, # 5. – P. 197-200.

7. Liver hidatid disease: long term results of percutaneous treatment [Text] / [O. Akhan, M.N. Ozmen, A. Dincer et al.] // Radiology. – 1996. – Vol. 198, # 1. – P. 259-264.

8. Pyogenic liver abscess: a review of 10 years' experience in management [Text] / [M.S. Baracate, M.S. Stephen, R.C. Waugh et al.] // Aust. N. Z. J. Surg. – 1999. – Vol. 69, # 3. – P. 205-209.

## ПРЕМИЯ ИМЕНИ АКАДЕМИКА

### М.М. МАМАКЕЕВА

Премия имени М.М. Мамакеева учреждена с целью повысить престиж занятий научной деятельностью в медицинском сообществе и прежде всего в глазах молодых специалистов.

Гильдия полагает, что такая форма поощрения будет содействовать:

- интересу студентов и аспирантов медиков к научной работе
- установлению высокой планки качества работ начинающих специалистов.

**Премия** составляет денежное поощрение в размере 10.000 (десять тысяч) сом.

Победителю также будет вручен Почетный Диплом Гильдии

Определение Победителя - лауреата Премии имени академика М.М. Мамакеева

**Процедура выбора кандидата:** Премия будет вручена участнику Конкурса молодых ученых.

Лауреат премии имени академика М.М. Мамакеева будет определен Жюри Конкурса в соответствии с Положением о Конкурсе, как запланировано Оргкомитетом и руководством КГМА, без участия Гильдии.