

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИВШИХСЯ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ VII-VIII СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ

Айтназаров М.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Городская клиническая больница № 1,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Даны результаты операций у 42 больных с локализацией кист в зоне VII-VIII сегментов печени. Операции выполнялись в основном абдоминальным доступом и реже – торакальным. Для дренирования остаточной полости использовали связку дренажей. Они обеспечивали отток экссудата. Осложнения возникли у 4 больных, они были излечены к моменту выписки.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, поражения VII-VIII сегментов, оперативное лечение, осложнения.

БООРДУН VII-VIII БӨЛҮКЧӨСҮНДӨГҮ ИРИНДЕГЕН МИТЕ КУРТ ЫЙЛАКЧАСЫН ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Айтназаров М.С.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
№ 1 шаардык клиникалык оорукана,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Боордун VII-VIII бөлүкчөлөрүндөгү ыйлакчалардын 42 бейтапты операция жолу менен дарылоонун жыйынтыгы берилди. Көбүнчө операциялар ич көңдөйү аркылуу, калганы төш көңдөйү аркылуу жасалды. Калдык көңдөй суюктугун сордуруу үчүн байланышкан түтүкчөлөр колдонулду. Кабылдоолор 4 бейтапта байкалды алар үйгө чыкканча айыгышты.

Негизги сөздөр: боор, мите курт, VII-VIII бөлүкчөнүн кабылдоосу, операция жолу менен дарылоо.

SURGICAL TREATMENT OF SUPPURATIVE PARASITIC CYSTS IN VII-VIII LIVER SEGMENTS

Aytnazarov M.S.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz state medical academy,
municipal clinical hospital #1,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The surgical treatment results in 42 patients with the cysts localization in the zone of VII-VIII liver segments are presented. The operations on the whole were carried out by abdominal approach, and more seldom they were carried out by thoracal approach. For the draining of the residual cavities the sheaf of the drains was used. They guaranteed the exudates outflow. Complications were in 4 patients. They were treated by the moment of discharging from the hospital.

Key words: liver, echinococcosis, VII-VIII segments in injuries, surgical treatment.

Одним из распространенных паразитарных заболеваний является эхинококкоз печени, который очень часто наблюдается и у жителей Кыргызской Республики. Она относится к эндемичному региону в отношении гидатидного эхинококкоза и, что особенно важно, растет заболеваемость, особенно в последние годы, и у большинства выявляются осложненные формы [2], оперативное лечение при котором более сложное.

Особого внимания заслуживает диагностика и лечение нагноившихся эхинококковых кист, расположенных в зоне VII-VIII сегментов печени в связи с неспецифическими проявлениями заболевания и

сложностями выполнения оперативного лечения [1,4]. Несмотря на существенные достижения в хирургии печени, внедрение все новых и усовершенствованных технических средств при выполнении операций, индивидуального подхода в ведении больных после операции, в ближайшем послеоперационном периоде наблюдаются осложнения (10-28%) в виде нагноения остаточной полости, формирование желчных и гнойных свищей, плевритов и др., на что обращают внимание многие исследователи [5,6,7]. Возникновение осложнений существенно повышает затраты на лечение и продолжительность сроков нетрудоспособности оперированных больных.

При нагноении кист в зоне VII-VIII сегментов печени остаются не решенными такие вопросы как выбор доступа, ушивание желчных свищей, ликвидация полости фиброзной капсулы и выбор методики ее дренирования. Все эти недоработки существенно влияют на исход заболевания.

Цель исследования – улучшение результатов оперативного лечения нагноившихся эхинококковых кист в зоне VII-VIII сегментов.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находилось 42 больных с локализацией кист в VII-VIII сегментах печени, осложненных нагноением, в период с 2010 по 2011 год включительно, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Бишкек. Женщин было 27 и мужчин – 15, возраст колебался от 22 до 70 лет, а давность заболевания – от одного месяца до 5 лет, обострение заболевания отмечено от 3 дней до двух недель.

Основными жалобами при поступлении были чувство тяжести в правом подреберье, распирающие боли постоянного характера, а у 4 больных наблюдались боли в правой половине грудной клетки, одышка. У 40 поступивших отмечено повышение температуры до 39°C и лишь у 2 была субфебрильная температура. Кроме того, у 24 наблюдались ознобы, резкая слабость. При объективном обследовании увеличение печени выявлено у 17 больных, печень болезненная при пальпации. При рентгенологическом исследовании высокое стояние диафрагмы с ее деформацией имело место у 37 больных, диафрагма была неподвижной, выпот в плевральную полость справа – у 12 больных.

При поступлении кроме объективного исследования и учета анамнеза заболевания выполняли лабораторные исследования крови, а основным методом диагностики было УЗИ. В общем анализе крови у 39 количество лейкоцитов было выше $10 \times 10^9/\text{л}$, а СОЭ выше 14 мм/час была у всех поступивших. Эозинофилия (выше 5%) отмечена у 23 из 42 обследованных, гипербилирубинемия – у 25 пациентов. Реакция Казони с очищенным антигеном была

положительной у 23 из 33 обследованных.

УЗИ выполнялось у всех поступивших и при этом в зоне VII-VIII сегментов печени выявлено полостное образование больших размеров (10-15 см) – у 28 больных с неоднородным содержимым, а у 10 – средних размеров (5-10 см) и у 4 – гигантские кисты (более 20 см).

Результаты и их обсуждение

После обследования 4 больных оперированы в день поступления в связи с угрозой разрыва кист, а остальные – через 2-3 дня после проведения кратковременной подготовки, которая включала инфузионную терапию для снижения степени интоксикации. Все оперированы под эндотрахеальным наркозом. Выбор доступа осуществляли после УЗИ, при котором на кожу наносили контуры кисты, и с учетом их расположения делали выбор доступа. У 38 был доступ в правом подреберье по Федорову или Кохеру и по 2 наблюдения – торакальный и верхне-срединный. После лапаротомии и ревизии печени осуществляли аспирацию содержимого электроотсосом, полость обрабатывали озонированным физиологическим раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, полость осушали, тщательно ее обследовали для выявления желчных свищей. Последние, если они были небольших размеров, ушивали кисетным швом атравматической иглой, а если свищи были более 2 мм, то их ликвидировали пластикой лоскутом париетальной брюшины, а затем осуществляли капитонаж по Дельбе (у 39), но с обязательным дренированием дренажом-фашиной (связкой) в послеоперационном периоде. Эта методика была предложена А.С.Маслягиным и соавт. [5] – для дренирования подпеченочного пространства после холецистэктомии, но она оказалась эффективной и после эхинококкэктомии, особенно поддиафрагмальной локализации кист. Через дренажи вводили озонированные растворы в количестве 20-30 мл. Это обеспечивало снижение воспалительного процесса в полости, уменьшению количества аспирируемого экссудата, быстрой облитерации полости. Используя эту методику, нам удалось

добиться выздоровления у 37 больных, а у двух наблюдалось длительное желчеистечение, которое прекратилось только через два месяца, дренажи были удалены, при контроле остаточной полости не выявлено. Еще у двух больных имело место нагноение операционной раны. У трех больных после обеззараживания полости фиброзной капсулы и ушивания желчных свищей полость ушить не удавалось, для ее ликвидации был использован выкроенный лоскут из большого сальника на сосудистой ножке и помещен в санированную полость и рядом с ним помещали микроирригатор и вокруг него сальник фиксировали к капсуле, чтобы создать герметичность. Через микроирригатор ежедневно вводили озонированные растворы в количества 20-30 мл и через два часа аспирировали. Послеоперационный период протекал без осложнений, быстро улучшалось общее состояние, нормализовалась температура. Эта методика была использована нами всего у 3 больных, так как при локализации кист в зоне VII-VIII сегментов применить сальник не всегда удается.

Необходимо отметить, что послеоперационный период у большинства больных протекал без осложнений, несмотря на тяжесть их состояния до операции. Из 42 оперированных осложнения отмечены у 4 (9,5%), все они излечены, летальных случаев не наблюдалось.

Таким образом, наши исследования показали, что при нагноении кист в зоне VII-VIII сегментов диагностика должна базироваться на данных объективного обследования больных и ультразвукового исследования, которое является ведущим методом в диагностике объемных образований печени, и в частности,

нагноившихся кист.

Применение адекватного доступа, тщательной санации полости фиброзной капсулы и ушивание свищей с последующим дренированием дренажа-фашины позволяют улучшить результаты лечения больных с нагноившимися кистами диафрагмальной локализации.

Литература:

1. Абдуфатов Т.А., Давлятов С.Б., Ашуров Т.А., Шехов К.Д. Хирургическая тактика при поддиафрагмальной локализации эхинококковой кисты печени у детей // Детская хирургия. – 2005. - № 3. – С.34-38.
2. Адамалиев К.А., Омурбеков Т.О. Особенности клиники и хирургического лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации // Хирургия Кыргызстана. – 1998. - № 1. – С.53-55.
3. Будан А.К. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени // Анналы хирургии. – 2005. - № 1. – С.54-59.
4. Гайбатов С.П., Гайбатова А.С. Клиника и лечение нагноившегося эхинококкоза печени // Хирургия. – 2006. - № 6. – С.16-18.
5. Маслагин А.С., Комаров Н.В., Комаров Р.Н., Канашкин О.В. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 2005. - № 4. – С.22-23.
6. Мовчун А.А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени // Хирургия. – 1997. - № 2. – С.28-30.
7. Salinas J.C. Intracystic infection of liver hydatidosis // Hepatogastroenterology. – 2000. – Vol.47, # 3-4. – P.1052-1054.