

АБДОМИНИЗАЦИЯ ПОЛОСТИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мадаминов Э.М.

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

Резюме. Приведен анализ лечения эхинококкоза печени у 12 больных, у которых произведена абдоминация полости фиброзной капсулы.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, абдоминация, оперативное лечение, осложнения.

БООР ЭХИНОКОККОЗ ООРУСУНУН ДАРЫЛОДОГУ ФИБРОЗ БАШТЫКЧАСЫН АБДОМИНИЗАЦИЯЛОО

Мадаминов Э.М.

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

Корутунду. Боордун эхинококкозу менен оруган 12 бейтаптын фиброз баштыкчасын абдоминациялонун анализи көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, абдоминациялоо, хирургиялык дарылоо, кабылдоо.

ABDOMINISATION OF FIBROUS CAPSULE CAVITY IN HEPATIC ECHINOCOCCOSIS TREATMENT

Madaminov E.M.

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

Resume. The analysis of the hepatic echinococcosis treatment was performed in 12 patients after abdominisation of the fibrous capsule cavity.

Key words: liver, echinococcosis, abdominisation, surgical treatment, complications.

Одним из основных этапов оперативного лечения эхинококкоза печени является ликвидация полости фиброзной капсулы после обеззараживания и удаления хитиновой оболочки. Этому вопросу посвящено много работ, но ни один из методов не предотвращает возникновение остаточной полости, в которой может возникать нагноение [2,5]. Основными методами ликвидации полости фиброзной капсулы, которые используются и в настоящее время, являются:

1. Капитонаж, когда наложением швов сближаются стенки полости до полной ликвидации. Метод технически прост, но его не используют при плотных ригидных стенках, при частичном или полном обызвествлении стенок кист, при локализации вблизи крупных сосудов и желчных протоков. Недостатком метода является то, что швы, сближающие стенки, прорезываются или в ближайшее время швы рассасываются и формируется остаточная полость [6].

2. Инвагинация - это вворачивание свободной части капсулы и печеночной ткани в полость кисты. Метод тоже прост,

но при нем возникает перегиб сосудов и желчных путей печени, а возникающие нарушения гемодинамики печеночной ткани в итоге способствуют развитию портальной гипертензии с последующей спленомегалией, асцитом [6].

3. Перистистэктомия, частичная или тотальная - это удаление кист вместе с фиброзной капсулой. При этом способе не нарушается гемодинамика печени, но операция травматичная, требует высокой квалификации хирурга [6,7].

4. Открытая эхинококкэктомия, при которой лишь вскрывается полость кисты, удаляется содержимое и дренируется. Метод вынужденный, применяется при нагноившемся эхинококкозе, но при его применении полость длительное время не облитерируется, нередко формируются желчные или гнойные свищи. В настоящее время используется чрезвычайно редко.

Каждый из перечисленных методов имеет множество модификаций, но при любом из них имеет место формирование остаточной полости, идут поиски все новых и новых

методов.

Мы обратили внимание на метод, который предложил Вишневецкий А.В. при эхинококкозе легких [4], когда при краевой локализации или при не очень глубоком расположении кисты ее свободно расположенная часть фиброзной капсулы иссекается, при наличии бронхиальных свищей они ушиваются, а затем тарелкообразная полость остается открытой. Метод также успешно использовался Ахунбаевым И.К. и Ахунбаевой Н.И. [3] в лечении эхинококкоза легких. Что же касается эхинококкоза печени, то метод применен на недостаточном клиническом материале, чтобы судить об его эффективности [1]. Эту методику авторы назвали абдоминализацией полости фиброзной капсулы.

Учитывая эти обстоятельства, мы использовали метод абдоминализации в оперативном лечении больных эхинококкозом печени.

Цель работы - улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени за счет совершенствования метода ликвидации полости фиброзной капсулы.

Материал и методы исследования

В группу исследования входят результаты обследования и лечения 12 больных с эхинококкозом печени. Мужчин было 8, женщин - 4, пациенты были в возрасте от 15 до 47 лет (у 9 больных киста локализовалась в правой доле печени, у одной больной - в обеих долях печени и сочетание эхинококкоза в печени и легком - у 1). Всем больным произведена абдоминализация полости фиброзной капсулы. В процессе обследования больных, помимо общеклинического исследования, выполняли УЗИ печени, определяли показатели функционального состояния печени.

Результаты и их обсуждение

Оперировано 12 больных с эхинококкозом печени, из них у 3 был нагноившийся, а у остальных - неосложненный. При локализации кист в правой доле использовался доступ в правом подреберье по Кохеру или по Федорову, а при локализации в левой доле - верхне-срединная лапаротомия. После лапаротомии и ревизии печени выявленную кисту обкладывали салфетками, смоченными озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, кисту пунктировали, удаляли содержимое и обеззараживание выполняли также озони-

рованным раствором с экспозицией 5 минут. Затем полость осушали и тщательно осматривали для выявления желчных свищей. При обнаружении свища его ушивали хромированным кетгутом или стерикатом. Затем часть фиброзной капсулы, выступающей над поверхностью кисты, иссекали до печеночной ткани и на края фиброзной капсулы накладывали обвивной гемостатический шов. К дну оставшейся полости касательно подводили дренаж. Брюшную полость ушивали.

После операции больные получали противовоспалительную (антибиотикотерапию) и инфузионную терапию. После операции через день-два выполняли УЗИ для контроля стояния дренажа. У 11 больных отделяемое через дренаж было незначительное, и дренажи удаляли на 3-4 сутки, а у одного на 3 сутки отделяемое было с примесью желчи. При контрольном УЗИ жидкости в брюшной полости не обнаружено. Дренаж в брюшной полости задержали до 8 суток. Начиная с 5 суток, количество отделяемого стало уменьшаться и на 8 сутки дренаж удален. Состояние было удовлетворительным. Все больные выписаны после контрольного УЗИ, при котором патологии не выявлено.

Таким образом, наши малочисленные исследования показали, что в лечении больных эхинококкозом печени можно использовать метод абдоминализации, но необходимо дальнейшее накопление клинического материала с детальной оценкой полученных результатов.

Литература:

1. Айтназаров, М.С. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени [Текст] / М.С. Айтназаров // Вестник хирургии Казахстана. - 2008. - № 2. - С. 64 - 66.
2. Ахунбаев, И.К. Эхинококкоз легкого и его хирургическое лечение [Текст] / И.К. Ахунбаев, Н.А. Ахунбаева. - Фрунзе: Кыргызполиграфкомбинат, 1977. - 182 с.
3. Аскерханов, Р.П. Хирургия эхинококкоза [Текст] / Р.П. Аскерханов. - Махачкала, 1976. - 156 с.
4. Вишневецкий, А.А. К хирургическому лечению эхинококка легкого [Текст] / А.А. Вишневецкий // Вестник хирургии. - 1956. - № 11. - С. 74-79.
5. Дурманов, К.А. Комплексное лечение нагноившейся эхинококковой кисты печени [Текст] / К.А. Дурманов, С.О. Ордабеков // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной хирургии: Материалы II съезда хирургов Кыргызстана. - Бишкек, 1995. - С. 181-182.
6. Мусаев, А.И. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени [Текст] / А.И. Мусаев. - Бишкек: Учкун, 1999. - 156 с.
7. Horsch, R. Reseels of the theatment of hepatic echinococcosis by hydatectory [Text] / R. Horsch // Nippon Icka Hokoni, 1999. - Vol 58, # 5. - P. 398 - 404.