

**СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ПОЛОСТИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ****Мадаминов Э.М. Абдисаматов Б.С.**Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе отражены результаты лечения 78 больных эхинококкозом печени, у которых после эхинококкэктомии полость фиброзной капсулы была ликвидирована путем абдоминализации. Полость фиброзной капсулы и поддиафрагмальное пространство дренировали дренажами «фашина» через которые орошали озонированным раствором хлорида натрия и раствором декасана 0,02%. Контролем служили 55 больных, которым выполнен капитонаж полости фиброзной капсулы (35) и инвагинация у 20. Осложнения выявлены у 4 (5,12%) оперированных, у двоих наблюдалось желчеистечение, у одного плеврит и один случай нагноения раны, все они устранены до выписки больных из стационара. Летальных исходов не было. В группе сравнения из 55 больных осложнение отмечено у 8 (14,5%) из них остаточная полость у 4 больных.

**Ключевые слова:** печень, эхинококкоз, ликвидация фиброзной капсулы, осложнения.

**БООРДУН ЭХИНОКОККОЗУН ДАРЫЛООДО ФИБРОЗДУК КАБЫКЧА КӨНДӨЙҮН ЖОЮУ ЫКМАСЫ****Мадаминов Э. М., Абдисаматов Б.С.**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул иште боордун эхинококкозу менен ооруган 78 оорулууну дарылоонун жыйынтыктарына анализ берилди, аларда эхинококкэктомиядан кийин абдоминализация жолу менен фиброздук кабыкча көндөйү жоюлган. Алардын ичинен 71 оорулууну алгачкы эхинококкоз, ал эми 7 оорулууну оорунун рецидив болгон. Фиброздук капсуланын көндөйүн жана диафрагманын астындагы бош мейкиндикти натрий хлоридинин озондолгон эритмеси жана 0,02% декасан эритмеси аркылуу байытып алып «фашина» дренажи менен көздүк. Салыштырма катары фиброздук капсуланын көндөйүнө капитонаж жасалган (35) жана инвагинация жасалган (20) жалпысынан 55 оорулуу текшерүүдөн өттү.

Оорунун кабылдап кетүүсү операция болгон 4 (5,12%) оорулууда катталган, экөөндө өтүн агуусу байкалса, бирөөндө плеврит жана дагы бирөөндө жарааттын иричдөөсү болгон, булардын баарысы оорулуулар ооруканадан чыкканга чейин калыбына келтирилди. Өлүм болгон жок.

55 оорулуунун ичинен салыштырма топто оорунун кабылдап кетүүсү 8 (14,5%) оорулууда болгон алардын ичинен 4 оорулууда көндөй калдыгы калган.

**Негизги сөздөр:** боор, эхинококкоз, фиброздук кабыкчасы жоюу, кабылдап кетүү.

**METHOD OF ELIMINATION OF THE CAVITY OF FIBROUS CAPSULE IN THE TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS****Madaminov E.M., Abdisamatov B.S.**I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** This paper reflects the results of the treatment of 78 patients with liver echinococcosis, who after echinococcectomy cavity fibrous capsule was eliminated by abdominization. The cavity of the fibrous capsule and drained subphrenic space drains “fascine” through which irrigated ozonized sodium chloride solution and dekasana 0.02%. The controls were 55 patients who fulfilled kapitonazh cavity fibrous capsule (35) and intussusception in 20. Complications were detected in 4 (5.12%) were operated, two had bile leakage was observed, one pleural effusion and one case of festering wounds, they are all removed before discharge patients from hospital. Deaths were not. In the control group of 55 patients with complications was observed in 8 (14.5%) of these residual cavity in 4 patients.

**Keywords:** liver, hydatid disease, the elimination of the fibrous capsule, complications.

**Введение.**

Эхинококкоз распространенное заболевание не только в эндемических районах многих стран, но и в других регионах, что обусловлено миграцией населения, ухудшением санитарного состояния, отсутствием проведения мер профилактики, снижение материального состояния населения и др. [2,3,7].

На протяжении многих лет разрабатывались и продолжают разрабатываться методы, которые позволили бы снизить частоту осложнений в ближайшие сроки и процент рецидива – в отдаленные [5].

Необходимо отметить, что к настоящему времени предложено множество методов обеззараживания плодородных элементов эхинококкоза, многие из них позволяют добиться гибели в течение 5–6 минут и обеспечить обеззараживание содержимого кист, а в отношении стенок фиброзной капсулы при любом обеззараживании

– суждения противоречивы, что существенно влияет на выбор способа ликвидации полости фиброзной капсулы [7,8]. В ликвидации полости фиброзной капсулы наиболее широко использовали методику инвагинации и капитонаж, но инвагинацию можно использовать при небольших кистах, при их краевом расположении, а при применении этого метода при средних размерах и больших кистах возникает нарушение гемодинамики печени. Капитонаж можно выполнять при хорошо податливых стенках полости, но при нем всегда есть угроза повреждения сосудов и желчных протоков, а при нетщательном ушивании формируются остаточные полости, в которых в послеоперационном периоде возникает нагноение. В последние годы многие исследователи отдают предпочтение радикальным методам – перикистэктомии и резекции печени. Эти методы предотвращают рецидив болезни, но они технически сложны и требуют высокой

квалификации хирурга [4]. Идут поиски мер, которые были бы не сложными и в то же время способствовали улучшению результатов лечения больных эхинококкозом.

**Цель работы** представить результаты лечения больных эхинококкозом печени при использовании метода абдоминализации в ликвидации полости фиброзной капсулы.

### **Материалы и методы.**

Под наблюдением находилось 78 больных, из них женщин – 51, мужчин – 27, возраст колебался от 17 до 62 лет. Давность заболевания у большинства была от 2 до 5 лет. Первичный эхинококкоз был у 71 и рецидив болезни у 7. Правая доля поражена у 65 и левая у 13 поступивших.

В обследовании больных помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорография грудной клетки) использовалось ультразвуковое исследование (УЗИ) на всех этапах лечения и по показаниям компьютерная томография (КТ). Также исследовано функциональное состояние печени и почек до операции и после нее.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (G) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t – критерию по таблице Стьюдента.

В оперативном лечении больных эхинококкозом печени мы остановились на методике абдоминализации остаточной полости. Этот метод был предложен А. А. Вишневым [3] в лечении эхинококкоза легких, а затем успешно применен И.К. Ахунбаевым и Н.И. Ахунбаевой [1], также при эхинококкозе легких, а мы использовали его при эхинококкозе печени.

Сущность методики заключается в том, что после лапаротомии и ревизии органов брюшной полости и обеззараживания эхинококковой полости иссекаются выступающие части фиброзной капсулы над печенью до ее границы с печенью, на стенку фиброзной капсулы накладывается гемостатический шов и затем тщательно осматриваются стенки остающейся полости для выявления желчных свищей, свищи ушиваются и полость в виде тарелки остается открытой. Брюшная полость дренируется. Эта методика использована нами у 78 больных эхинококкозом печени.

### **Результаты и их обсуждение.**

Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Доступ у 73 был в правом подреберье и верхне – срединный у 5 больных. После лапаротомии и ревизии печени намеченное место пункции тщательно отграничивали салфетками, смоченными раствором декасана 0,02% (у 32 больных) или озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. Кисту пунктировали толстой иглой или троакаром и аспирировали содержимое, а затем обеззараживание осуществляли озонированным раствором или декасаном с экспозицией не менее 5 минут. Затем содержимое кисты вновь аспирировали, стенку кисты рассекали и удаляли хитиновую оболочку и остатки содержимого, затем полость вновь обрабатывали и тщательно осматривали для выявления желчных свищей, при их обнаружении ушивали. На края иссеченной капсулы накладывали

кровоостанавливающий шов, затем вновь осматривали полость и оставляли ее открытой, к дну полости подводили касательно дренаж, через который аспирировали отделяемое.

У 6 больных, у которых киста была расположена в зоне 6-7-8- сегментов, с большими техническими трудностями удалось выделить ее от сращений с диафрагмой, а затем выполняли обеззараживание, полость и поддиафрагмальное пространство дренировали связкой дренажей (3-4 микроирригатора) – дренаж фашина, рекомендованный Маслагиным А.С. и соавт. [5]. Связка состоит из 3-4 трубок с боковыми отверстиями, связанных друг с другом, при этом дренажная поверхность трубок увеличивается за счет дополнительных пространств между ними. Фашинные дренажи использовали и для орошения полости озонированными растворами и выполняли активную аспирацию, что предотвращало скопление жидкости и ее нагноение. В послеоперационном периоде их удаляли последовательно.

С целью профилактики осложнений за 15-30 минут до операции вводили внутривенно 1,0 цефазолина и в период завершения также вводили внутривенно 1,0 цефазолина. При неосложненных кистах антибиотики после операции больше не назначали, а при нагноившихся продолжали введение антибиотиков внутривенно еще на протяжении 4-5 дней. При операции особое внимание уделяли тщательному гемостазу, смене тампонов и салфеток, обработке брюшной полости озонированным раствором. Через 1-2 дня для своевременного выявления скопления жидкости в плевральной и брюшной полостях и ее аспирации выполняли УЗИ.

В послеоперационном периоде дренажи удаляли лишь после УЗИ, убедившись, что в брюшной полости нет скопления жидкости. У двух больных на 3-4 сутки из дренажа отделяемое было с примесью желчи, дренажи не удаляли, строго контролировали количество отделяемого через дренажи и УЗИ брюшной полости. Повторную операцию не выполняли, так как дренажи обеспечивали адекватный отток отделяемого, количество которого постепенно уменьшалось, а затем прекратилось, после чего дренажи были удалены. Следует отметить, что в тех случаях, где мы использовали дренажи фашина ни у одного желчеистечения не было. Еще у одного после абдоминализации выявлен плеврит, который был успешно излечен плевральными пункциями, и у одного с нагноившимся эхинококкозом печени возникло нагноение раны. Всего осложнений было 4, что составило 5,1 %. Летальных исходов не было.

В процессе лечения больных мы исследовали функциональное состояние печени и почек до лечения, к моменту выписки и сопоставили результаты биохимических исследований с группой больных, которым полость фиброзной капсулы ликвидирована капитонажем и инвагинацией. (Таб. 1.)

Анализ биохимических показателей позволил отметить существенные нарушения со стороны функции печени. Во всех исследуемых группах повышение уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ) и снижение содержания общего белка сыворотки крови, содержание билирубина было в пределах нормы во всех исследуемых группах.

Таблица.1.

Показатели функционального состояния печени и почек при различных методах ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени

Показатели	Абдоминализация, n-78		Капитонаж, n-35		Инвагинация, n-20		Р-степень достоверности
	M1 ± m1 до операции	M2 ± m2 при выписке	M3 ± m3 до операции	M4 ± m4 при выписке	M5 ± m5 до операции	M6 ± m6 при выписке	
Общий билирубин, мкмоль/л	17,4 ± 0,92	11,4 ± 0,31	19,4 ± 1,12	14,2 ± 0,41	14,2 ± 0,37	12,2 ± 0,21	M1-M2<0,01 M2-M4<0,05 M2-M6>0,05
Тимоловая проба, ед.	4,8 ± 0,16	4,1 ± 0,19	4,9 ± 0,31	3,8 ± 0,42	4,2 ± 0,17	4,0 ± 0,22	M1-M2>0,05 M2-M4>0,05 M2-M6>0,05
АЛТ, мккат/л	0,28 ± 0,01	0,21 ± 0,02	0,31 ± 0,04	0,28 ± 0,03	0,14 ± 0,09	0,12 ± 0,03	M1-M2<0,05 M2-M4<0,05 M2-M6<0,01
АСТ, мккат/л	0,31 ± 0,07	0,19 ± 0,08	0,27 ± 0,03	0,21 ± 0,04	0,12 ± 0,01	0,10 ± 0,02	M1-M2<0,01 M2-M4>0,05 M2-M6<0,01
Общий белок, г/л	64,2 ± 1,12	71,4 ± 0,11	65,4 ± 1,13	68,2 ± 0,82	66,4 ± 0,71	64,2 ± 1,12	M1-M2<0,05 M2-M4<0,05 M2-M6<0,01
Мочевина, ммоль/л	5,2 ± 0,91	4,8 ± 0,31	4,7 ± 0,27	4,9 ± 0,17	5,2 ± 0,48	4,8 ± 0,54	M1-M2>0,05 M2-M4>0,05 M2-M6>0,05
Креатинин, мкмоль/л	92,4 ± 2,13	88,2 ± 2,11	86,4 ± 1,18	84,1 ± 0,92	89,2 ± 1,13	83,4 ± 0,97	M1-M2>0,05 M2-M4>0,05 M2-M6>0,05

В процессе работы мы сравнили показатели при выписке и при этом отметили, что оперативное лечение способствовало улучшению функции печени при любом методе, а показатели мочевины и креатинина во всех группах были на одинаковом уровне. Лишь содержание билирубина в момент выписки было ниже в группе больных, которым выполнена абдоминализация в сравнении с капитонажем (соответственно 11,4±0,31 и 14,2±0,37. Показатели тимоловой пробы были на одинаковом уровне во всех трех группах, как до операции, так и при выписке.

Уровень трансаминаз был одинаковым во всех трех группах, после операции было их снижение, но более существенное снижение отмечалось после инвагинации. Содержание общего белка до операции было сниженным в сравнении с нормой, после абдоминализации уровень общего белка достоверно повысился, и эта тенденция сохранялась во всех группах, но более выражена у больных с абдоминализацией. Показатели мочевины и креатинина оставались в пределах нормы во всех группах как до операции, та и к моменту выписки.

В послеоперационном периоде у больных контрольной группы (капитонаж, инвагинация) осложнение выявлено у 7 (12,7%), плеврит у одного нагноение раны у 2 и у 4 к моменту выписки при УЗИ выявлен остаточная полость, но небольших размеров (3,5x2 см.) без жидкости.

Таким образом, наши исследования показали возможность выполнения абдоминализации полости фиброзной капсулы и при эхинококкозе печени, но

для достижения благоприятных исходов необходимо тщательно исследовать остающуюся часть капсулы для выявления желчных свищей и надежно их ушить с последующим контролем на герметичность их ушивания и дренировать. Возникшее желчеистечение кратковременное и имеет тенденцию к самостоятельному прекращению. Метод абдоминализации фиброзной капсулы не усугубляет функциональное состояние печени в сравнении с капитонажем и инвагинацией, его целесообразно выполнять при кистах средних и больших размеров (до 15 см в диаметре) и при кистах, когда ликвидировать полость представляет риск повреждения сосудов и желчных протоков.

**Литература:**

1. Ахунбаев И.К., Эхинококкоз легкого и его хирургическое лечение [Текст]/ И.К. Ахунбаев, Н.И. Ахунбаева// Фрунзе: Кыргызполиграфкомбинат, 1997. – 182с.
2. Бебезов Х.С. Распространенность и хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст]/ Х.С. Бебезов, Д.Н. Нурманбетов, Ш.М. Чынгышаев // Проблема эхинококкоза в Кыргызстане: Сб.науч.тр. Бишкек, 2002. – С. 22-27.
3. Вишневский А.А., К хирургическому лечению эхинококкоза легкого [Текст]/ А.А. Вишневский// Вестник хирургии. – 1956. - №11. – С. 74-79.
4. Вишневский В.А. Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени [Текст]/ В.А.Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. - №4. – С. 16-25.
5. Маслагин А.С. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии [Текст] / А.С. Маслагин, Н.В. Комаров, Р.Н.

Комаров // эндоскопическая хирургия. - 2005. - №4. - С. 22-23.

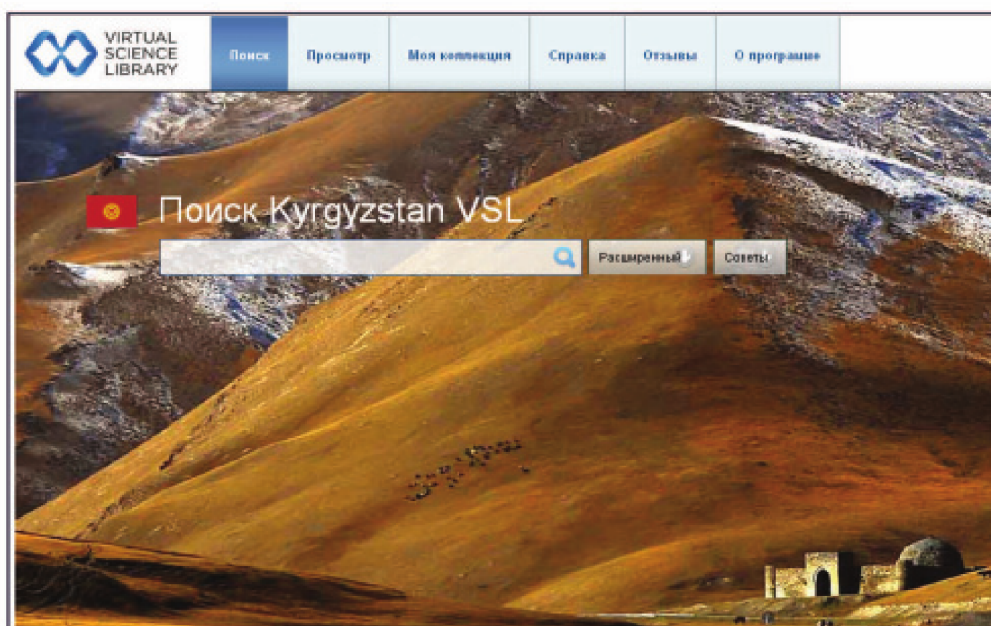
6. Меджидов Р.Т. Профилактика рецидива абдоминального эхинококкоза [Текст] / Р.Т. Меджидов, Р.С. Султанова, Ш.Р. Меджидов // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2014. - №3. - С. 63-67.

7. Мусаев А.И. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени [Текст] / А.И. Мусаев. - Бишкек: Учкун, 1999. - 156с.

8. Третьякова А.А. Закрытие остаточных полостей печени [Текст] / А.А. Третьякова, И.И. Хижняк, О.Б. Дронова // *Вестник хирургии*. - 2012. - №6. - С.97-99.

9. Perzi A. experience with different methods of treatment of nonparasitic liver cysta [Text] / A.Perzi, Y. Hohn, E. Makula // *Langenbecks. Arch. Surg.* - 2002. - Bd. 387, №5-6. - S. 229-233.

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.**