
ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕВРОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ АЛЬВЕОКОККОЗА

А.А. Абдиев, А.Э. Эркинбеков, М.С. Абдрасулова

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: цель – оценить результаты лечения плеврорлегочных осложнений после резекций печени по поводу альвеококкоза. Прооперировано 84 больных по поводу альвеококкоза печени: радикальные операции выполнены у 58 и паллиативные – у 26. В послеоперационном периоде плевриты выявлены у 23 (27,3%). Летальных исходов не было.

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

АЛЬВЕОКОККОЗГО БАЙЛАНЫШТУУ БООР РЕЗЕКЦИЯЛАРЫНАН КИЙИН ӨПКӨ-ПЛЕВРА ЖАГЫНАН ӨТҮШҮП КЕТҮҮЛӨРДҮ ДАРЫЛОО

А.А. Абдиев, А.Э. Эркинбеков, М.С. Абдрасулова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медицина академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: максат – альвеококкозго байланыштуу боор резекцияларынан кийинки өпкө-плевра жагынан өтүшүп кетүүлөрдү дарылоонун жыйынтыгын аныктоо. Боор альвеококкозу боюнча 84 бейтап операция болду: 58 не радикалдуу операция жана 26 сына паллиативдүү. Операциялардан кийинки мезгилде 23 (27,3%) бейтапта плеврит катталды. Өлүм болгон жок.

Негизги сөздөр: альвеококкоз, боор кесүү, өтүшүп кетүү, плеврит, дарылоо.

TREATMENT OF PLEUROPULMONARY COMPLICATIONS AFTER LIVER RESECTIONS FOR ALVEOLAR ECHINOCOCCOSIS

A.A. Abdiev, A.E. Erkinbekov, M.S. Abdrasulova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: goal- is to evaluate the results of treatment of pleuropulmonary complications after liver resection for alveolar echinococcosis. 84 patients were operated with alveolar echinococcosis of liver: radical operations were performed in 58 and palliative in 26. In the postoperative period, pleuritis was detected in 23 (27.3%). There was no mortality.

Key words: alveolar echinococcosis, liver resection, complications, pleuritis, treatment.

При альвеококкозе основным методом лечения является оперативный. При этом выполняются радикальные операции, когда удаляется весь очаг поражения, и паллиативные при котором 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 нашим наблюдением находилось 84 больных альвеококкозом печени, которым были выполнены радикальные операции (58 чел.) и условно-радикальные (26 чел.). Мужчин было 36 и женщин – 48, в возрасте от 19 до 62 лет, а давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 10 лет. Правая доля была поражена у 54, левая – у 30 больных. Плеврит осложнила течение послеоперационного периода у 23 (27,3%)

В обследовании поступивших помимо общеклинических методов исследования использовали динамическое УЗИ исследование, компьютерную томографию и определение функционального состояния печени и почек, а в диагностике легочных осложнений – УЗИ и рентгенография грудной клетки.

После предварительной предоперационной подготовки больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Им были выполнены следующие типы операций: правосторонняя гемигепатэктомия – у 52,

левосторонняя – у 24, удаление трех сегментов печени – у 4, двух сегментов – у 3 и резекция одного сегмента – у 1 больной. В основном резекции печени выполняли центральным способом, а атипичные резекции печени выполняли по Т.Т. Тунгу [4] 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, метронидазол по 100 мл 2 раза в сутки внутривенно, пересматривали объем инфузионной терапии.

Результаты и их обсуждение

Из 84 оперированных больных выпот в плевральной полости на 3-4 сутки обнаружен у 8 больных, на 5-6 сутки – еще у 11, а у 4 – 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 альвеококкозом печени в стационаре без осложнений составило $9,3 \pm 0,91$ койко-дней, а с возникшими плевритами – $13,15 \pm 1,74$ койко-дней.

Таким образом, наши наблюдения показали, что после резекции печени, в связи с травматизацией диафрагмы во время операции, 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.