

УДК 616.36-002.951.21-089

ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРИЦИСТЭКТОМИИ В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

М.С. Айтназаров

Представлены результаты перицистэктомии в оперативном лечении больных с эхинококкозом печени диафрагмальной локализации кист.

Ключевые слова: эхинококкоз; диафрагмальная локализация; перицистэктомия; осложнения.

POSSIBILITY OF PERICYSTECTOMY IN LIVER ECHINOCOCCOSIS SURGICAL TREATMENT OF DIAPHRAGMATIC LOCALIZATION

M.S. Aitnazarov

It is considered the results of pericystectomy in surgical treatment of patients with liver echinococcosis with cysts of diaphragmatic localization.

Key words: echinococcosis; diaphragmatic localization; pericystectomy; complications.

Эхинококкоз – распространенное паразитарное заболевание, которое широко встречается в Кыргызской Республике, особенно в районах с развитым животноводством [1]. Чаще всего эхинококковые кисты локализуются в поддиафрагмальном пространстве (VII, VIII, I, II сегментах). Особенностью этой локализации является длительное бессимптомное течение заболевания, клинические проявления которого появляются лишь при достижении кистами больших размеров или при возникновении таких осложнений, как нагноение, прорыв в плевральную или брюшную полость [2–4]. Ранее основным диагностическим приемом был рентгенологический метод, при котором выявляются лишь косвенные признаки поражения печени: высокое стояние диафрагмы и деформация ее формы. С появлением УЗИ диагностика диафрагмальной локализации эхинококкоза значительно улучшилась [1, 5, 6].

Лечение эхинококкоза в основном оперативное, а медикаментозная терапия является дополнительной к основному методу. При диафрагмальной локализации чаще применяются органосохраняющие операции, но после них часто возникают остаточные полости с последующим в них нагноением, а в отдаленные сроки – рецидив болезни [4, 5, 7]. Это обусловлено сложностью доступов к этим кистам,

обеззараживанием их содержимого и трудностями ликвидации полости фиброзной капсулы [1, 4].

В последние годы появились сообщения о возможности использования радикальных методов лечения эхинококкоза печени, после которых очень редко наблюдается рецидив болезни (резекция печени, перицистэктомия), но эти методы при диафрагмальной локализации почти не применяются из-за сложности выполнения всех этапов операции.

Цель работы – представить результаты перицистэктомии в лечении осложненных форм эхинококкоза печени диафрагмальной локализации.

Материал и методика исследования. Под наблюдением находилось 62 больных с диафрагмальной локализацией кист в возрасте от 22 до 64 лет. В зоне VII и VIII сегментов кисты локализовались у 42 больных, у 20 – в зоне II и I сегментов. Женщин было 41 и мужчин – 21. Давность заболевания колебалась от 2-х месяцев до 4-х лет.

В диагностике, помимо общеклинических методов исследования, использованы рентгенологический (обзорный снимок легких и брюшной полости), УЗИ до операции и в послеоперационном периоде, ставили кожно-аллергическую реакцию Казони и определяли биохимические реакции в оценке функционального состояния печени и почек.

Результаты и их обсуждение. Все больные после обследования были оперированы под эндотрахеальным наркозом, торакальный оперативный доступ применен 9, верхне-срединный – 12, а остальным пациентам – в правом подреберье по Федорову с пересечением связок печени. Из 62 больных у 27 нам удалось выполнить перцистэктомию, так как стенки фиброзной капсулы были утолщены, плотные и использование капитонажа для ликвидации полости было затруднительным: швы прорезывались, а стенки капсулы сблизить не удавалось. Сложности связаны были еще и с тем, что у всех 27 больных эхинококкоз был осложнен (у 21 – нагноением, а у 6 наблюдался разложившийся эхинококкоз).

После обнажения кист осуществляли пункцию, удаляли содержимое и обеззараживание проводили гипертоническим (30%-ным) раствором хлорида натрия или озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8–10 мкг/мл, но с обязательной экспозицией не менее 5 минут.

При разложившемся эхинококкозе рассекали полость фиброзной капсулы, удаляли содержимое и выполняли обеззараживание. Полость тщательно осматривали для выявления желчных свищей. Из 27 больных 12 пациентам выполнена тотальная перцистэктомия с наложением П-образных сквозных швов. Кровопотеря при этом составляла 250–300 мл, а 15 больным выполнена частичная перцистэктомия. При этом удаляли 2 внутренних слоя фиброзной капсулы, а затем накладывали П-образные швы. При этом способе кровопотеря была минимальной и составляла не более 50 мл.

Особое внимание уделили дренированию поддиафрагмального пространства и полости фиброзной капсулы при помощи связки дренажей, через которые осуществлялось орошение озонированными растворами и активная аспирация отделяемого. Дренажи удаляли последовательно, а последний дренаж удаляли после прекращения отделяемого. Так же дренировали подпеченочное пространство. После операции выполняли УЗИ для выявления локализации скопившегося экссудата.

В послеоперационном периоде больным назначали цефазолин по 1,0 г внутривенно 2 раза в сутки, метрид по 100 мл 2 раза в сутки, свежезамороженную плазму, реополиглокин.

Послеоперационный период протекал благоприятно. Из 27 больных у 2-х выявлен плеврит, который был излечен плевральными пункциями. Других осложнений не наблюдали.

Результаты перцистэктомии мы сравнили с результатами, полученными у 35 больных, которым при диафрагмальной локализации кист применяли капитонаж и инвагинацию в ликвидации полости фиброзной капсулы.

К моменту выписки из стационара при УЗИ у 4-х пациентов выявлена остаточная полость, а еще у 4-х послеоперационный период осложнился плевритом. Из 4-х больных с остаточными полостями у 2-х полости были заполнены жидкостью, что потребовало пункции под контролем УЗИ, а еще у 2-х полости были небольших размеров (не более 3 см в диаметре) и жидкости не содержали. Плевриты излечены пункциями.

Таким образом, наши немногочисленные наблюдения показали возможность выполнения радикальных операций (перцистэктомия) при диафрагмальной локализации эхинококковых кист. Риск возникновения осложнений не превышает риска при органосохраняющих операциях.

Литература

1. Мусаев А.И. Дифференциальная диагностика очаговых заболеваний печени / А.И. Мусаев, Р.М. Баширов, Б.Т. Мукаббетов. Бишкек: Учкун, 2004. С. 239.
2. Адамалиев К.А. Особенности клиники и хирургического лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации у детей / К.А. Адамалиев, Т.О. Омурбеков // Хирургия Кыргызстана. 1998. Т. 1. № 2. С. 53–55.
3. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений / Р.М. Агаев // Хирургия. 2001. № 2. С. 32–36.
4. Камалов М.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации / М.М. Камалов // Материалы IV съезда хирургов Таджикистана. Душанбе, 2005. С. 84–85.
5. Алиев М.А. Совершенствование диагностики и техники радикальных операций при гидатидозном эхинококкозе печени / М.А. Алиев, Т.А. Султаналиев, М.А. Сейсембаев // Здравоохранение Казахстана. 1997. № 2. С. 31–35.
6. Aube Ch. Ultrasonographic diagnosis of hepatic fibrosis or cirrhosis / Ch. Aube, F. Oberti, N. Korali // J. Hepatol. 1999. № 30. P. 472–478.
7. Ильхамов Ф.А. Способ ликвидации нагноившихся остаточных полостей в печени после эхинококкэктомии / Ф.А. Ильхамов, Б.А. Абдурахманов // Актуальные вопросы хирургии печени, желчных путей и поджелудочной железы: сб. трудов науч.-практ. междунар. конф. Нарын; М., 1998. С. 25–26.