

УДК 616.36-002.951.21-089 (575.2) (04)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ
ПЕРИДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

М.С. Айтназаров – соискатель

In the article results of 115 patients operated in the case of perydiaphragm localization of echinococcosis of a liver are represented. Complications took place at 11 (9,56 %) patients.

Эхинококкоз в Кыргызстане является гиперэндемической патологией. Это обусловлено наличием синантропного очага паразита еще с древних времен [1, 2]. Увеличение числа больных эхинококковой болезнью, особенно в последние годы, связано с тем, что в республике не проводятся профилактические мероприятия. Несмотря на достигнутые успехи в хирургии печени и усовершенствование методов диагностики очаговых ее поражений, процент осложнений и рецидивов остается высоким [2–4], идет поиск наиболее рациональных методов ликвидации и обработки остаточной полости фиброзной капсулы, профилактики различных осложнений, возникающих в послеоперационном периоде при лечении эхинококкоза перидиафрагмальной локализации [5–7].

Цель исследования: представить результаты оперативного лечения больных эхинококкозом печени перидиафрагмальной локализации.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 115 больных с перидиафрагмальной локализацией кист печени, которые были оперированы в Городской клинической больнице №1, г. Бишкек с 2004 по 2007 гг. включительно. Возраст пациентов – от 16 до 79 лет. Из них женщин – 67 (58,3%), мужчин – 48 (41,7%). В структуре осложнений на первом месте по частоте было нагноение (у 65–56,5% пациентов). Больные поступали в клинику с различными сроками заболевания и

в основном через 3–5 месяцев – 57; через 6–9 месяцев – 39; более 9 месяцев – 19 больных. Необходимо отметить, что среди оперированных, страдающих эхинококкозом печени, перидиафрагмальное расположение паразита в различные годы составляло от 35 до 42,8%. Даже за первый месяц текущего года в клинику обратилось 26 больных с эхинококковой болезнью, из них у 9 выявлена локализация кист в VII–VIII сегментах печени.

В обследовании использовались следующие методы: общий анализ крови, в котором отмечалась склонность к анемизации (у 80 из 115 пациентов), а эозинофилия отмечена лишь у 25% больных. При биохимических исследованиях крови у 26 имели место отклонения от нормы со стороны печеночных показателей в сторону усиления трансаминазной активности, билирубинемии. Более специфическим и чувствительным методом, с успехом применяющимся в нашей клинике, является кожно-аллергическая реакция Казони, ее мы ставим с очищенным антигеном, разработанным проф. Б.А. Акматовым [2].

Наиболее простым, безвредным для больного и достаточно эффективным для диагностики эхинококкоза печени является ультразвуковое исследование (УЗИ), которое мы использовали у всех больных, и его информативность составила 97%. В последние годы мы стали использовать УЗИ и в момент операции, особенно когда речь идет о множественном

или рецидивном эхинококкозе. Кроме того, метод позволяет определить взаимоотношения кист с магистральными сосудами, что важно учитывать при выборе способа ликвидации полости фиброзной капсулы. Интраоперационное ультразвуковое исследование выполнено у 62 больных, при этом дополнительные кисты обнаружены у 8 обследованных.

Всем поступившим произведена рентгенография органов грудной клетки для выявления сочетанного эхинококкоза, при этом обнаружен эхинококкоз легких у 3 больных, высокое стояние купола диафрагмы у 78, у остальных – деформация диафрагмы.

Результаты и обсуждение. Локализация эхинококковых кист перидиафрагмального пространства длительно протекает бессимптомно, клинические признаки появляются лишь тогда, когда кисты достигают больших размеров, либо возникают осложнения. С учетом анатомического расположения, локализация кист в VII и VIII сегментах печени одна из наиболее затруднительных, но и при локализации в зоне I–II сегмента как диагностика, так и операция проходят в сложных условиях.

В большинстве случаев нами использованы косой лапаротомный разрез по Кохеру и

доступ по Федорову (табл. 1). Чаще удается выделить диафрагмальную поверхность, при этом, при разделении спаек и рассечении связок хорошо низводится печень и выполняются основные манипуляции.

Таблица 1

Доступы при перидиафрагмальной локализации кист

Доступ	Всего больных	
	абс. число	%
Лапаротомия по Кохеру	62	53,91
Лапаротомия по Федорову	34	29,57
Верхнесрединная лапаротомия	15	13,04
Торакоабдоминальный	2	1,74
Торакальный	2	1,74

Наиболее сложным этапом операции является ликвидация полости фиброзной капсулы. Нами выделены основные методы ликвидации полости фиброзной капсулы и представлено число осложнений, возникших при различных типах операции (табл. 2).

Таблица 2

Характер осложнений при эхинококкэктомии печени

Метод	Всего больных		Из них возникло осложнений							
			Нагноение остаточной полости		Желчный свищ		Плеврит		Нагноение раны	
	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%	абс. число	%
Капитонаж по Дельбе	19	16,52	2		1		1		2	
Инвагинационный метод	10	8,7	1		–		1		–	
Комбинированный (капит. +инваг.)	10	8,7	–		1		–		–	
Оментопексия + инвагинация	5	4,35	–		–		–		–	
Оментопластика	4	3,48	1				1		1	
Перицистэктомия с наложением П-образных швов	15	13,04	–		–		1		–	
Дренирование ост.полости	13	11,3	–		1		–		–	
Наложение П-образных швов	20	17,39	–				1		1	
Перицистэктомия + оментопластика	14	12,17	–				2		–	
Краевая резекция печени	5	4,35	–				–		–	
Всего	115	100	4	3,48	3	2,61	7	6,09	4	3,48

Всего осложнений – 18, больных с осложнениями – 11.

Одной из задач хирургии эхинококкоза печени является профилактика развития возможных осложнений. В комплексе мер профилактики рецидивов эхинококкоза важная роль отводится надежному интраоперационному обеззараживанию зародышевых элементов эхинококка (сколексов и мелких ацефалоцист). В своей работе мы применили термический способ обработки: сначала полость промываем горячим (70–75°C) раствором натрия хлорида или фурациллина, а затем трехкратно обрабатываем 96% спиртом стенки фиброзной капсулы. Также был использован способ обработки полости фиброзной капсулы парами спирта.

Одним из серьезных осложнений после операции является желчеистечение и формирование наружного билиарного свища. Данное осложнение в послеоперационном периоде наблюдалось у 3 больных с нагноившимися эхинококковыми кистами.

При локализации кист в I, VII и VIII сегментах печени, их большой размер и глубина, при наличии “карманов” обнаружить и ушить свищевое отверстие не всегда представляется возможным из-за сложности полноценной ревизии стенок кисты. Учитывая эти обстоятельства, мы усовершенствовали методику ликвидации свищей: после тщательной термической обработки полости для выявления свищей на дно укладывали влажную марлевую салфетку и выжидали 3–5 минут, а затем осматривали салфетку и там, где есть свищи, салфетка пропитывалась желчью. После этого выкраивали лоскут из париетальной брюшины и укладывали на дно полости, с предварительным наложением слоя цианокрилатного клея, а затем полость ликвидировали наиболее адекватным методом. После начала использования этого метода ни у одного больного мы не наблюдали желчных свищей.

Другим тяжелым осложнением является развитие в послеоперационном периоде реактивного экссудативного плеврита. В наших наблюдениях частота его развития среди 115 оперированных больных составила 6,09%.

Для профилактики этого осложнения нами внедрено в практику превентивное дренирование плевральной полости через диафрагму при перидиафрагмальной локализации кист. При этом дренаж подсоединен к системе активной аспирации, ежедневно в трубку вводится канамицин на 0,25% растворе новокаина. В по-

слеоперационном периоде мы придавали значение активному ведению: раннее вставание, дыхательная гимнастика, в сочетании с адекватным обезболиванием в первые 3 суток. Это способствует быстрой активизации мышц диафрагмы, возобновлению функционирования лимфатических лакун на френокостальной поверхности париетальной плевры, оттоку скопившегося транссудата.

Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений и целенаправленное ведение послеоперационного периода позволило улучшить результаты оперативного лечения, уменьшить процент осложнений. Осложнений было 18, но у ряда больных было по 2 осложнения, в итоге – всего больных с осложнениями было 11, что составило 9,56%

Таким образом, выбор операционного доступа, полноценное удаление паразитарной кисты с надежным обеззараживанием плодородных элементов паразита, адекватная ликвидация и дренирование остаточной полости, активное правильное ведение больных после операции способствуют улучшению результатов оперативного лечения эхинококкоза печени.

Литература

1. Акматов Б.А. Эхинококкоз. – Бишкек, 1994. – 158 с.
2. Кенжаев М.Г., Акматов Б.А. Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива. – Бишкек, 2001. – 157 с.
3. Оморов Р.А., Бейшенбаев Р.К. Ошибки, опасности и осложнения в абдоминальной хирургии. – Бишкек, 2007. – 347 с.
4. Омурбеков Т.О., Мыкыев К.М., Максут уулу Э. и соавт. Тактика предоперационной подготовки и хирургического лечения эхинококкоза у детей // Актуальные проблемы педиатрии и детской хирургии: Научно-практическая конференция – Бишкек: НИЦПДХ, 2006. – 88 с.
5. Белеков Ж.О. Диагностика и хирургическая тактика при сочетанных, осложненных и рецидивных формах эхинококкоза печени: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Алматы, 1997. – 31 с.
6. Мусаев А.И. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени. – Бишкек, 1998. – 156 с.
7. Мусаев А.И., Усубалиев М.Б., Айтназаров М.С., Бабакулов К.К. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени // Вестник хирургии Казахстана. – 2007. – № 02(10). – С. 17–18.