

## ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*М.С. Айтназаров*

Представлены результаты лечения больных с поддиафрагмальной локализацией кист.

*Ключевые слова:* печень; эхинококкоз; поддиафрагмальная локализация; лечение; осложнения.

Эхинококкоз – опасное паразитарное заболевание, чаще встречающееся в эндемичных районах, к которым относится и Кыргызская Республика [1, 2]. Проблема лечения эхинококкоза и в настоящее время остается актуальной, так как заболеваемость растет и увеличивается число больных с осложненными формами. Особого внимания заслуживает поддиафрагмальная локализация кист, так как клинические проявления многообразны, диагностика затруднена, а вопросы оперативного лечения остаются дискуссионными [1, 3, 4].

Несмотря на совершенствование методов диагностики и разработки тактики оперативного лечения, частота послеоперационных осложнений остается на высоком уровне. К ним относятся сохранение остаточной полости с ее последующим нагноением, развитие холангита, желчеистечение, формирование наружного свища и др., что ведет к длительному стационарному лечению и ухудшению отдаленных результатов [5–7]. Учитывая эти обстоятельства, медики ведут поиски более совершенных методов лече-

ния, которые предотвратили бы возникновение этих осложнений.

Цель исследования – определение эффективности оперативного лечения осложненных форм эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации.

**Материалы и методика.** В основу работы взят анализ результатов оперативного лечения 66 больных, которые были оперированы в период с 2008 по 2010 г. в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Бишкека по поводу осложнений поддиафрагмальной локализации кист (нагноение, прорыв кист в желчные протоки, цистобилиарные свищи).

Среди поступивших – 41 женщина и 25 мужчин. Возраст пациентов колебался от 17 до 70 лет. Первичный эхинококкоз имел место у 58 и рецидивный – у 8 пациентов. Поражение правой доли было у 52, левой – у 9 и обе доли – у 3 больных, причем преимущественно кисты локализовались в зоне VII–VIII сегментов, а у двоих пациентов поражение печени сочеталось с поражением органов брюшной полости (большой

сальник – 1, селезенка – 1). Кисты средних размеров выявлены у 26, больших – у 38 и гигантские – у 2 больных.

В диагностике, помимо общеклинических методов, использовали ультразвуковое исследование, компьютерную томографию по показаниям, рентгенографию органов грудной клетки и редко (4 чел.) – магнитно-резонансную томографию. Данный объем исследований позволил получить основные сведения: локализацию кист, их размеры, количество и признаки осложненно-го течения заболевания.

**Результаты и обсуждение.** Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Важное значение придавали выбору доступа, который был бы менее травматичен и в то же время обеспечивал ревизию печени, обеззараживание содержимого и полости фиброзной капсулы, ревизию полости для выявления желчных свищей и ее ликвидацию. Перед операцией дополнительно выполняли УЗИ и при исследовании наносили на кожу брюшной стенки или грудной клетки изображение кисты, чтобы более точно определить доступ. При локализации кист в левой доле печени использовали верхне-срединный доступ, в зоне VII–VIII сегментов – торакофреникальный, при поражении обеих долей проводили поперечную лапаротомию с продолжением разреза по 8 межреберью.

Нагноившиеся кисты были у всех 66 пациентов, из них прорыв нагноившейся кисты в желчные пути с развитием механической желтухи – у 4 и кисты, осложненные цистобилиарными свищами, – у 29 больных.

Обеззараживание плодоносных элементов эхинококка у 28 больных выполняли гипертоническим раствором поваренной соли в концентрации 30 %, а у остальных – озонированными растворами поваренной соли с концентрацией озона 8–10 мкг/мл. Поскольку у всех больных были нагноившиеся кисты, то закрытый способ ликвидации полости фиброзной капсулы мы не применяли. Из 33 больных с нагноившимися кистами после обработки и обеззараживания полости фиброзной капсулы при тщательной ревизии желчных свищей не выявили, и полость фиброзной капсулы у них ликвидирована капитонажем по Дельбе, полость дренирована микроирригатором с активной аспирацией после операции. У 29 больных обнаружены желчные свищи, у 3 они были ушиты кисетными швами, а у 26 использован лоскут париетальной брюшины. Предварительно полость осушали, накладывали слой цианокрилатного клея и фик-

сировали лоскут, а затем ликвидировали полость фиброзной капсулы у 19 больных капитонажем, а у 10 – сочетанием частичной перицистэктомии с наложением П-образных швов, но с обязательным дренированием микроирригатором полости с последующей аспирацией отделяемого.

Наибольшие сложности в ликвидации полости и желчного свища были при прорыве кисты во внепеченочные желчные протоки, которые мы наблюдали у 4 больных. После обеззараживания полости фиброзной капсулы осуществляли осмотр полости для выявления свища, у всех был прорыв в долевые протоки. Выполняли холедохотомию, тщательно промывали холедох, удаляли дочерние или внучатые кисты, обрывки хитиновой оболочки. Ушивание желчных свищей не осуществляли из-за риска возникновения стриктуры протока, а выполняли пластику за счет лоскута перистальной брюшины. Место свища и вокруг осушали, а затем после наложения тонкого слоя цианокрилатного клея или клея Sunson фиксировали лоскут брюшины и ликвидировали полость фиброзной капсулы. Цианокрилатный клей малопригоден, он требует, чтобы ткань вокруг свища была тщательно осушена, если смазывать влажную поверхность, пленка быстро отторгается, а клей Sunson можно наносить на влажную поверхность. После пластики свища и ушивания полости фиброзной капсулы обязательно выполняли холецистэктомию, так как при прорыве кисты в желчные протоки инфицируется содержимое желчного пузыря, что может явиться причиной рецидива болезни. Холедох дренировали по Керу. Также дренировали поддиафрагмальное и подпеченочное пространства.

С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений к концу операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор и через него в послеоперационном периоде вводили лимфотропную смесь с антибиотиками на протяжении 4–5 дней один раз в сутки. Лимфотропная смесь состояла из 0,5%-ного новокаина – 10–15 мл, лидазы (12 ед.), гепарина (70 ед. на кг веса), после введения которых вводили антибиотики цефазолин 1,0 и вновь 0,5 %-ный новокаин – 10–15 мл. После удаления микроирригатора из круглой связки печени больные получали антибиотики внутривенно или внутримышечно.

В послеоперационном периоде особое внимание уделяли УЗИ брюшной и грудной полости, которое выполняли через день-два, и профилактике легочных осложнений. Это исследование позволяло своевременно выявить плеврит, жид-

кость в поддиафрагмальном или подпеченочном пространстве и предотвратить их нагноение.

Необходимо отметить, что, несмотря на проводимые меры профилактики осложнений и их лечение, у 3 больных послеоперационный период осложнился плевритом, который был излечен пункциями, и у одного больного было нагноение раны. Следовательно, осложнения после операции составили 4,5 %.

Таким образом, результаты оперативного лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации показали, что использование усовершенствованного метода ушивания желчных свищей и полости фиброзной капсулы, применение мер профилактики гнойно-воспалительных осложнений позволили улучшить исход оперативного лечения.

### *Литература*

1. *Акматов Б.А., Мусаев А.И., Абдурахманов Б.Т.* Новые подходы к хирургическому лечению эхинококкоза печени и профилактика осложнений // Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане: Сб. научн. тр. Бишкек, 2002. С. 11–15.
2. *Казакбаев А.Т., Белеков Ж.О., Ашиналиев А.А.* Хирургическое лечение поддиафрагмального эхинококкоза печени // Центральноазиатский медицинский журнал. 1996. № 1. С. 27–30.
3. *Альперович Б.И., Сорокин Р.В., Толкаева М.В. и др.* Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. 2006. № 1. С. 7–10.
4. *Абдуфатов Т.А., Давлятов С.Б., Аишуров Т.А. и др.* Хирургическая тактика при поддиафрагмальной локализации эхинококковой кисты печени у детей // Детская хирургия. 2005. № 3. С. 34–38.
5. *Pishori T., Azami R., Ali S.* Hydatidosis with hepatic and pulmonary disease // Pak. Med. Assoc. 1999. Vol. 48, # 7. P. 205–207.
6. *Ветшев П.С., Мусаев Г.Х.* Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы // Анналы хирургической гепатологии. 2006. № 1. С. 112–117.
7. *Толстокоров А.С.* Хирургическая тактика у больных эхинококкозом печени // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. № 4. С. 626–629.