

УДК 616.36-002.951.21-06-031-07-089

**ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ  
С ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ КИСТ (VII–VIII СЕГМЕНТЫ)**

*М.С. Айтназаров*

Представлены результаты оперативного лечения эхинококковых кист с локализацией в зоне VII–VIII сегментов печени. Отмечена необходимость совершенствования оперативного доступа к полости фиброзной капсулы и ее ликвидации во избежание осложнений.

*Ключевые слова:* печень; эхинококкоз; диафрагмальная локализация (VII–VIII сегменты); обеззараживание; ликвидация полости фиброзной капсулы; осложнения.

---

**OUR EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED LIVER ECHINOCOCCOSIS  
WITH DIAPHRAGMATIC LOCALIZATION OF CYSTS (VII–VIII SEGMENTS)**

*M.S. Aitnazarov*

It is considered the results of expeditious treatment with the localization of echinococcus cyst in the zone of VII–VIII liver segments. It is noted necessity of improvement of quick access to the cavity of fibrous capsule and its elimination in avoidance of complications.

*Key words:* liver; echinococcosis; diaphragmatic localization (VII–VIII segments); disinfection; fibrous capsule cavity liquidation; complications.

Расположение эхинококковых кист в зоне VII–VIII сегментов печени не является редкостью [1, 2]. Эта локализация кист заслуживает внимания тем, что в этом случае нередко возникают такие осложнения, как нагноение и прорыв в плевральную полость или в желчные протоки [3, 4]. При любом из этих осложнений оперативное лечение представляет большие сложности, особенно ликвидация полости фиброзной капсулы. Здесь необходимо определить оперативный доступ, чтобы можно было выполнить все этапы операции [5, 6]. При этой локализации используют различные виды доступа: торакоабдоминальный, торакальный и абдоминальный, каждый из которых имеет свои преимущества и недостатки. Торакоабдоминальный доступ наиболее травматичный, при нем вскрываются плевральная и брюшная полости и довольно часто возникают осложнения в послеоперационном периоде [1, 2, 5]. Разработки по совершенствованию доступов и ликвидации полости фиброзной капсулы идут постоянно, однако частота осложнений остается на высоком уровне.

Цель работы – представить результаты оперативного лечения осложненных форм эхинококкоза

печени при локализации кист в зоне VII–VIII сегментов.

**Материал и методика исследования.** Под наблюдением находилось 64 больных с эхинококкозом печени, кисты были осложненные и локализовались в зоне VII–VIII сегментов. Женщин было 38, мужчин – 26, возраст пациентов – от 16 до 64 лет. Давность заболевания – от 2-х недель до 3-х месяцев. У всех поступивших были осложненные кисты: нагноение, разложение и у 3 – прорыв кист в желчные протоки с возникновением механической желтухи. Основными жалобами при поступлении были боли в правом подреберье и грудной клетке, усиливающиеся при глубоком вдохе и при ходьбе, повышение температуры, нарастающая общая слабость, снижение аппетита, похудение, а при наличии желтухи, которая имела место у 3 больных, пациенты отмечали головные боли, слабость, кожный зуд. У 8 больных был рецидив эхинококкоза.

У обследованных больных, помимо общеклинических методов исследования (общий анализ крови, мочи, ЭКГ, свертываемость) рассматривали обзорный снимок грудной клетки с охватом диафрагмы, проведено УЗИ по общепринятой методи-

ке, в сомнительных случаях – компьютерная томография и постановка реакции Казони с апирогенным антигеном, печеночные и почечные тесты по общепринятым методам исследования. Исследования выполняли до операции и при выписке больных из стационара.

**Результаты и их обсуждение.** В результате выполненных исследований установлена осложненная форма эхинококкоза. Особое внимание уделено выбору доступа, методам ликвидации полости фиброзной капсулы как основным этапам операции. Торакоабдоминальный доступ мы не использовали, считали его довольно травматичным для ослабленных больных с эхинококкозом. У 3 больных при срощении эхинококковых кист с диафрагмой использован торакальный доступ по 8 межреберью. Этот доступ обеспечивал выполнение всех операций с тщательной обработкой полости и ее ликвидацией. У остальных больных применен оперативный доступ в правом подреберье по Федорову с пересечением связок печени. До начала операции за 30 минут вводили внутривенно цефазолин 1,0 г и к концу операции еще один раз, а в послеоперационном периоде эти больные получали цефазолин 2 раза в сутки на протяжении 4–5 дней. Это являлось хорошей профилактикой воспалительных осложнений при осложненной форме эхинококкоза. Содержимое кисты аспирировали троакаром с подключением электроотсоса. Обеззараживание выполняли озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8–10 мкг/мл, 30%-ным раствором хлористого кальция (21 чел.) и раствором декасана (19 чел.).

Наибольшие сложности возникали при ликвидации полости фиброзной капсулы. Капитонаж выполнен 27, инвагинация – 17, тампонада сальником – 6 пациентам, способ абдоминализации – 14 больным. Капитонаж применяли при более податливых стенках капсулы, а 6 пациентам выполнили частичную перицистэктомию, после чего удалось ликвидировать полость капитонажем. Инвагинация использована у 17 пациентов, в основном при небольших, легко податливых стенках кист. Если же полость ликвидировать не удавалось, то использовали большой сальник, хотя его трудно перемещать в полость кист, расположенных в зоне VII–VIII сегментов. У 3 больных с прорывом кист в желчные протоки, свищи ушиты, холедох дренирован и произведена холецистэктомия. Полость фиброзной капсулы ликвидирована капитонажем с дренированием 2 дренажами.

При любом виде ликвидации полости использовали полужакрытый метод, так как все кисты были осложненные. При этом в полости оставляли дренажи, через которые вводили озонированные

растворы хлорида натрия с концентрацией озона 8–10 мкг/мл 2 раза в сутки с последующей аспирацией содержимого.

Для ликвидации полости фиброзной капсулы у 12 больных применили способ абдоминализации. С этой целью выступающую часть кисты на поверхности печени иссекали до ткани печени, затем накладывали обвивной гемостатический шов, осматривали дно полости. Если выявляли свищи, то их ушивали и подводили касательно ко дну полости 1–2 дренажа.

После окончания любой операции дренировали поддиафрагмальное, подпеченочное пространства и малый таз.

Особое внимание уделяли УЗИ. Для своевременного выявления скопления жидкости в плевральной и брюшной полости исследование проводили ежедневно или через день и осуществляли плевральные пункции. У 3 больных выявлен был плеврит: им были выполнены пункции и после 3 пункций жидкость не накапливалась. Еще у одного больного возникло нагноение раны. Лечение раны вели по общепринятому методу.

К моменту выписки состояние всех больных было удовлетворительным. При УЗИ у 2 пациентов была обнаружена остаточная полость размером 2 × 1,5 см без жидкости. Это были больные, которым полость фиброзной капсулы была ликвидирована капитонажем.

Через 3 месяца после операции при проведении УЗИ было отмечено, что полость значительно уменьшилась, жидкости в ней нет. Состояние удовлетворительное.

Таким образом, наши исследования показали, что улучшения результатов оперативного лечения кист с их локализацией в зоне VII–VIII сегментов можно добиться при рациональном выборе доступа, тщательном обеззараживании и адекватной ликвидации полости фиброзной капсулы.

#### *Литература*

1. Акылбеков И.К. Тактика хирургического лечения эхинококкоза VII–VIII сегментов печени / И.К. Акылбеков, Х.С. Бебезов, Р.И. Фунлоэр // Развитие хирургии в Кыргызстане: сб. науч. тр. Бишкек, 1998. С. 43–47.
2. Назыров Ф.Г. Хирургическое лечение эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени / Ф.Г. Назыров, А.В. Вахидов, Ф.А. Ильхамов // Хирургия. 1999. № 6. С. 35–37.
3. Анваров Х.Э. Комплексный подход к диагностике и лечению механической желтухи паразитарного генеза / Х.Э. Анваров // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. 2011. Т. 6. № 2. С. 353–354.

4. Azar C. Echinococcosis of the liver / C. Azar // Gut. 2005. Vol. 36. № 6. P. 947–952.
5. Камолов М.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации / М.М. Камолов // Материалы IV съезда хирургов Таджикистана. Душанбе, 2005. С. 84–85.
6. Фунлоэр Р.И. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения эхинококкоза VII–VIII сегментов печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук, 14.00.27 / Р.И. Фунлоэр. Бишкек, 2000. 31 с.