

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НАГНОИВШИХСЯ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ С ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ

М.С. Айтназаров

Даны результаты операций при локализации кист в поддиафрагмальных сегментах печени абдоминальным и торакальным доступом.

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

Эхинококкоз – паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени [1, 2], и наиболее часто паразитарные кисты располагаются в зоне поддиафрагмальных сегментов печени (VII-VIII-I-III сегментов), причем при этой локализации наиболее часто отмечается такое осложнение, как нагноение [3, 4], оперативное лечение при котором наиболее сложное.

Диагностика и лечение нагноившихся эхинококковых кист, расположенных в поддиафрагмальных сегментах печени, заслуживает внимания в связи с неспецифическими проявлениями заболевания и сложностями выполнения оперативного лечения [1, 4]. Несмотря на существенные достижения в хирургии печени, внедрение все новых

и усовершенствованных технических средств при выполнении операций, индивидуального подхода в ведении больных после операции, в ближайшем послеоперационном периоде наблюдаются осложнения (10–28 %) в виде нагноения остаточной полости, формирование желчных и гнойных свищей, плевритов и др., на что обращают внимание многие исследователи [5, 6]. Возникновение осложнений существенно повышает затраты на лечение и продолжительность сроков нетрудоспособности оперированных больных.

При нагноении кист в поддиафрагмальных сегментах печени остаются не решенными такие вопросы, как выбор доступа, ушивание желчных свищей, ликвидация полости фиброзной капсулы и выбор методики ее дренирования. Все эти недостатки существенно влияют на исход заболевания.

Цель исследования – улучшение результатов оперативного лечения нагноившихся эхинококковых кист в поддиафрагмальных сегментах печени.

Материал и методы обследования. Под наблюдением находилось 46 больных с локализацией кист в VII-VIII-I-III сегментах печени, осложненных нагноением, в период с 2010 по 2011 г. включительно, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Бишкек. Женщин было 29 и мужчин – 17, возраст колебался от 20 до 72 лет, а давность заболевания – от одного месяца до 5 лет, обострение заболевания отмечено от 3 дней до двух недель.

Основными жалобами при поступлении были чувство тяжести в правом подреберье, распирающие боли постоянного характера, а у 4 больных наблюдались боли в правой половине грудной клетки, одышка. У 40 поступивших отмечено повышение температуры до 39 °С и лишь у 6 была субфебрильная температура. Кроме того, у 24 наблюдались ознобы, резкая слабость. При объективном обследовании увеличение печени выявлено у 17 больных, печень болезненная при пальпации. При рентгенологическом исследовании высокое стояние диафрагмы с ее деформацией имело место у 37 больных, диафрагма была неподвижной, выпот в плевральную полость справа – у 12 обследованных.

При поступлении кроме объективного исследования и учета анамнеза заболевания выполняли лабораторные исследования крови, а основным методом диагностики было УЗИ. В общем анализе крови у 39 больных количество лейкоцитов было выше $10 \times 10^{12}/л$, а СОЭ выше 14 мм/час была у всех поступивших. Эозинофилия (выше 5 %) отмечена у 23 из 46 обследованных, гипербилирубинемия – у 29 пациентов. Реакция Казони с очи-

щенным антигеном была положительной у 23 из 36 обследованных.

УЗИ выполнялось у всех поступивших и при этом в зоне VII-VIII сегментов печени выявлено полостное образование больших размеров (10–15 см) – у 28 больных с неоднородным содержимым, у 14 – средних размеров (5–10 см) и у 4 – гигантские кисты (более 20 см), а у 4 пациентов кисты располагались в I и III сегментах.

Результаты и их обсуждение. После обследования 6 больных оперированы в день поступления в связи с угрозой разрыва кист, а остальные – через 2–3 дня после проведения кратковременной подготовки, которая включала инфузионную терапию для снижения степени интоксикации. Все оперированы под эндотрахеальным наркозом. Выбор доступа осуществляли после УЗИ, при котором на кожу наносили контуры кисты, и с учетом их расположения делали выбор доступа. У 38 был доступ в правом подреберье по Федорову или Кохеру у 2 – торакальный и у 4 – верхне-срединный. После лапаротомии и ревизии печени осуществляли аспирацию содержимого электроотсосом, полость обрабатывали озонированным физиологическим раствором поваренной соли с концентрацией озона 8–10 мкг/мл, полость осушали, тщательно ее обследовали для выявления желчных свищей. Последние, если они были небольших размеров, ушивали кистетным швом атравматической иглой, а если свищи были более 2 мм, их ликвидировали пластикой лоскутом париетальной брюшины, а затем осуществляли капитонаж по Дельбе (у 39), но с обязательным дренированием дренажом-фасиной (связкой) в послеоперационном периоде. Эта методика была предложена А.С. Маслягиным и соавт. [7] для дренирования подпеченочного пространства после холецистэктомии, но она оказалась эффективной и после эхинококкэктомии, особенно поддиафрагмальной локализации кист. Через дренажи вводили озонированные растворы в количестве 20–30 мл. Это обеспечивало снижение воспалительного процесса в полости, уменьшение количества аспирируемого экссудата, быструю облiterationацию полости. У трех больных после обеззараживания полости фиброзной капсулы и ушивания желчных свищей полость ушить не удавалось. Для ее ликвидации был использован выкроенный лоскут из большого сальника на сосудистой ножке и помещен в санированную полость кисты. Рядом с ним помещали микроирригатор и вокруг него сальник фиксировали к капсуле, чтобы создать герметичность. Через микроирригатор ежедневно вводили озонированные растворы в количестве 20–30 мл и через два часа аспирировали. Послеопера-

ционный период протекал без осложнений, быстро улучшалось общее состояние, нормализовалась температура. Эта методика была использована нами всего у 6 больных, из них при локализации кист в зоне VII-VIII сегментов и у 3 – при расположении кист в I и III сегментах печени.

Необходимо отметить, что послеоперационный период у большинства больных протекал без осложнений, несмотря на тяжесть их состояния до операции. Из 46 оперированных осложнения отмечены у 4 (8,7 %) – желчеистечение у 2 и нагноение раны тоже у 2, все они излечены, летальных случаев не наблюдалось.

Таким образом, наши исследования показали, что при нагноении кист в поддиафрагмальных сегментах печени диагностика должна базироваться на данных объективного обследования больных и ультразвукового исследования, которое является ведущим методом в диагностике объемных образований печени, и в частности нагноившихся кист.

Применение адекватного доступа, тщательной санации полости фиброзной капсулы и ушивание свищей с последующим дренированием дренажа-фашины позволяют улучшить результаты лечения больных с нагноившимися кистами диафрагмальной локализации.

Литература

1. *Абдуфатов Т.А.* Хирургическая тактика при поддиафрагмальной локализации эхинококковой кисты печени у детей / Т.А. Абдуфатов, С.Б. Давлятов, Т.А. Ашууров и др. // *Детская хирургия.* 2005. № 3. С. 34–38.
2. *Адамалиев К.А.* Особенности клиники и хирургического лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации / К.А. Адамалиев, Т.О. Омурбеков // *Хирургия Кыргызстана.* 1998. № 1. С. 53–55.
3. *Будан А.К.* Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени / А.К. Будан // *Анналы хирургии.* 2005. № 1. С. 54–59.
4. *Гайбатов С.П.* Клиника и лечение нагноившего эхинококкоза печени / С.П. Гайбатов, А.С. Гайбатова // *Хирургия.* 2006. № 6. С. 16–18.
5. *Маслагин А.С.* Дренирование брюшной полости после холецистэктомии / А.С. Маслагин, Н.В. Комаров, Р.Н. Комаров и др. // *Эндоскопическая хирургия.* 2005. № 4. С. 22–23.
6. *Мовчун А.А.* Диагностика и лечение эхинококкоза печени / А.А. Мовчун // *Хирургия.* 1997. № 2. С. 28–30.
7. *Salinas J.C.* Intracystic infection of liver hydatidosis // *Hepatogastroenterology.* 2000. V. 47. № 3–4. P. 1052–1054.