

УДК 616.36-002.21:616.386-031-089 (575.2) (04)

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ В ЗОНЕ VII-VIII СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ

М.С. Айтназаров

Представлены результаты оперативного лечения эхинококкоза с локализацией кисты в зоне VII-VIII сегментов печени. Разработаны эхоморфометрические критерии для выбора доступа.

Ключевые слова: печень; эхинококкоз; поддиафрагмальная локализация (VII-VIII сегменты); оперативное лечение.

Введение. В настоящее время актуальной является проблема оперативного лечения эхинококкоза печени с поддиафрагмальной локализацией. Это обусловлено ростом заболеваемости, частотой возникновения различных осложнений, особенно в последние годы. Наиболее сложной локализацией кист является поддиафрагмальная, так как кисты длительное время себя не проявляют, а при достижении больших размеров возникают осложнения, на что указывают многие исследователи [1, 2]. Обычные методы диагностики этой локализации кист малоинформативны, поэтому необходимо более углубленное изучение и применение специальных методов диагностики [3, 4].

Оперативное лечение, особенно кист с локализацией в зоне VII и VIII сегментов, требует выбора наиболее адекватного доступа, так как при нерациональном доступе очень сложно выполнить обеззараживание кист и полости фиброзной капсулы, выявить желчные свищи, ликвидировать их и избрать способ ликвидации полости фиброзной капсулы [5, 6]. Несоблюдение этих положений является причиной довольно частых осложнений после операции в ближайшие сроки и высокого процента рецидивов в отдаленный период [4, 7]. Все эти нерешенные вопросы явились основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы – улучшить результаты оперативного лечения эхинококкоза печени с локализацией кист в VII и VIII сегментах.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 122 больных с локализацией кист в зоне VII и VIII сегментов печени, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы

№ 1 г. Бишкек в период с 2002 по 2009 г. включительно. Под наблюдением было: женщин – 62 и мужчин – 60, возраст больных составлял от 16 до 68 лет.

Давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 5 лет. Кисты в зоне VII сегмента локализовались у 52 (42,6 %), а в VIII сегменте – у 48 (39,3 %) больных. Кисты, которые занимали оба эти сегмента, отмечены у 22 (18,1 %). Одиночные кисты были у 101 больного, множественные – у 21.

В обследовании больных помимо общеклинических методов использовали рентгенологическое и ультразвуковое исследование, а также была применена реакция Казони с очищенным антигеном, которая оказалась положительной у 80 (86,9 %) из 92 обследованных.

При локализации кист в VII и VIII сегментах информативным методом является рентгенологический, при котором отмечено высокое стояние диафрагмы (до 3 ребра), деформация диафрагмы и наличие жидкости в плевральной полости. Эти сведения дают основание заподозрить эхинококкоз печени диафрагмальной локализации.

Но наиболее информативным методом является ультразвуковое исследование, которое позволило выявить количество кист, их размеры, характер содержимого, расположение кист в соотношении с сосудами и протоками печени и избрать оптимальный доступ индивидуально для каждого больного.

Результаты и их обсуждение. Все больные, поступившие с локализацией кист в зоне VII и VIII сегментов, нуждались в оперативном лечении. Поскольку выбор доступа имеет большое

значение, мы использовали результаты УЗИ. Если киста была расположена в зоне VII и VIII сегментов и уровень диафрагмы достигал 3–4 ребра и в печени было выявлено еще 2–3 кисты в других ее сегментах, мы считали необходимым эхинококкэктомиию выполнять торакоабдоминальным доступом. Этот метод весьма травматичен, поэтому мы использовали его лишь при оперировании трех больных.

Если же при УЗИ было установлено, что кисты расположены в зоне VII и VIII сегментов, диафрагма не податлива, что свидетельствовало о сращении диафрагмы и печени, и паренхима печени над кистой не превышала 1 см, то в этих случаях применяли торакальный доступ с последующим рассечением диафрагмы, но при условии, что в печени больше кист нет. Эта методика использована у 23 больных.

В тех случаях, когда киста располагалась в зоне VII и VIII сегментов печени, толщина паренхимы печени над кистой составляла более 1,5 см, диафрагма подвижна, то эхинококкэктомиию выполняли из разреза в правом подреберье по Федорову или Кохеру с рассечением связок печени. Этот доступ применен нами у 96 больных.

Такой подход к выбору доступа обеспечивал малотравматичность операции и осложнений, связанных с доступом, мы не наблюдали.

Все операции выполнялись под эндотрахеальным обезболиванием, обеззараживание содержимого кист и полости фиброзной капсулы выполняли термическим способом, а содержимое кист удаляли либо обычным троакаром, либо троакароэхинококкотомом, чтобы предотвратить обсеменение раны и органов брюшной полости.

Ликвидацию желчных свищей и полости фиброзной капсулы осуществляли строго индивидуально, в зависимости от размера кисты. При использовании плеврального доступа для ликвидации кист рассекали диафрагму, затем из полости кисты удаляли хитиновую оболочку, полость обрабатывали термическим способом, тщательно проверяли на наличие желчных свищей, которые затем ушивали и приступали к ликвидации полости. Значительно легче было ушить полость путем погружения лоскута диафрагмы вместе с частью стенки фиброзной капсулы. Если же не было уверенности в тщательном ушивании желчных свищей, то на эту поверхность наносили слой цианокрилатного клея, а в последний год – слой клея “Suncon” китайского производства и фиксировали к этой поверхности выкроенный лоскут из париетальной брюшины, а затем ликвидировали полость фиброзной капсулы. Операцию заканчи-

вали дренированием плевральной полости и поддиафрагмального пространства. Через дренажи осуществляли активную аспирацию.

Наиболее часто применяли доступ в правом подреберье по Федорову или Кохеру, но с обязательным рассечением связок печени и это в большинстве случаев обеспечивало смещение печени вниз и киста становилась хорошо видимой. Однако при наличии сращений, особенно плотных, отделить кисту от диафрагмы бывает сложно, поэтому до операции мы обращали особое внимание на подвижность диафрагмы. Здесь также выполняли обеззараживание содержимого кисты и полости фиброзной капсулы термическим способом, а затем приступали к ликвидации полости. При наличии желчных свищей поступали так же, как и в предыдущем случае. При больших кистах, когда капитонажем или инвагинацией полость ликвидировать не удавалось, то ее заполняли пряжью большого сальника. И эта операция завершалась дренированием брюшной полости. Эта методика применена нами у 96 больных.

Анализ течения послеоперационного периода показал, что наиболее тяжелым он был при торакоабдоминальном доступе и, несмотря на травматичность операции, удалось добиться выздоровления у всех трех больных.

Во второй группе оперированных, у которых был использован торакальный доступ, из 23 больных осложнения выявлены у 4: у двух – плеврит, излеченный плевральными пункциями, у одного – правосторонняя пневмония и еще у одного – инфильтрат в области послеоперационной раны. К моменту выписки все осложнения излечены.

Наибольшую группу составили больные третьей группы, у которых применен абдоминальный доступ. Из 96 пациентов у 10 возникли осложнения в ближайшие сроки после операции: у трех выявлены остаточные полости без признаков нагноения. Они выписаны в удовлетворительном состоянии с небольших размеров полостями (2×2 см) и с рекомендацией явиться на контрольное обследование через месяц. Двое явились через два месяца и при контрольном обследовании полости не выявлены. Третий явился через 2,5 месяца, остаточная полость незначительно уменьшилась в размерах, признаков нагноения не наблюдалось.

Еще у трех больных из 96 оперированных отмечен правосторонний плеврит, излеченный пункциями, у двух течение послеоперационного периода осложнилось пневмонией, к моменту выписки осложнения излечены. У одного отме-

чено частичное нагноение операционной раны, а еще у одного в остаточной полости возникло нагноение, произведена пункция – получен гной, полость промыта дважды, но количество гноя, выделяемого из полости, не уменьшалось, поэтому полость была дренирована, после чего состояние улучшилось. Больной с дренажом был выписан с рекомендацией явиться на обследование через месяц, однако появился только через два месяца. При обследовании полость осталась в прежних размерах, и он был повторно оперирован, полость ликвидирована.

Таким образом, обобщая результаты оперативного лечения эхинококкоза печени с локализацией кист в зоне VII и VIII сегментов, можно отметить, что из 122 больных осложнения возникли у 14, что составило 11,5 %, причем все осложнения удалось ликвидировать и добиться выздоровления. Следовательно, улучшение результатов оперативного лечения можно добиться путем детального обследования больных до операции, с учетом полученных результатов использовать наиболее адекватный доступ и с меньшей травматичностью выполнить все этапы операции.

Литература

1. *Абдурахманов Б.А.* Хирургия эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации: ав-

тореф. дис. ... канд. мед. наук, 14.00.27. Ташкент, 1999. 28 с.

2. *Кенжаев М.Г., Акматов Б.А.* Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива. Бишкек: ОсОО “Медфарминфо”, 2001. 155 с.
3. *Фунлоэр Р.И.* Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения эхинококкоза 7–8 сегментов печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук, 14.00.27. Бишкек, 2000. 28 с.
4. *Salama H., Farid Abdel-Wahab G.T.* Diagnosis and treatment of hepatic cysts with the aid of echo-guided percutaneous cyst puncture // *Clinical infections diseases*. 2005. Vol. 21, № 6. P. 372–1376.
5. *Абдуфатов Т.А., Давлятов С.Б., Ашууров Т.А., Шехов К.Д.* Хирургическая тактика при поддиафрагмальной локализации эхинококковой кисты печени у детей // *Детская хирургия*. 2005. № 2. С. 34–38.
6. *Адамалиев К.А., Омурбеков Т.О.* Особенности клиники и хирургического лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации // *Хирургия Кыргызстана*. 1998. № 1–2. С. 53–55.
7. *Казакбаев А.Т., Ашиналиев А.А.* Хирургическое лечение поддиафрагмального эхинококкоза печени // *Центрально-Азиатский медицинский журнал*. 1996. Т. 2, № 1. С. 27–30.