

УДК 616.36-002.951.21-089

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

М.С. Айтназаров

Представлены результаты оперативного лечения больных с рецидивом эхинококкоза печени с поддиафрагмальной локализацией. Отмечена необходимость индивидуального подхода к выбору доступа и методу ликвидации полости фиброзной капсулы.

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

SURGICAL TREATMENT OF RECURRENT HEPATIC ECHINOCOCCOSIS SUBDIAPHRAGMATIC LOCALIZATION

M.S. Aytazarov

It is shown the results of surgical treatment of patients with recurrent liver echinococcosis with subdiaphragmatic localization. It is noted need of individual approach to a choice of access and a method of elimination of the cavity of the fibrous capsule.

Key words: liver; echinococcosis; subdiaphragmatic localization; surgical treatment; complications.

Введение. Эхинококкоз печени – тяжелое паразитарное заболевание, которое распространено во многих странах мира и лечение его в основном оперативное [1, 2]. Наибольшие сложности представляет эхинококкоз поддиафрагмальной локализации, а еще более сложным считается его рецидив [3, 4]. Все исследователи отмечают сложности операции и высокую частоту осложнений и летальности [5, 6], это связано с частым осложнением эхинококковой кисты (нагноение, разложение, прорыв), сложностью выбора доступа при этой локализации, трудностью выполнения всех этапов операции [7, 8]. Идут поиски методов оперативного лечения, которые позволили бы облегчить выполнение операции и снизить частоту осложнений.

Цель работы – представить результаты хирургического лечения рецидива эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 163 больных, поступивших в клинику с поддиафрагмальной локализацией кист. Из них у 30 (18,4 %) был рецидив эхинококкоза печени. Из 30 пациентов с рецидивом было 16 женщин и 14 мужчин. Возраст больных колебался от 26 до 68 лет, но большинство были в возрасте от

30 до 50 лет. Из анамнеза установлено, что в прошлом один раз оперированы 25, трое оперированы дважды и двое – трижды. Мы попытались установить сроки последней операции и установили, что 12 больных оперированы в сроки от 1 года до 2 лет, еще 6 оперированы от 3 до 4 лет тому назад, а остальные – более 4 лет. При обследовании в зоне VII–VIII сегментов рецидивные кисты локализовались у 26 больных, а у 4 – в зоне I и II сегментов печени.

В обследовании больных помимо общеклинических методов исследования в случаях дифференциальной диагностики с остаточной полостью использовали УЗИ и КТ.

При поступлении больные жаловались на боли в правом подреберье, а 6 – на боли в эпигастриальной области. Одышку отмечали 8 больных, а повышение температуры отмечено у 22, в основном при осложнении кист нагноением.

Размеры кист колебались от 5 до 25 см в диаметре.

Результаты и их обсуждение. На основании обследования больных установлен рецидив эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации, и после предварительной подготовки все они бы-

ли оперированы под эндотрахеальным наркозом. Торакальный доступ был применен у 6 больных – при больших кистах и их спаянностью с диафрагмой. У 4-х при локализации в зоне I–II сегментов использовали верхне-срединный доступ, у остальных – подреберный доступ по Федорову. Особые сложности представляла ликвидация полости фиброзной капсулы. При торакальном доступе после обеззараживания содержимого полости кисты фиброзную капсулу осторожно острым путем отделяли от диафрагмы. Затем осматривали дно полости для выявления свища и при выявлении его ушивали, а затем полужакрытым методом (капитонаж или инвагинация) ликвидировали полость фиброзной капсулы. Лишь у одного больного при обызвествлении произведена перицистэктомия с наложением П-образных швов.

При подреберном доступе также тщательно изолировали место пункции, герметично аспирировали содержимое и обеззараживали полость фиброзной капсулы, затем у 24-х больных ликвидировали полость фиброзной капсулы полужакрытым способом, а у 2-х – открытым. При локализации кист в зоне I и II сегментов использовали метод абдоминализации: выступающую часть фиброзной капсулы под тканью печени иссекали до печеночной паренхимы, затем накладывали гемостатический шов и ко дну полости подводили страховой дренаж.

В послеоперационном периоде у 2 больных при торакальном доступе возник плеврит, лечение которого осуществляли плевральными пункциями до полного прекращения выпота. Еще у одного больного при выполнении абдоминализации по дренажу стала выделяться желчь, но постепенно ее количество уменьшалось, и после полного прекращения страховой дренаж был удален; больная была выписана в удовлетворительном состоянии.

В процессе стационарного лечения мы осуществляли активную аспирацию отделяемого через дренажи и выполняли УЗИ через 1–2 дня для своевременного выполнения осложнений. В момент выписки у двух больных обнаружена остаточная полость размерами 2,0 × 3,0 см без наличия жидкости, а у остальных патологических изменений не выявлено.

При контрольном обследовании в сроке от 1 года до 3 лет у больных, выписанных с остаточными полостями, их размеры уменьшились.

Таким образом, наши исследования показали, что рецидив эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации не является редкостью и на нашем материале составил 18,4 % и, что особенно важно, наиболее часто наблюдалась осложненная форма. Повторное оперативное лечение оправдано и дает возможность добиться выздоровления. При рецидиве эхинококкоза поддиафрагмальной локализации необходим индивидуальный подход к выбору доступа и методу ликвидации полости фиброзной капсулы.

Литература

1. Агаев Б.А. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени / Б.А. Агаев, Р.М. Агаев, Р.М. Мамедов // *Анналы хирургической гепатологии*. 2006. № 1. С. 54–59.
2. Перхуров А.Н. Хирургическое лечение рецидивов эхинококкоза редких локализаций: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.Н. Перхуров. Ставрополь, 1999. 23 с.
3. Акешов А. Совершенствование диагностики и лечения осложненных форм эхинококкоза печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. Акешов. Бишкек, 2010. 23 с.
4. Джураев Т.Д. Сквозное дренирование при поддиафрагмальном расположении эхинококковой кисты печени / Т.Д. Джураев, М.М. Камалов, Б.С. Урупов // *Материалы конференции хирургов «Хирургия эхинококкоза человека»*. Худженд, 2005. С. 54–57.
5. Камалов М.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации / М.М. Камалов // *Материалы IV съезда хирургов Таджикистана*. Душанбе, 2005. С. 84–85.
6. Мусаев А.И. Дифференциальная диагностика очаговых заболеваний печени / А.И. Мусаев, Р.М. Баширов, Б.Т. Муканбетов. Бишкек: Учкун, 2004. 239 с.
7. Debesse B. La pericistectomie an pleis pren dans le treatment duciste du baio / B. Debesse, A. Dyjon // *Am. Chir.* 2007. Vol. 41. № 9. P. 646–651.
8. Golematitis B.C. Hepatic hydatid disease: current surgical treatment / B.C. Golematitis, P.J. Peveretes // *J. Med.* 2005. Vol. 62. № 1. P. 71–76.