

УДК 616.36–002.9–089.87

## РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ

*М.С. Айтназаров*

Представлены результаты резекции печени у больных с локализацией кист эхинококкоза в зоне I и II сегментов печени. Отмечено, что операции этого типа, в сравнении с органосохраняющими операциями, предотвращают рецидив болезни и не сопровождаются тяжелыми осложнениями.

*Ключевые слова:* печень; эхинококкоз; поддиафрагмальная локализация; оперативное лечение; резекция печени.

---

## RESECTION OF PARASITIC CYSTS IN LIVER IN THEIR DIAPHRAGMATIC LOCALIZATION

*M.S. Aytazarov*

The results of resection in patients with liver echinococcus cysts localization in I and II zones of liver segments are presented. It is noted operations of this type, in comparison with organ-preserving operations, prevent recurrence of illness and are not followed by heavy complications.

*Key words:* liver; echinococcus; subdiaphragmatic localization; surgical treatment; liver resection.

Одним из наиболее распространенных паразитарных заболеваний печени является эхинококкоз [1, 2]. Диагностика его не является сложностью при своевременном обращении больных, применение ультразвукового исследования (УЗИ) позволяет выявить кисты при размерах 1,0–1,5 см, но при диафрагмальной локализации больные обращаются в большинстве случаев лишь в том случае, когда кисты достигают больших размеров либо возникает осложнение. В этих случаях и диагностика, и лечение более сложны [3, 4]. Лечение эхинококкоза в основном оперативное, а медикаментозное лишь дополняет оперативный метод. При диафрагмальной локализации наиболее часто применяют органосохраняющие операции с ликвидацией полости капитонажем или инвагинацией, но при этих методах нередко возникают остаточные полости и рецидив болезни [5, 6], что явилось основанием для поиска методов, которые улучшили бы исходы операции. В последние годы появились сообщения [7, 8] о целесообразности применения радикальных операций при эхинококкозе печени (перикистэктомия, резекция печени), а о диафрагмальной локализации имеются лишь единичные

сообщения о результатах небольших клинических наблюдений.

Цель работы – представить результаты резекции печени при диафрагмальной локализации осложненных кист эхинококкоза.

**Материал и методики исследования.** Под наблюдением находилось 67 больных с локализацией кист эхинококкоза в зоне диафрагмальных сегментов печени. Женщин было 44, мужчин – 23 в возрасте от 18 до 62 лет. Давность заболевания составляла от 2 недель до 3 лет. При поступлении мы обращали особое внимание на сроки появления жалоб у больных, послуживших причиной обращения к врачу, чтобы можно хотя бы косвенно судить о давности заболевания и сроках возникновения осложнений.

При поступлении больные предъявляли жалобы на боли в грудной клетке и эпигастральной области, усиливающиеся при глубоком вдохе и после приема пищи, повышение температуры, нарастающая слабость и потерю веса тела. Из 67 больных нагноившийся эхинококкоз имел место у 61 больного и разложившийся – у 6. Эхинококковые кисты локализовались в зоне VII–VIII сегментов у 43, а в зоне I–II сегментов печени – у 24 пациентов.

В данном сообщении мы представляем результаты лишь оперированных больных с локализацией кист в зоне I–II сегментов, так как при расположении кист в зоне VII–VIII сегментов резекции печени мы не выполняли.

В диагностике заболевания, помимо традиционных, необходимых методов (анализ крови, мочи, ЭКГ, флюорография грудной клетки) использовали ультразвуковое исследование органов брюшной и грудной полости и органов малого таза, реакцию Казони и по показаниям в неясных случаях назначали компьютерную томографию. УЗИ выполняли до операции, в ближайшие дни после операции для своевременного выявления осложнений, обязательно в момент выписки из стационара и в сроки после операции от 6 месяцев до одного года.

**Результаты и их обсуждение.** В результате комплексного обследования из 24 больных с локализацией кист в зоне I–II сегментов было установлено, что у 11 пациентов целесообразнее выполнить органосохраняющие операции. После обеззараживания кист гипертоническим (30 %) раствором хлорида натрия у 8 больных для ликвидации полости фиброзной капсулы выполнен капитонаж с дренированием полости фиброзной капсулы, у 3 – сочетание капитонажа с инвагинацией также с дренированием полости фиброзной капсулы, а у 13 больных произведена резекция печени.

Из 13 обследованных у 6 выполнена левосторонняя гемигепатэктомия, так как левая доля целиком была занята кистами и практически печеночной тканью была лишь полоска толщиной не более 1 см. У 7 больных одиночные кисты располагались лишь в зоне одного сегмента, поэтому была выполнена сегментэктомия.

При левосторонней гемигепатэктомии кровопотеря составила  $340,8 \pm 24,5$  мл, а при сегментэктомии –  $218,4 \pm 12,8$  мл. Операцию обязательно заканчивали дренированием поддиафрагмального, подпеченочного пространств, ложа удаленной части печени и малого таза. Это обеспечивало хороший отток отделяемого и предотвращало скопление экссудата.

После операции больные получали инфузионную терапию, которая включала свежезамороженную плазму, эритроцитарную массу, гепатотропные препараты, комплекс витаминов, реополиглокин. Учитывая то обстоятельство, что у всех оперированных были осложненные формы эхинококкоза, после операции им назначали антибиотики (цефазолин по 1,0 г внутривенно два раза в сутки, метрид по 100 мл 2 раза в сутки) на протяжении 5–6 дней.

Особое внимание уделялось выявлению осложнений после операции. С этой целью ежедневно или через день выполняли УЗИ брюшной и грудной полости. У одной больной послеоперационный период осложнился плевритом, выполнялась плевральная пункция до полного прекращения образования экссудата и у одного больного отмечен инфильтрат в области операционной раны, который под влиянием противовоспалительной терапии удалось излечить.

В момент выписки выполнено УЗИ, патологии не обнаружено, лишь отмечено ограничение подвижности диафрагмы слева у больной, у которой был плеврит. Также УЗИ проведено у 11 оперированных, у которых были выполнены органосохраняющие операции, у 2 из них выявлены остаточные полости небольших размеров (1,5–2,5 см в диаметре) без наличия в них жидкости.

Отдаленные результаты в сроки от 6 месяцев до одного года изучены у 12 больных, которым выполнены резекции печени, и при обследовании патологии не выявлено. Конечно, срок до одного года не велик, чтобы судить о рецидиве, за больными будет продолжено наблюдение.

Таким образом, наши немногочисленные наблюдения за больными с поддиафрагмальной локализацией кист, которым выполнены резекции печени, показали, что выполнение этого типа операции при определенных показаниях не сопровождается более тяжелыми осложнениями в сравнении с органосохраняющими операциями, но они надежнее предотвращают рецидив болезни, лечение которого более сложное.

Левосторонняя гемигепатэктомия выполнена у 6 больных, а у 7 – сегментэктомия. Осложнения после операции были у 2 больных (у 1 плеврит и у 1 инфильтрат в области раны). Летальных исходов не было, пребывание в стационаре составило  $8,9 \pm 1,12$  койко-дня.

#### Литература

1. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений / Р.М. Агаев // Хирургия. 2001. № 2. С. 32–36.
2. Альперович Б.И. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени / Б.И. Альперович, Р.В. Сорокин, М.В. Толкаева // Анналы хирургической гепатологии. 2006. № 1. С. 7–10.
3. Ахмедов И.Г. Ультразвуковое исследование в диагностике гидатидозного эхинококкоза печени / И.Г. Ахмедов, А.О. Османов, А.Э. Курбанов // Хирургия. 2004. № 3. С. 18–21.
4. Salinas J.C. Intracystic infection of liver hydatidosis / J.C. Salinas // Hepatogastroenterology. 2000. Vol. 47. № 3. P. 1052–1055.

5. Камолов М.М. Хирургическое лечение эхинококкоза поддиафрагмальной локализации / М.М. Камолов // Материалы IV съезда хирургов Таджикистана. 2005. С. 84–85.
6. Толстокоров А.С. Хирургическая тактика у больных эхинококкозом печени / А.С. Толстокоров // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. № 6. С. 676–679.
7. Ветшев Н.С. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы / Н.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев // Анналы хирургической гепатологии. 2006. № 1. С. 111–117.
8. Журавлев В.А. Гидатидозный эхинококкоз печени. Вопросы хирургического лечения / В.А. Журавлев, В.М. Русинов, Н.А. Щербакова // Хирургия. 2004. № 4. С. 14–19.