

УДК 616.36-002.951.21-06-031-07-089

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

М.С. Айтназаров

Представлены результаты лечения больных эхинококкозом печени диафрагмальной локализации. Отмечен индивидуальный выбор оперативного доступа как оптимальный метод ликвидации полости фиброзной капсулы.

Ключевые слова: эхинококкоз печени; диафрагмальная локализация; доступ; ликвидация полости; осложнения.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF COMPLICATED LIVER ECHINOCOCCOSIS OF DIAPHRAGMATIC LOCALIZATION

M.S. Aitnazarov

There are results of treatment of patients with liver echinococcosis of diaphragmatic localization. A separate choice of operation was noted as an optimal method for fibrous capsule cavity liquidation.

Key words: liver echinococcosis; diaphragmatic localization; methods; cavity liquidation; complications.

Лечение эхинококкоза печени, одного из самых распространенных паразитарных заболеваний, и в настоящее время остается важной задачей современной хирургии, так как продолжается рост заболеваемости и наряду с этим растет увеличивается число рецидивов [1, 2]. Особого внимания заслуживает диафрагмальная локализация кист, так как длительное время нет клинических проявлений, а они появляются, когда кисты достигают больших размеров, либо возникают такие грозные осложнения, как прорыв кисты в желчные пути или в плевральную полость [3, 4]. При этой локализации, помимо своевременной диагностики, необходимо избрать оптимальный доступ, при котором можно выполнить все этапы операции, обеззараживание плодоносных элементов эхинококка и ликвидировать полость фиброзной капсулы [3, 5].

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные этим вопросам, осложнения в момент операции и в послеоперационном периоде достигают 18–32 %, что является предметом поиска более действенных мер, направленных на решение этих вопросов.

Цель работы – представить результаты оперативного лечения осложненных форм эхинококкоза печени диафрагмальной локализации.

Материал и методики исследования. Под наблюдением находилось 85 больных с осложненной формой эхинококкоза печени диафрагмальной локализации кист. Возраст больных колебался от 16 до 64 лет, но наибольшее число было в возрасте от 20 до 40 лет (48 чел.). Мужчин поступило 39 и женщин – 46. В обследовании больных, помимо общеклинического исследования, использовали реакцию Казони с апирогенным антигеном, ультразвуковое исследование по общепринятой методике, обзорный снимок легких с охватом диафрагмы и в сомнительных, неясных случаях выполняли компьютерную томографию.

Реакция Казони поставлена у 68 из 85 поступивших (80 %) и при этом была положительной у 39 (57,4 %), слабopоложительной – у 18 (26,5 %), а у 11 (16,1 %) – отрицательной.

Все больные в момент поступления жаловались на резкую слабость, постоянную, периодически нарастающую боль в правом подреберье и в грудной клетке, а у 18 больных боли отмечены в левом подреберье и в эпигастральной области, повышение температуры имело место у 62 больных (72,9 %). Давность заболевания колебалась от 2 недель до 3 месяцев. Эти сроки больные отмечали с момента ухудшения состояния. У 4 больных отмечена желтуха. В прошлом по поводу эхино-

коккоза печени оперировано 8 больных, в данное время они поступили по поводу рецидива болезни (сроки после операции были от 6 месяцев до двух лет).

Результаты и их обсуждение. В результате выполненных исследований эхинококковые кисты выявлены в зоне VII и VIII сегментов у 68, в зоне I и II сегментов – у 17 пациентов. Размеры кист были от 6 до 28 см в диаметре.

Поскольку все клинические и лабораторные исследования указывали на наличие осложнений эхинококковых кист и были признаки интоксикации, то предоперационная подготовка была непродолжительной и включала, в основном, инфузионную терапию, направленную на снижение интоксикации.

Все больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Выбор доступа осуществлялся строго индивидуально. При локализации в зоне VII–VIII сегментов и больших размеров кист, спаянных с диафрагмой, у 3 пациентов выполнен торакальный доступ, а у 65 – доступ абдоминальный в правом подреберье (по Федорову) с пересечением связок печени, что обеспечивало возможность выполнить все этапы операции. При локализации кист в зоне I–II сегментов доступ был внешне-срединный.

Содержимое кист удаляли строго герметично и предвзвешенно место пункции тщательно обкладывали салфетками, смоченными озонированным раствором с концентрацией озона 8–10 мкг/мл, который обладает сколексоидным действием. После удаления содержимого обеззараживание выполняли 30 %-ным раствором хлорида натрия (28 чел.), озонированным раствором (38 чел.) и раствором декасана у остальных (21 чел.). При обеззараживании выдерживали экспозицию не менее 10 минут.

Из 85 больных у 2 осложнением было прорыв кист в желчные протоки, у 8 – разложившийся эхинококкоз, а у остальных – нагноение кист. Учитывая то обстоятельство, что у всех были осложненные формы эхинококкоза, ликвидация полости фиброзной капсулы представляла сложность, особенно у больных с рецидивом болезни в результате наличия сращений. Ни у одного больного закрытую эхинококкэктомия не выполняли. У 28 пациентов выполнен капитонаж с обязательным оставлением двух дренажей, через которые вводили ежедневно озонированный раствор с последующей активной аспирацией содержимого, у 16 – выполнена инвагинация также с дренированием полости и ее ежедневным орошением. У 8 больных при осмотре полости выявлены мелкие желчные свищи, они ушиты и полость дополнительно тампонируется сальником и дренированием. У остальных лиц использовали метод абдоминализации.

Если киста располагалась большей частью на поверхности печени, то после аспирации содержимого и обеззараживания выступающую часть фиброзной капсулы иссекали до перехода ее в печеночную паренхиму, на края накладывали гемостатический обвивной шов, а затем осматривали дно полости для выявления желчных свищей. Если обнаруживали свищ, то ушивали его, а оставшуюся полость оставляли открытой, по касательной к ней подводили дренажи.

После операции особое внимание уделяли оценке характера отделяемого и при этом у двух больных на 2–3 сутки через дренажи стала выделяться серозно-геморрагическая жидкость с примесью желчи до 5–100 мл за сутки. Затем количество отделяемого стало уменьшаться и снизилась интенсивность окраски желчью. Ультразвуковое исследование выполняли ежедневно, скопления жидкости в брюшной полости не было. Дренажи удалены на 7–8-е сутки.

У двух больных, у которых заболевание было осложнено прорывом в желчные протоки, после удаления содержимого кисты выполнена холедохотомия, холедох промыт, удалены мелкие дочерние и внучатые кисты, холедох дренирован, свищ в области кисты ушит и полость кисты осталась открытой (абдоминализация), затем выполнена холцистэктомия. В конце операции обязательно дренировали поддиафрагмальное и подпеченочное пространства и малый таз.

После операции больным назначали антибиотики (цефазолин) внутривенно и инфузионную терапию, включающую гепатотропные препараты для нормализации функции печени.

Учитывая сложности операции, мы уделяли внимание ежедневному или через день ультразвуковому исследованию для своевременного выявления осложнений в послеоперационном периоде.

Нужно отметить, что у большинства больных состояние после операции постепенно улучшалось. У 3 на 3–4-е сутки выявлен выпот в плевральной полости, производили плевральную пункцию, но не более 3 раз, а затем накопление жидкости прекращалось. Еще по одному наблюдению было нагноение раны, швы сняты, края раны разведены. Лечение раны осуществлялось по общепринятому методу и инфилтрат, при котором выполняли 3–4 сеанса инфракрасного лазерного излучения и накладывали полуспиртовые повязки. Все осложнения к моменту выписки были излечены.

Среднее пребывание в стационаре составило $12,4 \pm 1,91$ койко-дней. В момент выписки у всех выполнено УЗИ и при этом у 2 больных, которым был выполнен капитонаж, определялась остаточная полость небольших размеров (не более 2 см в диа-

метре) без наличия жидкости. Почечные тесты были в пределах нормы. Из биохимических исследований функционального состояния печени отмечена нормализация уровня билирубина, тимоловой пробы. Показатели трансаминаз были еще повышенными, что указывало на нарушение функции гепатоцитов и требовало продолжения лечения в условиях поликлиники после выписки из стационара.

При контрольном обследовании через 3 месяца остаточные полости уменьшились в размерах, жидкость в них не обнаружилась.

Таким образом, наши исследования показали, что улучшения результатов лечения больных с поддиафрагмальной локализацией кист можно добиться при индивидуальном выборе оперативного доступа, оптимального метода ликвидации полости фиброзной капсулы и ведения послеоперационного периода.

Литература

1. *Джураев Т.Д.* Сквозное дренирование при поддиафрагмальном расположении эхинококковой кисты печени / Т.Д. Джураев, М.М. Камолов, Б.С. Урупов // Хирургия эхинококкоза человека: материалы конференции хирургов. Худжанд, 2005. С. 54–57.
2. *Пулатов А.Т.* Хирургическое лечение детей с поддиафрагмальным эхинококкозом печени / А.Т. Пулатов, Т.А. Абдуфатаев, Т.А. Ашуров // Новые технологии в хирургической гепатологии. СПб., 2005. С. 134–135.
3. *Казакбаев А.Т.* Хирургическое лечение поддиафрагмального эхинококкоза печени / А.Т. Казакбаев, Ж.О. Белеков, А.А. Ашиналиев // Центрально-Азиатский медицинский журнал. 1996. Т. 11. № 1–2. С. 27–29.
4. *Чернышов Б.М.* Лечение гидатидозного эхинококкоза печени / Б.М. Чернышов, К.А. Панфилов, В.Е. Богданов // Хирургия. 2005. № 9. С. 39–43.
5. *Waghlikar G.D.* Surgical treatment of complicated hydatid cysts of the liver / G.D. Waghlikar, S.S. Sikora, A. Kumar // Trop. Gastroenterol. 2005. Vol. 23. № 1. P. 249–252.