

УДК 636.36-002.951.21-089

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОИВШЕГОСЯ ЭХИНОКОККОЗА
С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ЗОНЕ 7–8 СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ**

А.И. Мусаев, М.С. Айтназаров, Н.Б. Касыев

Представлены результаты лечения у больных нагноившегося эхинококкоза печени 7–8 сегментов с использованием абдоминального торакального доступа.

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

**SURGICAL TREATMENT OF SUPPURATING ECHINOCOCCOSIS
WITH ITS LOCALIZATION IN 7–8 LIVER SEGMENTS ZONE**

A.I. Musaev, M.S. Aytazarov, N.B. Kasyev

There are results of treatment of patients with suppurating liver echinococcosis of 7–8 segments using abdominal and thoracic surgical intervention.

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

Одной из наиболее сложных локализаций эхинококковых кист являются 7–8 сегменты печени. Их выявление и лечение представляют значительные трудности, особенно при возникновении такого осложнения, как нагноение [1, 2]. Кисты, расположенные в 7–8 сегментах печени длительное время протекают бессимптомно и достигают больших размеров, а признаки заболевания возникают при осложнении – нагноении или прорыве кисты в плевральную или брюшную полости [3, 4]. Оперативное лечение позволяет добиться выздоровления, но нередко после операции возникают различные осложнения, требующие более длительного стационарного лечения. Частота осложнений более велика после операций, произведенных при нагноившихся кистах и достигает 18–42 % [5, 6]. Наиболее сложным этапом операций является ликвидация полости фиброзной капсулы. В этом случае закрытый способ противопоказан, а открытый требует длительного стационарного лечения и нередко осложняется длительно незаживающими желчными или гнойными свищами. Идут поиски наиболее оптимального метода лечения при нагноившемся эхинококкозе с локализацией кист в зоне 7–8 сегментов печени.

Цель работы – представить результаты использованного подхода в ликвидации полости фиброзной капсулы 7–8 сегментов печени.

Материал и методики исследования. Под наблюдением находился 61 больной с эхинококкозом печени, расположенным в зоне 7–8 сегментов и осложненным нагноением. Из 61 пациента женщин было 30, мужчин – 31 в возрасте от 16 до 68 лет. Давность заболевания колебалась от 2 недель до 2 лет. У 8 больных был рецидив эхинококкоза.

Больные поступали в основном с жалобами на боли в правом подреберье (57–93,4 %), боль в грудной клетке отмечали 8 больных (13,1 %), повышение температуры – 52 (85,2 %), двое предъявляли жалобы на озноб, одышка была у 6 поступивших (9,8 %). При осмотре у всех больных было отмечено плохое питание, бледность кожных покровов и слизистых, у 5 имела место иктеричность склер и кожи (8,2 %). При объективном исследовании у большинства (37 чел. – 60,6 %) отмечено притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки справа, дыхание было резко ослаблено. Живот мягкий, при пальпации увеличение печени было отмечено у 42 больных (68,8 %).

В оценке состояния больных и выявлении характера болезни, помимо общеклинических методов, использовано рентгенологическое и ультразвуковое исследование (УЗИ), а в неясных случаях назначали компьютерную томографию (КТ). Из лабораторных методов исследования определяли функциональное состояние печени и почек (били-

рубин, тимоловая проба, трансаминазы, общий белок, мочевины, креатинин).

При оперативном лечении большое значение придавали выбору доступа, так как при локализации кист в зоне 7–8 сегментов это имело первостепенное значение для выполнения всех этапов операции.

На основании выполненных исследований кисты у 21 пациента располагались в зоне 7-го сегмента, у 8 – в 8-м сегменте, а у остальных – в зоне 7-го и 8-го сегментов.

Результаты и их обсуждение. После установления характера заболевания больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Доступ в правом подреберье по Кохеру или Федорову выполнен у 52 больных с пересечением связок печени, а у 9 – торакальный.

После обнажения кист выполняли их строгую изоляцию марлевыми тампонами, смоченными озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8–10 мкг/мл, производили пункцию кисты и аспирировали содержимое. Если троакар забивался обрывками хитиновой оболочки, кисты удаляли, а затем полость заполняли дважды озонированным раствором и затем аспирировали. Полость фиброзной капсулы осушали и тщательно осматривали для выявления желчных свищей, дополнительно укладывали марлевую салфетку и выжидали 3–5 минут. Если салфетка окрашивалась желчью, это указывало на наличие желчного свища.

Поскольку это были нагноившиеся кисты, то закрытый способ ликвидации полости фиброзной капсулы мы не применяли. Объем полости фиброзной капсулы по возможности уменьшали капитонажем по Дельбе или частичной инвагинацией, а в оставшуюся полость подводили связку дренажей (2–3), через которые в послеоперационном периоде осуществляли постоянную аспирацию содержимого с периодической санацией озонированным раствором. Полость ушивали до дренажей. Поддиафрагмальное пространство дренировали и дренажи выводили через дополнительный разрез. Швы на рану. У 8 больных, у которых в полости кисты было гнойное содержимое с ихорозным запахом и наличие воспалительного процесса вокруг кисты, мы использовали открытый способ. Здесь также осуществляли обеззараживание, затем по мере возможности уменьшали объем полости и дренировали связкой дренажей с последующей санацией полости и аспирацией содержимого. Также дренировали поддиафрагмальное пространство.

Для профилактики воспалительных осложнений использовали следующую методику: за 10–15

минут до операции вводили внутривенно 1,0 цефазолина и к концу операции еще 1,0 цефазолина, а в послеоперационном периоде на протяжении 3–4 дней два раза в сутки вводили цефазолин внутривенно.

В послеоперационном периоде ежедневно или через день выполняли УЗИ для контроля за полостью фиброзной капсулы, а также за состоянием плевральной и брюшной полостей.

Дренажи из поддиафрагмального пространства удаляли на 2–3 сутки после операции, а из полости фиброзной капсулы – поочередно, начиная с 4–5 суток. Последний дренаж удаляли только после прекращения отделяемого.

Необходимо отметить, что уже на 2–3 сутки нормализовалась температура, улучшилось общее состояние. При контрольном обследовании у 4 больных на 4-е сутки выявлен правосторонний плеврит. Выполняли плевральные пункции, но не более 3 раз, накопление жидкости постепенно прекращалось. Причем у 2 больных с возникшим плевритом отмечено нагноение послеоперационной раны, еще у 2 – сочетание с желчеистечением. Желчеистечение возникло у обоих больных на 5-е сутки, у одной пациентки количество желчи постепенно уменьшалось, а затем прекратилось. Она была выписана в удовлетворительном состоянии, а у второй желчеистечение продолжалось, она была выписана с дренажом. Через два месяца явилась на контрольное обследование, из дренажа продолжала выделяться желчь и в печени определялась остаточная полость размером 4,5×3,5 см. Больная была оперирована повторно, наступило выздоровление. Следовательно, на нашем материале осложнения возникли у 4 из 61 больного, причем у каждого из них было по два осложнения. Летальных исходов не было.

Таким образом, наши наблюдения позволяют сделать выводы:

1. При нагноившемся эхинококкозе печени с локализацией в зоне 7–8 сегментов в ликвидации полости фиброзной капсулы методом выбора является полужакрытый, но с обязательным дренированием полости и осуществлением постоянной активной аспирации.
2. Сочетание интра- и послеоперационного внутривенного введения цефазолина с обработкой полости озонированными растворами является достаточно обнадеживающей мерой профилактики осложнений.

Литература

1. Адамалиев К.А. Особенности клиники и хирургического лечения эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации у детей /

- К.А. Адамалиев, Т.О. Омурбеков // Хирургия Кыргызстана. 1998. № 1. С. 53–58.
2. Акылбеков И.К. Тактика хирургического лечения эхинококкоза 7–8 сегментов печени / И.К. Акылбеков, Х.С. Бебезов, Р.И. Фунлоэр // Развитие хирургии в Кыргызстане: сб. науч. тр. Бишкек, 1998. С. 43–47.
3. Казакбаев А.Т. Хирургическое лечение поддиафрагмального эхинококкоза печени / А.Т. Казакбаев, Ж.Щ. Белеков, А.А. Ашиналиев // Центрально-Азиатский мед. журнал. 1996. Т. 11. № 2. С. 27–29.
4. Шангареева Р.Х. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени у детей / Р.Х. Шангареева, А.А. Гумеров, Ш.С. Ишимов // Вестник хирургии. 2007. № 7. С. 44–50.
5. Фунлоэр Р.И. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения эхинококкоза 7–8 сегментов печени: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р.И. Фунлоэр. Бишкек, 2000. 30 с.
6. Golematis B.C., Peveretos P.J. Hepatic hydatid disease: current surgical treatment // M. T. Sinai J. Med. 2005. Vol. 62. № 1. P. 71–76.