

## ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЭХИНОКОККОЗА VII–VIII СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ

*М.С. Айтназаров*

---

Представлены меры профилактики воспалительных осложнений при осложненных формах эхинококкоза – обеззараживание плодоносных элементов эхинококка, региональная антибиотиколимфостимуляция через круглую связку печени.

*Ключевые слова:* эхинококкоз; поражение VII–VIII сегментов печени; профилактика осложнений.

Эхинококкозом наиболее часто поражается зона VII–VIII сегментов печени. Это трудная в диагностике и лечении локализация паразитарных кист, особенно при их нагноении. Здесь необходимо избрать адекватный доступ, чтобы выполнить все этапы эхинококкэктомии, при аспирации содержимого предотвратить обсеменение и инфицирование операционного поля, ликвидировать полость фиброзной капсулы, а в послеоперационном периоде выполнить профилактические меры, чтобы снизить частоту гнойно-воспалительных осложнений [1, 2].

Несмотря на значительные достижения хирургии печени, внедрение новых технологий при выполнении операций в ближайшем послеоперационном периоде при эхинококкозе печени, особенно при нагноении кист, осложнения достигают 18–38 % и на первом месте стоят гнойно-воспалительные [3, 4].

С целью профилактики этих осложнений наиболее часто использовали антибиотики, но по мере на-

копления материала были выявлены и их недостатки: их непереносимость рядом больных и угнетение иммунологической защиты [5, 6]. В последние годы перспективным направлением является введение антибиотиков путем разработанных эндолимфатических методов в сочетании с лимфотропными средствами. При этом используется прямая эндолимфатическая терапия, интрамодулярное введение антибиотиков и лимфотропная антибактериальная терапия. Большинство хирургов отдают предпочтение лимфотропному методу как более простому, но в то же время более эффективному. Антибиотики с лимфотропной смесью вводятся в клетчатку соответствующего регионально-го лимфатического бассейна [7, 8]. Метод использован в основном лечении заболеваний желчного пузыря, желудка, а вопрос его эффективности в профилактике осложнений после операции по поводу осложненных кист печени остается до конца не решенным.

Цель работы – снизить частоту гнойно-воспалительных осложнений при оперативном лечении

нагноившихся кист печени поддиафрагмальной локализации за счет использования региональной антибиотиколимфотропной терапии.

**Материал и методы обследования.** Под наблюдением находилось 68 больных с нагноившимися кистами печени, расположенными в зоне VII–VIII сегментов печени, женщин – 41, мужчин – 27; возраст колебался от 23 до 70 лет.

В диагностике заболевания, помимо общеклинических методов (анамнез, данные объективного обследования, анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, ЭКГ), использовали обзорную рентгенографию грудной клетки (прямая и боковая) с обязательным охватом диафрагмы, УЗИ, КТ печени и по показаниям магнитно-резонансную томографию, реакцию Казрони.

**Результаты и их обсуждение.** После обследования и определения характера заболевания, все больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом. У 61 больного доступ был в правом подреберье по Федорову или Кохеру с пересечением связок печени, а у 7 – торакальный с рассечением диафрагмы. Профилактику мы начинали с первых этапов операции: тщательный гемостаз с обкладыванием марлевыми салфетками, смоченными озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 6–8 мкг/мл. Затем осуществляли аспирацию содержимого кист с последующим рассечением фиброзной капсулы, удалением хитиновой оболочки и обработкой полости дважды озонированным раствором. Полость фиброзной капсулы ликвидировали у 60 больных капитаном на Дельбе с обязательным оставлением микродренажа для аспирирования отделяемого и введения через него в послеоперационном периоде озонированных растворов в количестве 20–25 мл. У 8 пациентов использовали открытый метод, но с обязательным, по мере возможности, уменьшением объема полости. К концу операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор и его периферический конец выводили через дополнительный разрез на брюшную стенку. На коже микроирригатор фиксировали одним шелковым швом и прикрывали стерильной салфеткой, которую меняли при каждой перевязке. Обязательно проверяли герметичность фиксации микроирригатора путем введения раствора новокаина.

В послеоперационном периоде на протяжении 4–5 дней через микроирригатор вводили лимфотропную смесь с антибиотиками (цефазолин, ампициллин) один раз в сутки. Смесь состояла из 15–20 мл 0,5 %-ного раствора новокаина, гепарина (70 ед. на кг веса), 1 мл тактивина и 12 ед. лидазы. Смесь вводили перманентно с интервалом в одну–две минуты после каждого компонента.

Введение лимфотропной смеси сочеталось с выполнением инфузионной терапии, направленной

на ликвидацию интоксикации и динамическим УЗИ для своевременного выявления выпота в грудной и скопления в брюшной полости.

После удаления микроирригатора из круглой связки печени антибактериальную терапию продолжали введением цефазолина по 2,0 мл два раза в сутки внутримышечно или внутривенно и проводили инфузионную терапию с учетом состояния больных.

Используя региональную лимфостимуляцию через круглую связку печени, отметили положительное влияние на течение послеоперационного периода: уже на 2–3-и сутки после операции нормализовалась температура, болевой синдром также быстро снижался, на 3-и сутки отменяли обезболивающие средства, меньше расходовали антибиотиков, восстанавливалась функция желудочно-кишечного тракта, ни у одного больного не возник парез кишечника. Из 68 оперированных больных осложнения после операции выявлены у 4 (5,9 %), у двух из них – правосторонний плеврит, у одного – желчеистечение и еще у одного – нагноение раны. Плеврит обнаружен на 4-е сутки после операции и у обоих больных ликвидирован плевральными пункциями. К моменту выписки при УЗИ жидкость в плевральной полости не накапливалась. У одной больной через страховой дренаж до двух недель отмечалось желчеистечение, затем оно прекратилось, и у одной возникло нагноение раны. К моменту выписки все осложнения были излечены, больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, результаты наших исследований показали следующее.

1. Использование региональной антибиотиколимфостимуляции способствует снижению осложнений.
2. Методика не сложна, может быть выполнена хирургом в момент операции и не требует больших материальных затрат.
3. Динамический контроль УЗИ обеспечивает своевременное выявление возникших осложнений и позволяет оценить эффективность лечения.

#### *Литература*

1. Гудз И.М. Клинические и иммунологические последствия профилактики применения антибиотиков / И.М. Гудз // Клиническая хирургия. 1998. № 1. С. 3–5.
2. Джумабаев С.У. Принципы региональной лимфатической терапии в хирургии / С.У. Джумабаев, В.А. Хакимов, Э.С. Джумабаев // Матер. II съезда хирургов Кыргызстана. Бишкек, 1995. С. 25–26.
3. Камолов М.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации / М.М. Камолов // Матер. IV съезда хирургов Таджикистана. Душанбе, 2005. С. 84–85.

4. *Лохвицкий С.В.* Регионарная лимфотропная терапия / С.В. Лохвицкий, С.К. Кудеринов // Новое в хирургии: сб. научн. тр. Алматы, 1994. С. 31–38.
5. *Милонов О.Б.* Диагностика и лечение поддиафрагмального эхинококкоза печени / О.Б. Милонов // Диагностика и лечение эхинококковой болезни. Ставрополь, 1993. С. 78–90.
6. *Назыров Ф.Г.* Хирургическое лечение эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени / Ф.Г. Назыров, А.В. Вахидов, Ф.А. Ильхамов // Хирургия. 1999. № 6. С. 35–37.
7. *Burdjn D.V., Path M.R.* Principles of antimicrobial prophylaxis // *Wed. V. Surg.* 2002. Vol. 6. № 2. P. 262–267.
8. *Morel Ph., Robert I., Rohner A.* Surgical treatment of hydatid disease of the liver: A surgery of 69 patients // *Surgery.* 1998. Vol. 104. № 5. P. 852–862.