

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ БОЛЬШИХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

Р.А.Гаджиев, Г.М.Магомедов

Дагестанская государственная медицинская академия

С целью выбора наиболее оптимальной тактики хирургического лечения больших кист печени нами анализированы результаты лечения 889 больных с эхинококкозом печени, которые находились под нашим наблюдением за последние 13 лет. Среди наблюдавшихся нами пациентов первичный эхинококкоз имелся у 811 (91,2%) больных, рецидивный – у 78 (8,8%). Монокистозный эхинококкоз выявлен у 648 (72,9%) больных, а множественные кисты – у 241 (27,1%) пациента. Кисты более 15 см в диаметре имелись у 233 (26,2%) больных, из них одиночные кисты печени наблюдались у 174 (74,6%) больных, две большие кисты – у 25 (10,9%), одна киста более 15 см в диаметре в сочетании с кистами меньшего диаметра у 34 (14,5%) пациентов. Все пациенты с большими кистами печени в зависимости от вида оперативных вмешательств нами разделены на две группы. Основная группа – 127 больных, которым выполнена открытая эхинококкэктомия печени с наружным дренированием остаточной полости без уменьшения фиброзной полости. Им в послеоперационном периоде проводилось ежедневное промывание остаточной полости озонированным физиологическим раствором в концентрации 5 мг/л медицинского озона в физиологическом растворе. Контрольная группа – 106 больных, которым произведена открытая эхинококкэктомия печени с уменьшением остаточной полости. Из них частичная перицистэктомия, инвагинация и капитонаж были выполнены 76 пациентам, полная ликвидация остаточной полости капитонажным способом – 30 больным. Наружное дренирование уменьшенной остаточной полости было осуществлено 83 пациентам, в остальных 23 случаях остаточная полость была ушита наглухо. Всем пациентам в динамике (до операции, на 5-е, 10-е, 15-е и 20-е сутки после операции) проводилось УЗИ печени; исследование функционального состояния печени; определение количества и характера отделяемого из остаточной полости его микробную обсемененность.

Результаты и их обсуждение. В основной группе больных объем остаточной полости на 5-е сутки после операции составил 75,6% от исходного, на 10-е сутки – 63,4%, на 15-е сутки – 57,2%. Цистобилиарные свищи имели место у 107 (84,2%), количество желчи за сутки составило от 50 до 470 мл, к 15-м суткам количество отделяемой желчи уменьшилось почти 7-8 раз и к 20-м суткам полностью прекратилось у 82,6% больных. Только лишь у 4 пациентов отмечено длительное желчеотделение (до 3 месяцев). Нагноение остаточной полости имело место у 23,7% больных. Полная редукция остаточных полостей в основной группе наступила к 43±17 суткам. В эти же сроки были удалены дренажные трубки.

В контрольной группе больных раскрытие ушитой полости в послеоперационном периоде произошло у 32 (30,2%) больных, из них полная ликвидация остаточной полости капитонажным способом была выполнена 13 больным, наружное дренирование уменьшенной остаточной полости – 19 пациентам. Повторные операции в виду нагноения остаточной полости выполнены 24 (22,6%) пациентам. В 4 (3,7%) случаях, когда операция была завершена частичной перицистэктомией и уменьшением фиброзной полости путем ушивания остатков фиброзной капсулы с инвагинацией их в полость без наружного дренирования, отмечено желчеистечение в свободную брюшную полость. В одном из них потребовалась релапаротомия, а в трех других имело место длительное желчеистечение по дренажу. При повторных операциях остаточная полость дренирована наружу. Желчеистечение наблюдалось у 6 пациентов. Оно прекратилось у всех больных к 15-16 суткам. Полная редукция остаточной полости у повторно оперированных больных наступила к 54±11 суткам. В эти же сроки были удалены дренажные трубки.

Сравнительный анализ результатов хирургического лечения двух групп больных с большими эхинококковыми кистами печени показал, что количество послеоперационных осложнений при простом решении вопроса завершения эхинококкэктомии печени значительно ниже. То есть на 127 больных, которым было выполнено наружное дренирование остаточной полости без ее уменьшения, желчеистечения и кровотечения в свободную брюшную полость не отмечалось, нагноение остаточной полости развилось у 23,7% больных, повторная операция не проведена ни в одном случае, тогда как в контрольной группе больных раскрытие ушитой полости наступило у 32 больных, повторные операции по поводу нагноения остаточной полости выполнены 22,6% (24) пациентам, желчеистечение отмечено в свободную брюшную полость у 4 больных, один из них оперирован повторно. Следовательно, высокая эффективность оперативного лечения в основной группе больных составляла 76,3%, а в контрольной – 66,0%. Сроки лечения больных в основной группе больных – 43±17 суток, а в контрольной – 54±11 суток, то есть почти на 11 суток больше.

Проведенный сравнительный анализ результатов различных методов лечения больших кист печени и динамический ультразвуковой контроль за редукцией остаточной полости и изменениями структуры паренхимы печени показали предпочтительность наружного дренирования фиброзной полости без уменьшения ее размеров. При наружном дренировании остаточной полости больших эхинококковых кист печени, особенно при их значительном интрапаренхиматозном расположении, в первые же сутки после декомпрессии кисты отмечено раскрытие трубчатых структур печени, улучшение интраорганной гемодинамики и уменьшение объема фиброзной полости почти в 5-6 раз. Следовательно, вопрос перицистэктомии является весьма актуальным.

С одной стороны перцистэктомия способствует уменьшению количества рецидивов заболевания, поскольку в фиброзной капсуле могут быть зародышевые элементы, а с другой стороны, в сохраненной фиброзной капсуле в довольно ранние сроки начинают функционировать печеночные клетки, что также не безразлично для пациента. Наш опыт показывает, что сохранение фиброзной капсулы при тщательно проведенной антипаразитарной обработки имеет ряд преимуществ перед иссечением ее. Более того, причиной раскрытия уменьшенной и ушитой фиброзной полости, как показали наши исследования, является именно восстановление печеночных структур в истонченной фиброзной капсуле и увеличение объема печеночной ткани.

Здесь речь не идет о случаях, когда имеется фиброзная капсула с кальцинатами – в этих случаях судьба фиброзной капсулы должна решаться в зависимости от топографоанатомических аспектов локализации самой кисты. Мы склонны считать, что при наличии больших или множественных очагов эхинококкоза (в диаметре более, чем 15 см), с наличием кальцинированной фиброзной полости, особенно при их центральной локализации, выбор варианта операции должен решаться в пользу внутреннего дренирования. Обоснованием данного отношения к этой проблеме считаем, что в 86,4% случаях при больших фиброзных полостях с кальцинированными стенками в раннем послеоперационном периоде имеет место желчеистечение, а в 91,5% случаев наблюдаются инфекционно-воспалительные осложнения со стороны остаточной полости.

## МЕТОД ЛАПАРОСТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИТОНИТА

Ю.С.Глазков, С.С.Бабкин, Ю.В.Кривонос, А.Ш.Усеинов

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Лечение перитонита остаётся одной из наиболее сложных и актуальных проблем ургентной хирургии. Актуальность вопроса прежде всего обусловлена частотой встречаемости и высоким уровнем летальности. Летальность при перитоните, в первую очередь, обусловлена прогрессированием заболевания, безуспешностью борьбы с эндогенной интоксикацией, генерализацией гнойно-септических осложнений с возможным развитием полиорганной недостаточности.

В настоящее время принят комплексный подход к лечению перитонита, что подразумевает применение как хирургических, так и общих (терапевтических) методов лечения, и, если последние являются достаточно разработанными, то вопрос хирургической тактики ведения больных с перитонитом продолжает оставаться дискуссионным.

Традиционно хирургический этап лечения сводится к следующему: выполнение лапаротомии, устранение

источника инфекции, одномоментная санация и дренирование брюшной полости с последующим ушиванием её наглухо. Однако использование различных вариантов санации брюшной полости во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде не всегда приводит к купированию воспаления, что вынуждает хирургов прибегать к повторной операции (релапаротомии) примерно в 8-10% случаев. Перечисленные обстоятельства «заставили» хирургов вспомнить старые методы лечения перитонита и возродить их на новой, более совершенной основе – современных достижениях хирургии, анестезиологии и реаниматологии.

Одним из таких «старых» методов, активно внедряемых в хирургическую практику с конца 70-х годов прошлого столетия, является метод открытого ведения брюшной полости у больных с перитонитом – лапаротомия. Сущность метода заключается в том, что после выполнения основных этапов оперативного вмешательства лапаротомная рана не ушивается, чтобы в послеоперационном периоде имелась возможность проведения ревизии брюшной полости с оценкой её состояния и повторной санации. Брюшная полость окончательно закрывается посредством ушивания лапаротомной раны только после полного купирования перитонита.

Методика открытого живота впервые была предложена Микучичем немногим более 100 лет тому назад. Первую же лечебную лапаростомию выполнил в 1949 году отечественный хирург Н.С.Макоха.

Открытое ведение брюшной полости предполагает временное её закрытие в период между санациями. Для временного закрытия брюшной полости применяются следующие методы: наложение наводящих швов, которые завязываются на бантики; вшивание «молнии»; спиралевидный шов брюшной стенки; проведение спиц Кишнера, Илизарова через влагища прямых мышц живота; аппаратные способы и др.

Целью нашей работы являлась оценка эффективности применения нового лапаростомического аппарата при лечении перитонита методом лапаростомии.

Материал и методы. В клинике на базе кафедры общей хирургии КГМУ им С.И.Георгиевского для временного закрытия брюшной полости был разработан и внедрён в практику лапаростомический аппарат (патент Украины № 36777 А, А 61 В 17/08), состоящий из следующих компонентов: прокальвающие элементы; пластины-фиксаторы прокальвающих элементов; зубчатая пластина, используемая для скрепления пластин-фиксаторов. Прокальвающие элементы изготавливаются из спиц, которые дугообразно изгибаются и затачиваются на концах. Пластины-фиксаторы и зубчатые пластины изготавливаются в двух вариантах: из оргстекла, либо из медицинской стали. Стерилизация металлических частей устройства производится в сухожаровом шкафу, пластмассовые элементы аппарата подвергаются химической обработке в растворе С-4.

Лапаростомический аппарат был использован при лечении 32 больных с распространённым гнойным пе-