



ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ, ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЗАДНЕДИАФРАГМАЛЬНОЙ ПОВЕРХНОСТИ ПЕЧЕНИ

Андижанский государственный медицинский институт

Хайдаров А.Б

Научный руководитель: Кафедра детской хирургии к.м.н. доцент

Юлчиев К.С

Актуальность проблемы. Эхинококкоз, несмотря на достигнутые успехи по его диагностике и лечению, до настоящего времени остается весьма актуальной, в связи с большой распространенностью данного паразитарного заболевания в нашей стране и за рубежом. Наиболее часто (70-80%) болеют дети и лица трудоспособного возраста. Частота обсеменений, осложнений и рецидивы, повторные операции объясняет особенную актуальность данной проблемы. Повторные неоднократные операции через брюшную полость по устранению эхинококкоза печени, сложность доступа при повторных поражениях особенно заднедиафрагмальной поверхности печени делает проблему весьма актуальной. Спорным остается вопрос о доступе при заднедиафрагмальной расположении кисты. Иногда доступ и операция оказывается весьма травматичной, чем сама болезнь.

Цель исследования: улучшить результаты хирургического лечения рецидивирующего эхинококкоза заднедиафрагмальной поверхности печени. В основу работы положены результаты обследования 217 больных в возрасте от 18 до 75 лет. Из них солитарные кисты в правой доли печени у 97 больных, в левой доле печени у 19 больных. Поражение эхинококкоза в заднедиафрагмальном сегменте печени (7-8 сегменте) имелись у 24 больных, множественное



поражение печени констатировано у 8 больных. Неосложненные кисты выявлены у 79 больных, осложнения в виде нагноение кисты- у 23 больных, кальциноз или обызвествление фиброзной оболочки у 15 больных, прорыв кисты в желчные протоки у 3 больных, желчный свищ у 2-х больных, в одном случае было осложнена прорывом в плевральную полость желчно бронхиальным свищом.

Клиническое обследование включало сбор анамнеза, осмотр, пальпацию, перкуссию. Из лабораторных методов исследования использовали общие анализы крови и мочи, биохимические анализы крови, коагулограмму. Лучевое обследование включало рентгенография легких, УЗИ органов брюшной полости, компьютерную томографию и при необходимости ФГДС. Повторное поражение заднедиафрагмальной поверхности печени встречалось у 14 больных. Из них 11 были осложнена нагноением, у 1 прорывом в желчные протоки механической желтухой, в одном случае было осложнена прорывом в плевральную полость желчно бронхиальным свищом, у этого больного при кашле выделялось мокрота с желчью. Количества рецидивов у 2 больных встречалось дважды, у 5 больных трижды, у 3 больных четырежды, у 3 больных пятикратно, у одного больного рецидив наблюдалось семь раз. В основном доступом к заднедиафрагмальной поверхности воспользовались верхнесрединной лапаротомией и косой правом подреберье доступом. Неоднократные повторные операции на брюшной полости приводило к выраженной спаечной деформации и изменению анатомии органов брюшной полости.

В связи с этим при наличии эхинококковых кист заднедиафрагмальной поверхности печени в зависимости от общего состояния больных, и неоднократное оперативное вмешательства на брюшной полости придерживались доступом боковой торакотомии справа. В 14 случаях произведена боковая торакотомия, диафрагмотомия с эхинококкэктомией



заднедиафрагмальной поверхности печени с ликвидацией или дренированием ложе кисты без вскрытия брюшной полости. Послеоперационный период у этих больных протекало гладко, рана зажила первичным натяжением, все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии из стационара.

У 1 больного осложненной кисты нагноением и прорывом в правую плевральную полость с желчно бронхиальным свищом, произведена боковая торакотомия, нижняя лобэктомия, диафрагмотомия, эхинококкэктомия из заднедиафрагмальной поверхности печени с ликвидацией ложе и дренированием.

У 11 больных с осложнением нагноениями прорывом в желчные протоки проведена операция боковая торакотомия, диафрагмотомия, эхинококкэктомия из печени, дренирование ложе кисты. Дренажные трубки были удалены от 20 суток до 3 мес в зависимости ликвидации полости на контрольной УЗИ. Послеоперационный период у 2-х больных этой группе осложнилось нагноением ложи кисты. После долгой санации у одного больного наступило полное выздоровление. У второго больного после неоднократной санации образовалась сухая остаточная полость, которая подтверждена УЗИ диагностике.

Рецидивом эхинококкоза другой локализации поступило 2 больных, после проведенных обследований этим больным выполнена операция эхинококкэктомия с хорошим результатом.

Заключение: Учитывая неоднократность повторных операции и выраженный спаечный процесс брюшной полости при повторных рецидивных и осложненных формах эхинококкоза задней диафрагмальной поверхности печени выбором доступа является боковая торакотомия по 6 му межреберье справа диафрагмотомия с последующим эхинококкэктомией печени. Этот доступ у этой категории больных является малотравматичным, оптимальным выбором и может быть применен в лечении данной категории больных.



Список литературы.

1. Авдеев, С.Н. Хроническая обструктивная болезнь легких как системное заболевание/ С.Н.Авдеев // Пульмонология. 2007.-№2.- С.11-16.
2. Анемия является одним из серьезных осложнений хронической почечной недостаточности (ХПН), влияющих на качество жизни и общую выживаемость больных/Ю. С. Милованов [и др.]// Лечащий врач.- 2005. -№7. С.45-50.
3. Архипов, В.В. Хроническая обструктивная болезнь легких / В.В. Архипов //Пульмонология. – 2010.-№4.-С.99-104.
4. Атлас гематологии / под ред. Ш. Андерсон. - М. Логосфера, 2007.
5. Гемореологические нарушения у больных с анемией хронических заболеваний /Л А. Лукина [и др.]//Гематология и трансфузиология.-2005. №6. - С.17. 467
6. Глобальная стратегия диагностики, лечения и профилактики хронической обструктивной болезни легких: пер. с англ./ под ред. А.Г. Чучалина. - М.: Издательский дом Атмосфера, 2007. - 96с.
7. Дроздова, М.Ф. Заболевания крови/ М.Ф.Дроздова - М., 2010.- 180с.
8. Ноников, В.Е. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ):диагностика и лечение / В.Е. Ноников //Пульмонология.- 2004.- Т.6, №5. -С.12-17.
9. Овчаренко, С.И. Новые достижения в лечении хронической обструктивной болезни лёгких (результаты исследования UPLIFT) / С.И. Овчаренко, В.А. Капустина //Фарматека.- 2009.- №5.- С.33-38.
10. Основы клинической гематологии/ под ред. В.Г Радченко. - СПб, 2003.



11. Провоторов, В. М. Роль и место эритроцитов в системе направленного транспорта различных фармакологических средств/ В. М. Провоторов, Г. А. Иванова // Клиническая медицина.-2009. - №9.- С.54-56.