

ПЕЧЕНЬ

Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени

М. Я. Насиров,
Д. М. Панахов,
Г. С. Мамедханов

Кафедра хирургических болезней Азербайджанского медицинского университета им. Н. Нариманова, Баку

Представлены клиническая картина, методы диагностики и тактика лечения эхинококкоза печени, осложнившегося нагноением и развитием печеночно-бронхиальной фистулы.

В клинике хирургических болезней Азербайджанского медицинского университета им. Н. Нариманова за последние 10 лет находилось 5 таких больных, что составило 4.4% всех оперированных с эхинококкозом.

Основными жалобами больных были тупые боли на стороне поражения грудной клетки и в области правого подреберья с подъемом температуры, одышкой.

Диагностика такого осложнения эхинококкоза печени при наличии в мокроте желчи и обрывков хитиновой оболочки не представляла затруднений.

Особую диагностическую ценность имеют бронхография, а также ультразвуковое исследование и рентгеновская компьютерная томография.

Все 5 больных были оперированы из трансторакально-диафрагмального доступа.

Surgical Management of Complicated Liver Echinococcosis

M. Ya. Nasirov,
D. M. Panakhov,
G. S. Mamedkhanov

Chair of Surgery Azerbaijan Medical University
N. Narimanov, Baku

Clinical course and diagnostic and surgical management methods of the rare disease – hepatopulmonary echinococcosis is presented.

5 patents of this pathology were noticed during last 10 years that consisted 4.4% of all operated on for echinococcosis patients.

Main complaints of the patients were manifested as the dull pain in the corresponding side of thorax and in right subcostal space associated with fever and dispnoe. Easy diagnostics of the hepato-pulmonary communication was noticed when bile and chitin shell pieces in sputum accompanied the liver suppurated echinococcosis.

Bronchography was especially important. Other diagnostic methods, as ultrasonic or computed tomography examinations displayed large diagnostic importance.

The transthoracic diaphragmotomy was used for access in all 5 patients. The surgical method in these patients should be selected carefully. It can be provided in radical of partially palliative mode.

В литературе описано довольно много наблюдений эхинококкоза печени, осложнившегося нагноением и прорывом в бронхи, однако они являются в основном казуистикой, и лишь у отдельных авторов имеются более или менее подробные сведения о характере и исходах его лечения [1, 2, 5].

Осложнение эхинококкоза печени нагноением и прорывом в бронхи встречается у 0.8–2.3% больных [2, 5, 6]. Из 115 больных, оперированных в нашей клинике за последние годы, у 5 наблюдался такой вид течения заболевания. У всех 5 больных эхинококковые кисты исходили из диафрагмальной поверхности печени.

У таких больных в кисте развивается нагноение, которое локализуется не только в печени и поддиафрагмальном пространстве, но и в диафрагме, грудной полости и ее органах и может сопровождаться интоксикацией, развитием септического состояния, прорывом содержимого кисты в

поддиафрагмальную зону, плевральную полость и в бронхи [2, 3, 5, 6].

Клиническое течение болезни во многом зависит от характера патологического процесса в эхинококковой кисте. В процессе медленно развивающегося старения кисты, гибели паразита и в начальной стадии ее нагноения болезнь может проявляться слабо выраженными тупыми болями в правой половине грудной клетки и в области правого подреберья с небольшим подъемом температуры, одышкой, что имело место у 3 наблюдавшихся нами больных. При нагноении эхинококковой кисты болезнь протекает значительно тяжелее, сопровождается ознобом, высокой температурой (39–40°C), одышкой, сухим кашлем. При прорыве кисты с образованием печеночно-бронхиальной фистулы появляется обильное отхождение мокроты с обрывками хитиновой оболочки, иногда с примесью крови и желчи (2 больных).

Диагностика нагноившегося эхинококкоза печени с возникновением печечно-бронхиальной фистулы при наличии в мокроте желчи и обрывков хитиновой оболочки затруднения не представляет. Так, у одного больного мы обнаружили в мокроте обрывки хитиновой оболочки и желчи, у другого – только обрывки хитиновой оболочки.

При обычном рентгенологическом исследовании (рентгеноскопия и рентгенография) выявляется высокое стояние купола диафрагмы справа, затемнение легочного поля над диафрагмой, иногда наличие полости с уровнем жидкости, ограничение подвижности диафрагмы.

Как известно, наиболее информативны для диагностики ультразвуковое исследование и компьютерная томография. Ультразвуковое исследование проведенное у наблюдавшихся нами больных, указывало на наличие жидкостного образования (при неопорожненных кистах) или полости (при опорожненных кистах) в проекции диафрагмальной поверхности печени и нижнего отдела грудной клетки справа и позволяло определить их размеры.

В диагностике этого осложнения эхинококкоза известную ценность представляет бронхография. С ее помощью удается определить ход свища, а в некоторых наблюдениях и размеры сообщающихся полостей. Бронхография была применена нами у 2 больных.

Относительно выбора и сравнительной оценки методов лечения печечно-грудного эхинококкоза у большинства авторов нет еще единого мнения, учитывающего различные варианты заболевания, характер осложнений и прочие обстоятельства. Одни исследователи придерживаются радикальной тактики и предпочитают производить резекцию пораженного отдела легкого и радикальную операцию по поводу эхинококкоза печени [1, 5]. Другие рекомендуют разобщение свища с ушиванием отверстия в бронхе, а в печени либо тампонаду гнойной полости, либо радикальную операцию [2, 3]. Некоторые хирурги ограничиваются вскрытием гнойной полости и ее тампонадой [3, 6].

Относительно хирургического доступа также нет единого мнения. Согласно данным большинства авторов, имеющих наибольшее число наблюдений, самым рациональным доступом при лечении таких больных является чрезплевральная френолапаротомия [1, 2, 4, 5, 7].

Все 5 наблюдавшихся нами больных были оперированы из трансторакально-диафрагмального доступа. У 2 больных был аутолиз (асептический распад) эхинококковой кисты и у 1 – начинающееся нагноение кисты с переходом на плевру. У всех 3 больных были произведены опорожнения содержимого кисты с удалением хитиновой оболочки, ликвидация фиброзной полости (капитонаж) печени, ушивание отверстия в диафрагме с раздельным дренированием плевральной полост-

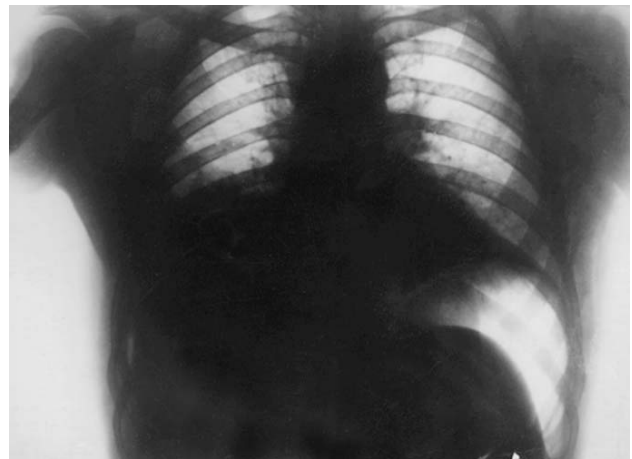


Рис. 1. Прямая рентгенограмма грудной клетки и верхнего отдела брюшной полости больного М., 33 лет.

Справа в нижнем легочном поле определяется однородное затемнение с нечетким верхним контуром. Диафрагма не дифференцируется.

ти и поддиафрагмальной области. 2 больным с печечно-бронхиальным свищом выполнены разобщение свища с клиновидной резекцией легкого, тщательная санация и ушивание полости фиброзной капсулы печени, пластика диафрагмы.

Приводим наблюдение.

Больной М., 33 лет, поступил в клинику хирургических болезней с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, правом подреберье, кашель с выделением гнойной мокроты, с примесью крови, повышением температуры. Считает себя больным около 7–8 мес. Вначале появились боли в правом боку, повышение температуры, затем кашель с гнойной мокротой, содержащей белые пленки и примесь крови. Лечился по поводу “экссудативного плеврита”.

Объективно: справа ниже угла лопатки отмечается укорочение перкуторного звука, аускультативно там же – влажные хрипы.

Анализ крови: *Hb* 100 г/л, эр. 3.9×10^{12} /л, л. 8.6×10^9 /л, п. 2%, с. 57%, э. 2%, лимф. 38%, мон. 1%; СОЭ 30 мм/ч.

При рентгенологическом исследовании справа в нижнем легочном поле определяется однородное затемнение с расплывчатым верхним контуром во всю ширину легкого, нижний контур затемнения сливается с тенью диафрагмы и не дифференцируется. В боковой проекции оно занимает большую часть нижней доли (рис. 1).

После введения в правый главный бронх катетера было проведено контрастирование нижнедолевого бронха и отмечено, что контрастное вещество проникает в полость, расположенную над диафрагмой, а сегментарные ветви нижнедолевого бронха оттеснены к границе указанной полости (рис. 2а). В области концевых ветвей IX, X сегментарных бронхов контрастное

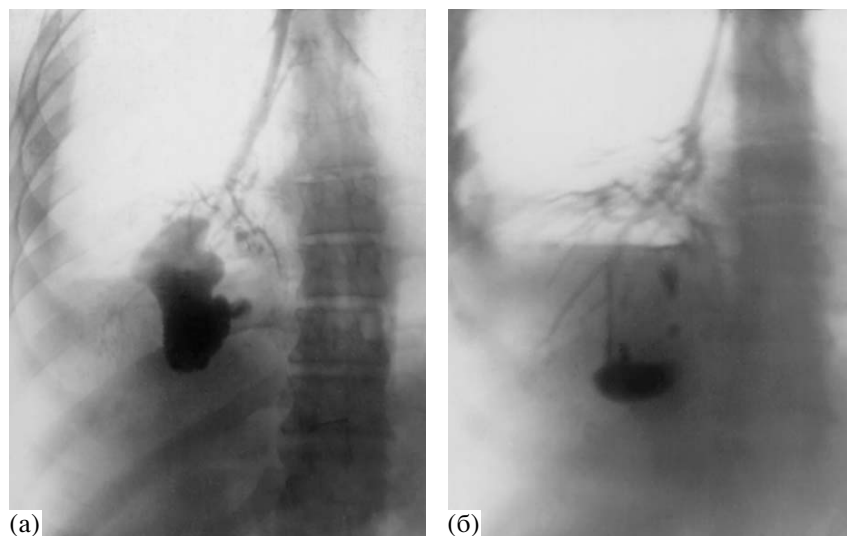


Рис. 2. Прямые правосторонние бронхограммы того же больного.

а – контрастное вещество проникает в полость, расположенную над диафрагмой, сегментарные ветви нижнедолевого бронха оттеснены к границе, указанной полости; б – контрастное вещество в области концевых ветвей IX, X сегментарных бронхов проникает в другую полость, расположенную значительно ниже первой, в проекции печени.

вещество проникает в другую полость овальной формы, расположенную значительно ниже первой (рис. 2б).

Заключение: эхинококкоз печени с нагноением и образованием желчно-бронхиального свища.

Во время операции в нижней доле правого легкого обнаружена инфицированная полость. После обработки и санации полости произведена клиновидная резекция IX, X сегментов. При этом установлено наличие дефекта на задней поверхности диафрагмы размером 1,5 × 2,0 см, сообщающегося с полостью печени размером 5,0 × 6,0 см. Из полости в печени удалены остатки хитиновой оболочки, произведены обработка полости фиброзной капсулы 2% раствором формалина и ее ушивание, пластика диафрагмы с отдельным дренированием плевральной полости (через девятое межреберье) и поддиафрагмальной зоны (через отдельный разрез в поясничной области по задней подмышечной линии).

В поддиафрагмальной области оставлено 2 дренажа (один – в полости фиброзной капсулы, другой – в зоне ушитой фиброзной капсулы). Из плевральной полости в течение 3 дней проводилась аспирация содержимого.

Из дренажей в поддиафрагмальной области в первые дни поступало около 60–80 мл серозной

кровянистой жидкости с примесью желчи. На 7-е сутки выделение прекратилось, послеоперационное течение гладкое, дренажи удалены на 10–12-е сутки. Больной выписан в хорошем состоянии на 16-е сутки после операции.

Список литературы

1. *Абдуллаев Г.И., Исмаилова Г.А.* Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени и легких. *Хирургия.* 1976. № 2. С. 118–121.
2. *Альперович Б.И.* Желчно-бронхиальные свищи при эхинококкозе и альвеококкозе. *Хирургия.* 1972. № 7. С. 101–104.
3. *Валиев Ф.Г.* Бронхо-желчный свищ при эхинококкозе печени. *Вестн. хир.* 1974. № 3. С. 127–128.
4. *Гальперин Э.И., Карагулян С.Р., Мочалов А.М.* Опыт анатомических и атипичных резекций печени. *Хирургия.* 1987. № 7. С. 56–62.
5. *Гилевич М.Ю.* Выбор и сравнительная оценка методов лечения печеночно-грудного эхинококкоза. *Грудная хир.* 1981. № 4. С. 47–52.
6. *Эль-Муалля А.А.* Билиобронхиальные свищи у больных эхинококкозом печени. *Хирургия.* 1987. № 2. С. 85–86.
7. *El Hamel A.* Pericystectomy ofr the treatment of hepatic hydatid cysts. *Surgery.* 1990. V. 107. № 3. P. 316–320.