

Авасов Б.А.

**ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПРИ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ**

B.A. Avasov

**PROPHYLAXIS OF PYO-INFLAMMATORY COMPLICATIONS
IN LIVER RESECTION**

УДК- 616.36-002.3-089.87-084

Представлена эффективность мер профилактики воспалительных осложнений при резекции печени у 77 больных альвеококкозом. Использована региональная лимфостимуляция через круглую связку печени, орошение брюшной полости после резекции озонированным физиологическим раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. У 32 использованы традиционные меры профилактики (антибиотики). Осложнения возникли у 6, при разработанной методике - у 2 из 40.

Ключевые слова: *печень, альвеококкоз, резекция печени, осложнения, профилактика.*

The effectiveness of prophylactic methods in 77 patients with alveococcosis and inflammatory complications in liver resection are presented. The regional lymphostimulation through the liver round ligament, the irrigation of the abdominal cavity after the resection with ozonized physiologic salt solution with ozone concentration 8-10 mkg/ml were used. The traditional prophylactic methods (antibiotics) were used in 32 patients. Complications were in 6 patients. After the use of the elaborated method the complications were only in 2 of 40 patients.

Keywords: *liver, alveococcosis, liver resection, complications, prophylaxis.*

Резекция печени - сложное оперативное вмешательство, отличается длительностью операции, значительной кровопотерей и выполняется, как правило, у больных с объемными образованиями печени, в частности, при поражении альвеококкозом [1,2]. У этой группы больных всегда существует риск возникновения различных послеоперационных осложнений. В этом плане широко применялись антибактериальные препараты, физические факторы, но после операции осложнения возникают довольно часто и их удельный вес колебался от 15 до 57 % [2,7,8,9], что требовало длительного стационарного лечения. Наиболее часто встречающимися осложнениями являются поддиафрагмальные и подпеченочные скопления жидкости с последующим нагноением, плевриты, нагноения операционных ран и др. не исключая применения антибиотиков идут поиски новых путей их введения, чтобы добиться максимальной концентрации в операционном поле и более длительной их циркуляции в организме. В этом плане заслуживает внимание введение лекарственных средств в лимфатические сосуды (эндолимфатический метод) и, хотя метод довольно эффективен, но он более сложен, требует навыков сосудистого хирурга, специального инструментария [6]. Более простым и не менее эффективным

оказался не прямой метод лимфатической терапии, это введение медикаментозных средств в клетчатку, в которой расположены лимфатические сосуды и лимфатические узлы, но с учетом их анатомического расположения. С.У.Джумабаев и соавт. [4] обосновали введение медикаментозных средств в круглую связку печени при заболеваниях печени, желчного пузыря, желудка, поджелудочной железы. Лимфатическая терапия через круглую связку печени проводилась при остром холецистите, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, перитоните, панкреатите [3,5] и все исследователи существенный эффект данного метода лечения. Что же касается альвеококкоза печени, то эти исследования не нашли своего решения. Идут поиски мер профилактики, которые предотвратили бы возникновение гнойно-воспалительных осложнений.

Цель исследования - улучшить результаты оперативного лечения альвеококкоза за счет снижения осложнений после радикальных операций.

Материал и методики исследования

Под наблюдением находилось 77 больных с альвеококкозом печени, оперированных в клинике факультетской хирургии в период с 2003 по 2010гг. из них женщин было 54, мужчин - 23, возраст их колебался от 15 до 62 лет, а давность заболевания от одного года до 5 лет. В результате выполненных исследований поражение правой доли имело место у 47 (61,0%), левой у 9 (11,7%) и обеих долей у 21 (27,3%)

В обследовании больных учитывали анамнез заболевания, данные объективного обследования, лабораторные тесты, а специальными методами были реакция Казони, ультразвуковое исследование, а в неясных случаях - компьютерная томография и ядерная магнитно-резонансная томография. Наблюдали 2 группы больных: 1) пациенты, получившие традиционные меры профилактики, в основном антибиотики; 2) использование региональной лимфостимуляции и обработки операционного поля озонированным физиологическим раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл.

Результаты и их обсуждение

В результате выполненных исследований решался вопрос о предоперационной подготовке и выборе доступа для выполнения радикальной операции. Предоперационная подготовка проводилась. Как правило, не более 4-5 дней и включала комплекс витаминов, гепатотропные препараты, растворы глюкозы, солевые растворы, плазмозамени-тели и, в

основном, была направлена на снижение интоксикации.

Выбор доступа осуществляли с учетом расположения очага альвеококкоза и его размеров. При локализации в правой доле печени выполняли доступ в правом подреберье по Кохеру или Федорову с мобилизацией связочного аппарата печени, если очаг

был в левой доле и небольших размеров, то доступ - верхнесрединная лапаротомия, а при поражении обеих долей, что в нашем материале наблюдалось довольно часто, то поперечные - типа «мерседес». Все операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом. Объем операций зависел от размера очага поражения и его локализации (таблица).

Объем оперативных вмешательств при альвеококкозе печени

Резекции печени	Количество	- %
Гемигепатэктомия справа по Тон-Тхат-Тунгу	24	32,2
Гемигепатэктомия слева по Тон-Тхат-Тунгу	3	3,8
Расширенная гемигепатэктомия справа	5	6,5
Расширенная гемигепатэктомия слева	7	9,1
Анатомическая гемигепатэктомия справа	4	5,2
Двойная атипичная резекция обеих долей	3	3,1
Центральная резекция правой и левой долей	2	2,6
Сегментэктомия	2	2,6
Бисегментэктомия	16	20,8
Трисегментэктомия	9	11,7
Резекция-вылущивание альвеококкового узла	2	2,6
Всего	77	100

Наибольшему числу пациентов выполнена гемигепатэктомия (правосторонняя - 24, левосторонняя - 3), бисегментэктомия у 16 (20,8%) и трисегментэктомия у 9 (11,7%), а остальные типы резекций осуществлялись реже. Радикальные операции удалось выполнить у 65 (84,4%) больных, условно-радикальные у 12 (15,6%). Резекции печени осуществлялись по методике Тон-Тхат-Тунга, данному методу мы отдавали большее предпочтение, учитывая возможность более четкого определения зоны поражения и возможности гемостаза по ходу операции. У 32 больных осуществляли традиционные меры профилактики воспалительных осложнений - назначали по 2 антибиотика широкого спектра действия. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 6 больных. У больных второй группы (40чел) мы использовали разработанные нами меры профилактики. Учитывая то обстоятельство, что величина кровопотери существенно влияла на частоту возникновения осложнений (чем больше кровопотеря, тем чаще наблюдаются осложнения) и функциональное состояние печени, то в момент операции принимались меры к снижению кровопотери и улучшению гемодинамики печени при выполнении основных этапов операции и в послеоперационном периоде. С этой целью мы, после выполнения лапаротомии и уточнения объема резекции печени, осуществляли реканализацию пупочной вены и через нее проводили инфузионную терапию, а после окончания операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор. Проверяли герметичность путем введения новокаина в микроирригатор. Брюшную полость после резекции печени орошали озонированным физиологическим раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10мкг/мл, затем дренировали (подпеченочное и поддиафрагмальное пространство, малый таз). Через микроирригатор в круглую связку

печени вводили лимфотропную смесь, состоящую из 0,5% раствора новокаина, гепарина из расчета 70 ед на кг массы тела, лидазы 8-10 ед, тактивина 1 мл и антибиотика (цефазолин 1,0). Лимфотропную смесь вводили 1 раз в сутки на протяжении 5-6 дней, перманентно с интервалом в 2-3 минуты после каждого препарата, а раствор новокаина вводили в начале и конце. Метод обеспечивал максимальную концентрацию антибиотика в очаге поражения, лидаза и новокаин улучшали микроциркуляцию в лимфатическом русле, гепарин предотвращал тромбозомболические осложнения, а тактивин выполнял иммунокорректирующую функцию, поскольку при альвеококкозе всегда имеет место иммунодефицит. Нужно отметить, что лимфотропная смесь оказывала стимулирующее влияние и на моторику кишечника, ни у одного больного после операции мы не наблюдали пареза кишечника. После операции на 2-3 сутки отходили газы и был самостоятельный стул.

В ближайшем послеоперационном периоде состояние больных было тяжелым, которое было обусловлено травматичностью операции, кровопотерей, поэтому продолжали инфузионную терапию через реканализованную пупочную вену, а после извлечения микроирригатора из пупочной вены инфузионную терапию проводили внутривенно с учетом состояния больных. Через 5-6 дней удаляли микроирригатор из круглой связки печени и продолжали антибиотикотерапию на протяжении 5-6 сут.

Большое значение придавали ультразвуковому обследованию, чтобы своевременно выявить скопления жидкости в плевральных или брюшной полости, а также осуществляли активную аспирацию содержимого брюшной полости, так как скопления жидкости является угрозой ее нагноения.

Выполняя все эти меры профилактики нам удалось добиться благоприятного течения заболе-

вания у 38 больных, а у 2 оперированных возникли осложнения.

Таким образом, наши исследования показали, что используя региональную лимфостимуляцию в сочетании с инфузионной терапией через реканализированную пупочную вену и динамическим ультразвуковым исследованием для выявления ранних осложнений можно значительно снизить риск развития гнойно-воспалительных осложнений.

Литература:

1. Алиев М.А., Султаналиев Г.А., Сейсембаев М.А. Оптимизация диагностики и методов резекции печени при альвеококкозе//Хирургия.-1999.-№5-С. 11-15
2. Альперович Б.И. Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени//Анналы хирургической гепатологии.-1996.-№1.-С.24- 29
3. Бейшеналиев А.С., Рыскулова К.Р. Клинико- иммунологические аспекты язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.-Бишкек, 1995-173с.
4. Джумабаев С.У., Буяков В.М., Данилов К.Ю. Экспериментальное и клиническое обоснование лимфотропной антибиотикотерапии в хирургии//Клиническая хирургия,-1987.-№7.-С. 14-17
5. Джумабаев С.У., Файзиев И.Р., Султанов А.Т. Лимфатическая терапия в хирургии. Ташкент: изд-во Ибн-Сина, 1991.-238с.
6. Петров С.В., Бубкова Н.А., Марченко А.В. Эндолимфатическая терапия и современные методы детоксикации в лечении перитонита//Вестник хирургии.-2002,- №5-С.30-32
7. Тон-Тхат-Тунг. Хирургия печени. М: Медицина, 1967.- 237 с.
8. Sailer M. Alveolar echinococcosis of the liver in a six- year old girl with acquired immunodeficiency syndrome// Journal of pediatrics.-1997.-Vol.130, №2.-P.320-323
9. Vogel H. Wie wachst der alveolar echinococcus// Tropenmed Parasitol.-1998.-Vol.29, №1.-P. 1-11

Рецензент: д.м.н., профессор Акматов Б.А.