

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 17, №4

2018



УДК 616.36-002.951.21-089:615.28

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

© Калыбеков Т.А., Алиев М.Ж.

Городская клиническая больница №1, Кыргызская Республика, 720054, Бишкек, ул. Ю. Фучика, 15

Резюме

Цель. Определить эффективность профилактики воспалительных осложнений после эхинококкэктомии.

Методика. Под наблюдением было 2 группы: 1-я – 122 человек, профилактика включала антибиотики внутримышечно и 2-я группа 68 больных, у которых профилактика включала обработка раны озонированными растворами, инфракрасное лазерное облучение операционной раны (5-6 сеансов) и периоперационное введение антибиотиков.

Результаты. В 1-й группе воспалительные осложнения выявлены у 19 (15.6%), а во 2-й у 4 (5.9%). Представлены преимущества включения в комплекс мер профилактики инфракрасного лазерного излучения.

Заключение. Традиционное назначение одних антибиотиков после эхинококкэктомии печени малоэффективно в профилактике воспалительных осложнений, а обработка раны озонированными растворами, периоперационное внутривенное введение антибиотиков широкого спектра (цефазолина или цефтриаксона) в сочетании с инфракрасным лазерным облучением операционной раны позволяют снизить частоту осложнений в 3 раза. Эхоморфометрия раны является ценным показателем течения раневого процесса и может быть использована в абдоминальной хирургии.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, оперативное лечение, инфракрасное лазерное облучение, эхинококкэктомия

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF ECHINOCOCCECTOMY OF THE LIVER AND THEIR PREVENTION

Kalybekov T.A., Aliyev M.Zh.

City Clinical Hospital N1, 15, Yu. Fuchika St., 720054, Bishkek, Kyrgyz of Republic

Abstract

Objective. To determine the effectiveness of preventing inflammatory complications after echinococcectomy.

Methods. There were 2 groups under observation: the 1-st one – 122 people, in which the prevention included antibiotics intramuscularly; and the 2-nd group of 68 patients, whose prevention included wound treatment with ozonized solutions, infrared laser irradiation of the operating wound (5-6 sessions) and perioperative administration of antibiotics.

Results. In the 1-st group, inflammatory complications were detected in 19 (15.6%), and in the 2-nd group in 4 (5.9%) cases. The advantages of including infrared laser radiation in the complex of measures for the prevention are presented.

Conclusions. The traditional administration of certain antibiotics after liver echinococcectomy is ineffective in the prevention of inflammatory complications, and treatment of the wound with ozonated solutions, perioperative intravenous administration of broad-spectrum antibiotics (cefazolin or ceftriaxone) combined with infrared laser irradiation of the operating wound can reduce the incidence of complications threefold. Echomorometry of the wound is a valuable indicator of the course of the wound process and can be used in abdominal surgery.

Keywords: liver echinococcosis, operative treatment, infrared laser irradiation, echinococcectomy

Введение

Эхинококкоз – распространенное паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени. Кыргызская Республика одна из типичных эндемий эхинококкоза животных и человека в

Центрально-Азиатском регионе [4, 5]. По сведениям многих исследователей за последние 20-25 лет отмечается существенный рост заболеваемости и среди больных наибольший удельный вес занимают осложненные формы эхинококкоза (нагноение, разложение, прорыв кист), лечение которых более сложное. Кроме того в этой группе больных более высокий риск возникновения воспалительных осложнений, которые требуют более длительного стационарного и амбулаторного лечения и нередко существенно влияют на исход заболевания [2, 3, 9]. С целью профилактики воспалительных осложнений более широко используются антибиотики, но они малоэффективны из-за появления антибиотико устойчивых форм микроорганизма и значительно реже с целью профилактики применяются физические факторы [6, 8]. Идут поиски более эффективных мер профилактики, чтобы снизить частоту воспалительных осложнений и тем самым улучшить результаты лечения больных эхинококкозом снизить затраты на лечение.

Цель исследования – оценить меры профилактики воспалительных осложнений после эхинококкэктомии с применением инфракрасного лазерного излучения.

Методика

Под наблюдением находилось 190 больных, которые оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек. Из них женщин 104 и мужчин 86, возраст колебался от 16 до 72 лет, но наибольшее число больных было в возрасте от 30 до 50 лет. Сроки заболевания пациентов отмечены от 3 мес. до 6 лет, но чаще поступали на оперативное лечение в сроке до 3-х лет. Сопутствующие заболевания выявлены у 56 больных (29,5%). Все больные отмечали контакт с животными (собаками и мелкий рогатый скот). Основными жалобами при поступлении были тупая боль в правом подреберье, слабость, быстрая утомляемость, потеря веса, ухудшение аппетита, что явилось основанием для обращения к врачу и детальному обследованию. При поступлении уделяли внимание анамнезу болезни, месту жительства, какие операции перенес в прошлом, по поводу какого заболевания оперированы члены семьи. Нередко при детальном ознакомлении выявляли, что члены семьи оперированы по поводу эхинококкоза, особенно проживающие в регионах с высокой заболеваемостью эхинококкозом. В обследовании больных, помимо общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, свертываемость) исследовали функциональное состояние печени и почек, ставили пробу Казони, УЗИ для установления характера поражения печени, локализации, размеры патологического очага и исследовали органы брюшной полости для выявления поражения эхинококкозом или другими заболеваниями, в сомнительных случаях назначали КТ. УЗИ использовали также в послеоперационном периоде для выявления осложнений брюшной и грудной полости, а также для определения течения раневого процесса после эхинококкэктомии (эхоморфометрия ран).

Полученные результаты статистически обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) и ошибки ряда (m), а степень достоверности определяли по таблице Стьюдента.

Результаты исследования

Как было установлено, поражения правой доли печени имеет место у 132 больных, левой у 50 и обе доли поражены у 8 больных. Неосложненные формы имели место у 91, нагноение кист у 52, разложение у 45 и прорыв кисты в брюшную полость у 2 больных. Размеры кист были в основном большие (от 10 до 15 см в диаметре) – 98 человек, средних размеров (от 5 до 10 см) у 86, гигантские у 3 больных (более 20 см в диаметре) и малых размеров (не более 5 см в диаметре было 3 пациента). Следовательно, в основном кисты были средних и больших размеров. После установления диагноза все больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием.

В процессе работы были выделены 2 группы больных в зависимости от мер профилактики воспалительных осложнений. В 1-ю группу включено 122 пациентов, у которых для профилактики использовали антибиотики (в послеоперационном периоде на протяжении 5-6 сут., внутримышечно гентамицин по 80 мг 2 раза в сут. или ампициллин по 500 тыс. ед. 4 раза в сут. внутримышечно), а 2-ю группу составили 68 пациентов, которые наряду с антибиотиками, которые вводили внутривенно за 1 ч. до операции и к концу ее завершения, цефазолин или цефтриаксон, обе группы по возрасту и полу, давности заболевания были равнозначны. При неосложненном эхинококкозе после операции антибиотики не назначали, а при нагноившихся формах продолжали антибиотики на протяжении 3-4 сут. А в послеоперационном периоде, начиная со второго дня назначали инфракрасное лазерное излучение на область раны (5-6 сеансов) аппаратом «Мустанг», частота 80 Гц. Обеззараживание в обеих группах осуществляли 0,02% раствором декасана, эффективность которого обоснована клиническими, лабораторными и

экспериментальными исследованиями, выполненными М.Ж. Алиевым [1], а в основной группе обеззараживание дополняли озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и при завершении основного этапа эхинококкэктомии рану на всем протяжении орошали озонированным раствором. Данный раствор использовали, так как исследованиями Э. Максврт улу [7] установлено, что этот раствор обладает сколексоцидным и бактерицидным действием. После обследования и определения характера заболевания и краткосрочной подготовки пациенты оперированы, типы операций даны в табл. 1.

Таблица 1. Типы операций у больных контрольной и основной групп

Типы операций	Контрольная, n=122		Основная, n=68		воспалительные осложнения	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	контроль	основная
Капитонаж	16	13,1	7	10,3	3	1
Инвагинация	27	22,1	6	8,8	5	1
Абдоминация	25	20,5	28	41,2	4	-
Перицистэктомия	26	21,3	12	17,7	4	1
Пластика по Аскерханову	6	4,9	2	2,9	1	-
Идеальная эхинококкэктомия	9	7,4	2	2,9	1	-
Открытый метод	4	3,3	4	5,9	-	-
Резекция печени	9	7,4	7	10,3	1	1
Итого	122	100,0	68	100,0	19 (15,6%)	4 (5,9%)

Обсуждение результатов исследования

В обеих группах выполнялись типичные для эхинококкоза операции, но в контрольной группе при выполнении капитонажа и инвагинации значительно чаще возникали воспалительные осложнения, и хотя был использован полужакрытый метод с активной аспирацией отделяемого, при этих методиках чаще, чем после других возникали осложнения – это в основном плеврит и нагноение раны. Учитывая эти обстоятельства, в основной группе эти 2 метода (капитонаж, инвагинация) использовали реже, чаще выполняя абдоминацию с тщательным контролем на выявление желчных свищей, а при их обнаружении – их ушивание [6].

Использование примененных мер профилактики позволило снизить частоту воспалительных осложнений. Особое внимание было обращено на течение раневого процесса. С этой целью выполняли УЗИ послеоперационной раны (эхоморфометрию) и измеряли зону инфильтрации через 1, 3, 5 сут. после операции, результаты эхоморфометрии даны в табл. 2.

Таблица 2. Показатели эхоморфометрии ран (в см.) больных контрольной и основной групп

Группы обследованных	Сроки исследования		
	1 сут.	3 сут.	5-6 сут.
Контрольная, n=58	2,2±0,17	3,5±0,11	2,3±0,08
Основная, n=54	2,3±0,12	2,8±0,09	1,8±0,04
P – степень достоверности	>0,05	<0,01	<0,05

В контрольной группе обследовано 58 больных, а в основной 54. В разработку включены больные у которых во все сроки исследования выполнена эхоморфометрия. Анализ показателей эхоморфометрии операционной раны показал, что через 1 сут. зона инфильтрации была равнозначной в обеих группах. На 3 сут. после операции зона инфильтрации увеличивается в обеих группах, но в основной группе она достоверно меньше в сравнении с контрольной. На 5-6 сут. зона инфильтрации в обеих группах продолжает уменьшаться, но более выраженное уменьшение отмечено в основной группе, где в момент операции рана обрабатывалась озонированным раствором [7], а в послеоперационном периоде использовано инфракрасное облучение раны. Однако, такая закономерность отмечена не у всех больных, особенно у пациентов контрольной группы. У 6 больных контрольной группы при динамическом наблюдении отмечено увеличение зоны инфильтрации на 5-6 сут., что закончилось нагноением раны. Учитывая, результаты эхоморфометрии в основной группе, то если зона инфильтрации оставалась на уровне трех суток – снимали 1-2 шва и накладывали полуспиртовую повязку и усиливали

противовоспалительную терапию, а если зона инфильтрации на 5-6 сут. увеличивалось в сравнении с третьими сутками, то снимали 1-2 шва, выполняли ревизию раны и усиливали противовоспалительную терапию. Наблюдения показали, что показатели эхоморфометрии раны являются более ранними признаками диска нагноения раны в сравнении с клиническими и их можно использовать в клинике. Улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени можно добиться путем применения мер профилактики осложнений и использования эхоморфометрии для оценки течения раневого процесса.

Вывод

Традиционное назначение антибиотиков после эхинококкэктомии печени малоэффективно в профилактике воспалительных осложнений. Дополнительная обработка раны озонированными растворами, периоперационное внутривенное введение цефазолина или цефтриаксона в сочетании с инфракрасным лазерным облучением операционной раны позволяют снизить частоту осложнений в три раза. Эхоморфометрия раны является ценным показателем течения раневого процесса и может быть использована в абдоминальной хирургии.

Литература (references)

1. Алиев М.Ж. Эффективность методов обеззараживания полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2015. – 21с. [Aliev M.Zh. *Jefferktivnost' metodov obezarazhivaniya polosti fibroznoj kapsuly pri jehinokokkoze pecheni (kand. dis.)*. Efficiency of methods of disinfection of a cavity of a fibrous capsule at an echinococcosis of a liver (Author's Abstract of Candidate Thesis). – Bishkek, 2015. – 21 p. (in Russian)]
2. Андон Б., Андон Л.Г., Бужор П. Послеоперационные осложнения печеночно-легочного эхинококкоза // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. – Иркутск, 2012. – С. 34-35. [Andon B., Andon L.G., Buzhor P. *Aktual'nye problem hirurgicheskoy gepatologii*. Actual problems of surgical hepatology. – Irkutsk, 2012. – P. 34-35. (in Russian)]
3. Вафин А.З., Айдемиров А.Н. Применение плазменных технологий в хирургии эхинококкоза печени. // Вестник хирургии. – 2002. – №4. – С. 56-59. [Vafin A.Z., Aydemirov A.N. *Vestnik hirurgii*. Bulletin of Surgery. – 2002. – N4. – P. 56-59. (in Russian)]
4. Калиева Д.К. Эхинококкоз. Актуальные вопросы хирургического лечения // Наука и здравоохранение. Караганда, 2014. – №6. – С. 4-7. [Kalieva D.K. *Nauka i zdravoohranenie*. Science and health. Karaganda, 2014. – N6. – P. 4-7. (in Russian)]
5. Оморов Р.А., Конурбаева Ж.Т., Баширов Р.М. Заболеваемость эхинококкозом в Кыргызской Республике // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2008. – Т.14, №2. – С. 40-42. [Omorov R.A., Konurbayeva Zh.T., Bashirov R.M. *Central'no-Aziatskij medicinskij zhurnal*. Central-Asian medical Journal. – 2008. – T.14, N2. – P. 40-42. (in Russian)]
6. Мусаев А.И., Баширов Р.М., Усубалиев М.Б. Меры профилактики нагноения остаточной полости после эхинококкэктомии печени // Методическая рекомендация. Бишкек, 2004. – 13 с. [Musaev A.I., Bashirov R.M., Usubaliev M.B. *Mery profilaktiki nagnoeniya ostatochnoj polosti posle jehinokokkjektomi ipecheni. Metodicheskaja rekomendacija*. Measures to prevent suppuration of the residual cavity after liver echinococcosis. Methodical recommendation. Bishkek, 2004. – 13 p. (in Russian)]
7. Максут уулу Эрлан. Озонированный раствор как средство обеззараживания плодоносных элементов эхинококка // Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2010. – №2. – С. 38-39. [Maksut uulu Erlan. *Vestnik hirurgii Kazakhstana*. Bulletin of Surgery of Kazakhstan. – Almaty, 2010. – N2. – P. 38-39. (in Russian)].
8. Kelly K., Weber S.M. Cystic diseases of the liver and bile ducts // *Journal Gastrointestinal Surgery*. – 2014. – V.18, N3. – P. 627-634.
9. Frider B., Larriue E. Treatment of liver hydatidosis: How to treat an asymptomatic carrier? // *World Journal of Gastroenterology*. – 2010. – V.16, N7. – P. 4123-4129.

Информация об авторах

Калыбеков Талгат Анарбекович – врач хирургического отделения №2 городской клинической больницы №1, г. Бишкек. Республика Казахстан. E-mail: talgat.kalybekov@mail.ru

Алиев Муса Жумашинович – кандидат медицинских наук, врач хирургического отделения №1 городской клинической больницы №1, г. Бишкек. Республика Казахстан. E-mail: musa-aliev-69@mail.ru