

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVITY LIVER FORMATION IN SIMPLE AND COMPLEX SUBDIAGHRAGMAL POSITIONS

Р.Р.Арашов, Ш.Ш.Ярикулов,

Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

Abstract: The purpose of our study was to study the results of surgical treatment of patients with liver cavity formations with different anatomical locations.

The results of surgical treatment were analyzed in 37 patients with cavity liver formations. Of these, 26 patients of group I were with cavity formations in the I-IV segments of the liver, which does not require great technical difficulty during the operation, associated with its anatomical location. Group II of the study included 11 patients with cavitory liver formations with complex anatomical locations of the liver, in which the lesions were located in the VII and VIII segments of the posterior clique of the diaphragm, which caused great technical difficulties in performing the operation due to the complexity of access to the lesion.

Key words: cavitory formations of the liver, liver cysts, liver abscess.

Актуальность.

Полостных образования печени (ПОП) является одной из наиболее актуальных проблем современной реконструктивной хирургии [1, 5]. Часто образующиеся в результате хирургического лечения полостных образования печени таят в себе угрозу развития грозных осложнений: кровотечения, формирование гнойных и желчных свищей, нагноение и прорыв инфицированной полости в желчные пути, бронхиальное дерево, в брюшную полость, в поддиафрагмальное и подпеченочное пространства [6]. Остаточные полости являются хроническим очагом инфекции в организме [3]. Для ликвидации остаточных полостей печени после эхинококкэктомии предлагались различные методики.

На исход хирургического лечения данной категория больных большая значения имеет анатомический расположения очага поражения. При поддиафрагмальная расположения полостных образования печени к VII и VIII сегментах хирургический лечения в отличие их расположения к I-IV сегментах печени имеет ряд технический трудности.

Целью нашего исследования явилось изучить результатов хирургического лечения больных полостными образованиями печени при его различных анатомический расположения.

Материал и методы

Проведено анализ результатов хирургического лечения у 37 больных с полостными образованиями печени. Из них 26 больные I группы были с полостными образованиями в области I-IV сегментах печени, что не требует

большой техникой трудности во время операции, связанное с анатомическим его расположениями. У II группы исследования включены 11 больных полостными образованиями печени с сложными анатомическими расположениями печени, которым очаги поражения была расположены к VII и VIII сегментах заднего коската диафрагмы, что вызывал большой техникой трудности при выполнении операции из-за сложности доступа к очага поражения.

Комплекс метод лечения обследованных больных включал себя, общая укрепляющая симптоматическая лечения до операционного периода. Хирургическая лечения всем больным выполнялись срединно-срединный лапаротомным доступ.

Из всех обследованных больных, 27 (72,9 %) пациента поступили в клинику с гидативный стадии эхинококка печени, 7 (18,9 %) пациента поступили с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени и 3 (8,1 %) пациенты поступили с острым абсцессом печени различной этиологии. (табл. 1)

Таблица 1

Распределение обследованных больных по этиологическому фактору.

№	Виды заболеваний	Количество больных	Группа больных	
			I	II
1.	Киста печени	27 (72,9 %)	20 (76,9 %)	7 (63,6 %)
2.	Остаточная полость печени	7 (18,9 %)	4 (15,3 %)	3 (27,2 %)
3.	Абсцесс печени	3 (8,1 %)	2 (7,6 %)	1 (9,0 %)
	Всего	37	26	11

Всем больным в день поступления в экстренном порядке измеряли температуру тела, частоту дыхания, проводилось объективное исследование печени (пальпация, перкуссия), УЗИ исследование и при необходимости МСКТ или КТ печени и брюшной полостей, начата консервативная общее укрепляющая и симптоматическая терапия. У больных с остаточный полостей и абсцессом печени проводилась эмпирическая антибиотикотерапия с последующей в послеоперационном периоде с учетом чувствительности микрофлоры.

После соответствующее обследовании и предоперационном подготовки выполнялись традиционная хирургических вмешательства в плановым или экстренным отсроченным порядки.

Результаты и обсуждения

Из 20 больных эхинококкозом печени I группы у 3 (15,0 %) пациентов паразитарная киста локализовались в I сегмента печени, 5 (25,0 %) больным выявлена локализация паразитарной кисты к II сегменте печени, у 5 (25,0 %) наблюдениях отмечались локализация эхинококковой кисти в III сегменте

печены, остальной у 7 (35,0 %) больных киста локализовались в IV сегменте печени. Все эти больные были гидатидозом эхинококкоза печени. Оперативная вмешательства выполнялись верхнесрединном лапаротомом доступом.

Из 20 больных эхинококкозом печени у 13 (65,0%) больным проводились закрытый метод капитанажа полости эхинококковой кисти, у 7 (35,0 %) пациентов выполнена полужакрытая эхинококкэктомия.

У 6 больным контрольной группы, которые были с нагноениями остаточных полостей и острый абсцессом печени соответственно выполнена следующей тактика:

- после установления точного дифференцированного диагноза по результате анамнеза, УЗИ, МСКТ исследования и клиничко-лабораторных данных как предоперационная подготовка проводилось инфузионно, детоксикационного, общей укрепляющего и симптоматическая лечения в течение 1-2 суток.

После соответствующее примедикации этом больным также проводилось верхне-срединная или верхне-срединно-срединная лапаротомия. Как у больным остаточный полости печени, так и больным острым абсцессом печени выполнялись интродоперационная дренирования и санация полости гнойного очага с оставлением дренажа в полость который фиксирован на капсуле печени с кетгутовыми швами последующим конец дренажная трубка выведена через контурапертуру в наружу и фиксировано на кожу шелковыми швами.

При клиничко-лабораторная исследования крови выявили относительные высокий уровень показателей интоксикации у больным с нагноением остаточный полостей печени и острым абсцессом печени чем у больным эхинококкозом печени.

В день поступления все показателей интоксикации были значительно отклонено от нормы. В процессе предоперационная подготовке включённые инфузионно-детоксикационная, антибактериальная, общей укрепляющая терапия к 3-й суткам лечения что в основном совпадает в день операции все показателей были ближе к норме, на что было направлена цель предоперационный подготовке для улучшения исходов хирургического лечения. В послеоперационном периоде все эти показателей интоксикации кроме СОЭ крови к 7-й суткам нормализовались. Все эти больные к 7-8 суткам выписано в амбулаторные наблюдения с дренажными трубками в остаточные полости. К 10-13 суткам все дренажи после контрольной УЗИ исследования остаточной полости удалены в амбулаторных условиях. При этом учитывали размер и содержания полости печени. Дренажи удалены при размере менее 30 мм без содержания жидкости.

Следует отметить средней продолжительности, выполненных операции у контрольной I группы, составила 70+8,5 мин. Как было выше отмечена из 26 оперированных больным у 1 (1,16%) больногo отмечались послеоперационная

нагноении раны, которого после проведенной соответствующего лечения рана зажила вторичном натяжением. У этих больных интраоперационный осложнения и послеоперационной грыжи не наблюдались.

Таким образом, проведенные нами исследования I контрольной группы показали, что у больных полостными образованиями печени с несложными анатомическими расположениями при применения традиционной метод лечения с использованием операции верхно-срединном доступом не составляет большой технической трудности и большинство случаев благополучным исходом.

Всем больным II группы оперативная вмешательства выполнялись верхнесрединном лапаротомном доступом. Из-за технических трудности доступа к очагу поражения всем больным вынуждены расширили лапаротомный раны к ниже пупку до 10 см.

Известно, что современные адекватные хирургические методы лечения эхинококкоза печени требует полноты удаления оболочек паразита и герметизации остаточной полости. Лечение гнойного очага печени (нагноения остаточной полостей, абсцессе печени) требует дренирования, опорожнения гнойного очага и санация полости с антисептическими растворами интраоперационном и после операционном периоде, что и нами сделаны при лечении данных категория больных.

При хирургический лечения больных с эхинококкозом печени с сложными анатомическими расположении к VII-VIII сегментах печени выполнена широкий верхнесрединная доступ обходя пупка слева расширили до 10 см ниже пупка. Для мобилизации печени необходимо было пересечения связок соответствующей доли и проводились тщательно отграничить операционное поле.

У трех случаях для достижения качественной операции вынужденно выполнялись пересечением в поперечном направлении мышц передней брюшной стенки на уровне пупка вправо.

Основной этапы оперативный вмешательства включали себя: после удаления хитиновой оболочки и обработки остаточной полостей антигельминтными препаратами операция завершалась оставлением дренажный трубки в полость (полузакрытым способом).

К 15-16 суткам все дренажи после контрольной УЗИ исследования остаточной полости удалены в амбулаторных условиях. При этом здесь также учитывали размер и содержания полости печени. Дренажные удалены при размере менее 30 мм без содержания жидкости.

Практически у всех 3 больных с гнойными полостными очагами VII-VIII сегментах печени так же операция выполнялись с большими техническими трудностями. Причина которых также как при выполнении операции больных эхинококкозом печени с сложными расположениями VII-VIII сегментах. Отсутствия фиброзной капсуле и наличия перефакальная воспаления тканей

печени с плотной инфильтрацией у больных острым абсцессом печени ещё затрудняли выполнения оптимальной операции. Этим больным во время операции практически невозможно было фиксировать к держалке стенки полостного образования. Так как отмечались инфильтрованный, легко кровоточащей и напоминающей как бы варенный ткани печени вокруг полостного образования. Все три операции с гнойным очагом печени с сложными анатомическими расположениями выполнялись с большими техническими трудностями. Цель операции было дренирование, опорожнения полости от гнойного содержания и санация полости печени. После дренирования гнойного очага с использованием силиконовой дренажа, дренажная трубка фиксирована кетгутовыми швами на капсуле печени и через контуропертуры выведены наружу и фиксирована на кожу шелковыми швами.

У 1-го пациента с острым абсцессом печени ранним послеоперационным периоде из дренажной трубки выделялись кровянистой содержания в объёме до 10 мл за сутки. После внутривенного введения 100 мл аминокaproновой кислоты два раза сутки и этамзилата 1,0 два раза внутримышечно выведении крови из дренажа остановлено.

Анализ послеоперационных осложнений выявили следующее:

При хирургическом лечении больных с полостными образованиями печени при сложных поддиафрагмальных расположениях нагноение операционной раны наблюдались 27,2 %, послеоперационная грыжа 18,1 %, ятрогенная повреждения печени 18,1 %, кровотечения из полости печени в раннем послеоперационном периоде 9 % пациентам наблюдались.

При этом средней длительность операции продолжалась 150+9,4 мин.

Сравнительный анализ послеоперационных осложнений, средней койка дня и длительности операция больных I - II группы выявили следующей интересными моментами.

Таблица №

Частота послеоперационных осложнений, средней койка дня и длительности операция больных I - II группы

Группы	Общей число больных	Нагноение операционной раны		Послеоперационной грыжи		Ятрогенная повреждения печени		Кровотечения из полости		Сред. длит. опер	Средней койка дня
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
I группа	26	1	3,8	-	-	-	-	-	-	70+8,5	7+1,2
II группа	11	2	18,1	1	9,0	1	9,0	1	9,0	150+9,4	11+1,4

Из этих осложнений у I группы больных которых были полостная образования I, II, III, IV сегментах печени без сложными анатомическими расположениями (основном подкапсулярная, поверхностная расположения) нагноения раны наблюдались лишь 3,8 % больных. Послеоперационная осложнения таких как послеоперационная грыжи, ятрогенная повреждения печени, кровотечения из полости у I группы больных не наблюдались. В отличии их у больных II группы с сложными анатомическими расположениями полостных образованиями печени, нагноение операционной раны наблюдались 18,1 %, послеоперационный грыжи 9,0 %, ятрогенная повреждения печени 9,0 %, у 9,0 % пациентам наблюдались кровотечения из полости печени в ранним послеоперационным периоде. Если средней длительности операции I группы составило в среднем 70+8,5 мин., у больных II контрольный группы длительность операции продолжались 150+9,4 мин.

Таким образом нами проведенная анализ результатов исследования больных II группы выявили что хирургическая лечения больных сложными расположениями полостных образованиями печени имеет свои особенности который выражается в главном образе в технический трудности выполнения хирургический операции. Что свои очередь отрицательно влияет к длительности и исход хирургического лечения, которая выражается к увеличения время длительности операции до 150+9,4 мин, ятрогенная повреждения печени до 9,0 %, развития послеоперационная осложнения в виде нагноения послеоперационных ран до 9,0%, появления послеоперационный вентральный грыжи до 9,0%, ранняя послеоперационная кровотечения из полостей печени 9,0%.

Выводы:

1. Выполнения хирургической операции традиционным методом, больных сложными анатомическими расположениями полостными образованиями печени в VII и VIII сегментах имеет свои технический трудности что свои очередь влияет к длительности операции и способствует развитие послеоперационная осложнения таких как нагноения раны и послеоперационный грыжи передней брюшной стенки, ятрогенный разрыв печени.

2. Хирургические лечения полостных образования печени при сложных анатомических расположения печени в области заднего каската диафрагмы VII VIII сегментах требует новых более эффективных малотравматичных хирургический тактики.