



Частота осложнений после эхинококкэктомии в зависимости от способа обработки остаточной полости

Осложнения	Метод капитонажа n=25	Без капитонажа n=34	Всего n=59
Инфильтрат	2 (8%)	2 (5,9%)	4 (6,8%)
Ателектаз	3 (12%)	1 (2,9%)	4 (6,8%)
Пиоторакс	1 (4%)	-	1 (4%)
Остаточная полость	2 (8%)	2 (5,9%)	4 (6,8%)
Кровотечение	1 (4%)	1 (2,9%)	2 (3,4%)
Всего	9 (36%)	6 (17,6%)	15 (25,4%)

В послеоперационном периоде преобладали осложнения связанные с пневмосклерозом от длительного сдавления кистой. После удаления кисты склерозированные участки легочной ткани, прилежащие к кисте не склонны к полному расправлению и полноценному вовлечению в дыхательную функцию. В результате возникают инфильтраты или ателектазы (у 8(13,6%) больных). Эти осложнения устранялись назначением физиопроцедур – массажа, дыхательной гимнастики или лечебной бронхоскопии. В 3-х случаях наблюдалась остаточная полость.

У одного больного сохранялась остаточная полость с уровнем жидкости. У 2-х пациентов отмечалось кровотечение паренхиматозного характера, что связано с разьединением во время операции плотных плевральных сращений в зоне расположения кисты.

Как видно из таблицы, методика обработки остаточной полости после эхинококкэктомии без капитонажа позволяет уменьшить число послеоперационных осложнений и имеет определенные преимущества по сравнению со способом ушивания остаточной полости. В нашем понимании ушивание ведет к деформации воздухоносных путей и мелких сосудов и стойкому развитию ателектатических и дистелектатических изменений.

Выводы:

Легочный эхинококкоз у детей представляет актуальную проблему в плане улучшения методов диагностики и лечения, в особенности осложненных форм заболевания.

Улучшению результатов лечения детей с эхинококковым поражением легких может способствовать метод санации остаточной полости без проведения капитонажа.

Литература:

1. Аскерханов Р.П. Хирургия эхинококкоза. М., 1976; 318 с.
2. Калинова К.А. Хирургическое лечение легочного эхинококкоза у детей. Детская хирургия, 2005; 5:12-15
3. Пулатов А.Т., Петлах В.И., Карасева О.В. Об эхинококкозе верхней доли легкого у детей. Детская хирургия, 2001; 3:8-12
4. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Гаффаров У.Б. Отдаленные результаты лечения эхинококкоза печени и легких у детей. Детская хирургия, 2008; 8: 46-48
5. Петровский Б.В. Хирургия эхинококкоза. М., 1985; 349 с.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИТОНИТОМ

Б.К.Дженалаев, В.И.Котлобовский, С.П. Досмагамбетов, А.Б.Тусупкалиев, Н.Ж.Мусин

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова, г.Актобе

Гидатидозный эхинококкоз органов брюшной полости является тяжелым и наиболее распространенным паразитарным заболеванием детского возраста, которое на ранних этапах протекает с отсутствием патогномичных симптомов. В течении заболевания возможны различные осложнения, среди которых важное место занимает разрыв стенки кисты с развитием перитонита и анафилактического шока, обуславливающих тяжесть состояния больных [1,2,3,4,5]. Любая тяжелая агрессия независимо от этиологии воспаления приводит к развитию си-

стемного ответа, сопровождающегося нарушением функции жизненно важных органов, сепсисом, полиорганной недостаточностью. Это требует от врача адекватной оценки тяжести состояния пациента, прогноза заболевания, выбора объема терапии и мониторинга, проведение щадящего оперативного лечения, послеоперационного ведения и профилактики рецидива заболевания у данной категории больных [6,7,8,9,10].

Цель исследования: улучшить результаты лечения детей с гидатидозным эхинококкозом ор-



ганов брюшной полости, осложненных перитонитом, используя признаки синдрома системного ответа на воспаление (Systemic Inflammatory Response Syndrome – SIRS) для адекватной коррекции проводимой терапии.

Материалы и методы исследования. В основу работы положен анализ клинических наблюдений за 17 пациентами в возрасте от 4 до 14 лет, находившимися на стационарном лечении в клинике детской хирургии ЗКГМУ им.М.Оспанова с 1992 по 2010 годы по поводу гидатидозных форм эхинококкоза органов брюшной полости, осложненных разрывом кист и развитием перитонита.

Все дети поступили в экстренном порядке в сроки $9,5 \pm 1,5$ ч после появления первых клинических симптомов. В анамнезе у 9 (52,9%) больных развитию заболевания предшествовали различные травмы (удар, падение), у 8 пациентов каких либо провоцирующих факторов выявлено не было. Наряду с общеклиническими методами обследования, проводили ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, определяли реакцию непрямой гемагглютинации с эхинококковым антигеном, оценивали показатели синдрома системного ответа на воспаление при поступлении и в процессе лечения.

Результаты исследования и их обсуждение. Несмотря на ранние сроки поступления больных в стационар, состояние их характеризовалось как тяжелое и очень тяжелое: у всех детей отмечался выраженный абдоминальный болевой синдром с мелкими и сливными высыпаниями на коже лица, конечностей и туловища. Многократная рвота, бледность кожных покровов, страдальческое лицо, частый пульс, падение артериального давления свидетельствовали о «шокоподобном» состоянии. Температурная реакция чаще была на субфебрильных цифрах. Перитонеальные симптомы, напряжение мышц передней брюшной стенки отмечены во всех случаях. При лабораторном обследовании у 15 (88,2%) детей в анализах крови отмечался нейтрофильный лейкоцитоз в пределах $15,9 \pm 0,6 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилия до $9,2 \pm 0,8\%$, ускорение СОЭ до 12 мм/ч. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости позволило определить наличие свободной жидкости во всех отделах брюшной полости, спастическое состояние или умеренное расширение диаметра тонкого кишечника, а также выявить причину перитонита - разрывы кистозных образований брюшной полости (в печени – 12, в селезенке – 3, в сальнике – 2). У 5 пациентов выявлено сочетание эхинококкоза органов брюшной полости с наличием кист в легких.

Для оценки тяжести состояния пациента, прогноза течения заболевания, объема и продолжительности предоперационной подготовки, определения характера оперативного пособия, дальнейшего мониторинга лечения использованы показатели SIRS, которые включали следующие признаки: 1) изменение температуры тела – аксилярная ($> 37,2^\circ\text{C}$ или $< 35,2^\circ\text{C}$); 2) увеличение ЧСС до (или) верхней границы возрастной нормы; 3) увеличение ЧД до (или) верхней границы возрастной нормы или ги-

первентиляции $\text{PaCO}_2 < 32$ ммHg; 4) лейкоциты > 12000 кл/мм³ или < 4000 кл/мм³ или 10% незрелых форм. Наличие у ребенка с гидатидозными формами эхинококкоза органов брюшной полости, осложненными разрывом и нагноением кист с развитием перитонита трех и более признаков SIRS расценивалось нами как один из вариантов течения сепсиса: тяжелый сепсис, сепсис + гипотензия, сепсис с полиорганной недостаточностью (нарушение функции одновременно нескольких органов). У 7 детей из 17 с осложненным эхинококкозом органов брюшной полости диагностирован сепсис: тяжелый сепсис - у 2, сепсис с гипотензией – у 5 пациентов.

Учитывая тяжесть состояния больных, все они были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии, где проводилась предоперационная подготовка, направленная: на борьбу с интоксикацией и гиповолемией; на уменьшение степени дегидратации и гематокритной величины; назначались антибактериальная, десенсибилизирующая и противошоковая терапия с учетом их септического состояния. Следует отметить, что в предоперационной подготовке при эхинококковом перитоните важное значение уделялось десенсибилизирующей терапии с применением кортикостероидных гормонов. Предоперационная подготовка с использованием показателей SIRS проведена у 7 (41,1%) пациентов. Продолжительность предоперационной подготовки составила от 3 до 7 часов.

Оперативное лечение с осложненным эхинококкозом печени было проведено эндовидеохирургическим способом 12 (70,5%) больным. После наложения пневмоперитонеума и введения троакаров выполняли диагностический этап операции: ревизия брюшной полости, установление причины (разрыв эхинококковых кист), степени распространенности процесса (наличие гноя, фибрина, мутного выпота с геморрагиями, хитиновой оболочки), характер изменения париетальной и висцеральной брюшины. После санации брюшной полости производили широкое рассечение фиброзной капсулы вскрывшейся кисты, аспирацию остаточной жидкости, удаление основной части хитиновой оболочки, антипаразитарную обработку внутренней поверхности фиброзной капсулы 1% раствором бетадина и 30% тиосульфатом натрия. Операцию завершали катетеризацией круглой связки печени для проведения регионарной лимфотропной антибиотикотерапии (РЛА) и дренированием кист брюшной полости.

Традиционное открытое оперативное вмешательство 5 больным проведено путем лапаротомии, которая была направлена на тщательную санацию брюшной полости, освобождение вскрывшейся эхинококковой кисты от остатков хитиновой оболочки, антипаразитарную обработку. Ликвидацию остаточной полости печени осуществляли наложением швов, вворачивающих фиброзную оболочку внутрь кисты.

В послеоперационном периоде, кроме антибактериальной, десенсибилизирующей и детоксикационной терапии, проводили химиотерапию антигельминтным препаратом Альбендазолом (зентел) в дозе 10 мг на 1 кг массы тела в течение 14 дней.



После завершения стационарного этапа лечения больные в амбулаторных условиях получали антипаразитарное лечение альбендазолом в той же дозе: два курса по 14 дней с двухнедельным перерывом и последующим контрольным обследованием.

В качестве критериев проведенного анализа служили следующие показатели: динамика температурной реакции, динамика купирования болевого синдрома, восстановление перистальтики кишечника, оценка двигательной активности больных и сроки пребывания пациентов в стационаре.

Проведенный анализ лечения детей с гидатидозными формами эхинококкоза печени, осложненных разрывом кист и развитием перитонита, показал ряд преимуществ лапароскопического способа над традиционными методами лечения: ранее снижение температурной реакции - через $2,5 \pm 0,15$ сутки, тогда как в группе пациентов, перенесших открытую эхинококкэктомию, через $3,8 \pm 0,2$ сутки ($p < 0,01$); более выраженное снижение болевого синдрома - $1,8 \pm 0,2$ и $2,5 \pm 0,2$ сутки; снижение лейкоцитоза - через $2,5 \pm 0,2$ сутки и через $3,4 \pm 0,2$ сутки; раннее восстановление перистальтики кишечника - через $1,7 \pm 0,16$ и $2,6 \pm 0,2$ сутки соответственно; более ранняя активация пациентов - через $3,5 \pm 0,17$ сутки, тогда как в сравниваемой группе - через $4,4 \pm 0,2$ сутки. Среднее пребывание больных, оперированных эндовидеохирургическим методом в стационаре, составило $14,5 \pm 0,2$ суток, тогда как после открытых операций - $19,0 \pm 0,7$. Летальных исходов и рецидивов эхинококковой болезни не было.

Анализ течения эхинококковой болезни органов брюшной полости, осложненной перитонитом у детей показал, что заболевание начинается бурно с выраженным абдоминальным болевым синдромом, по-видимому, обусловленным попаданием большого количества жидкости из подвергшейся травме кисты или самопроизвольного их разрыва вследствие высокого внутрикистозного давления. Воспалительный процесс при этом возникает не локально, а захватывает изначально париетальную и висцеральную брюшину всех отделов брюшной полости. Количество жидкости в брюшной полости варьировало от 1,5 до 2,5 литров, характер ее мутный с геморрагиями у 12 больных, у 5 пациентов - гной с фибрином

Длительная сенсбилизация организма детей, ослабление его, резкое всасывание в кровь продуктов жизнедеятельности гидатидозного эхинококкоза приводит к возникновению «шокоподобной» реакции с выраженной бледностью кожных покровов, петехиальными и сливными высыпаниями на коже лица, туловища, конечностей, тахикардией с падением артериального давления. Общий анализ крови детей свидетельствовал о воспалительном процессе в брюшной полости, а эозинофилия о возможном характере перитонита. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости подтверждало наличие и предположительное количество жидкости. Реакция непрямого гемагглютинации показала наличие высокого титра антител от 1-500 до 1-1350, что свидетельствовало об остроте процесса.

Показатели SIRS свидетельствовали об общей неспецифической и специфической реакции организма ребенка на перитонит, обусловленный разрывом и нагноением эхинококковых кист органов брюшной полости.

Заключение:

Перитонит, обусловленный нагноением разрывом и нагноением эхинококковых кист органов брюшной полости, протекает бурно с выраженной аллергической реакцией вплоть до «шокоподобного» состояния.

В диагностике эхинококкового перитонита наряду с общеклиническими методами исследования, важное значение имеет ультразвуковая диагностика органов брюшной полости и реакция непрямого агглютинации.

Анализ совокупных показателей синдрома системного ответа на воспаление позволяет прогнозировать течение заболевания и проводить адекватную и целенаправленную терапию.

Результаты лечения детей с разрывом эхинококковых кист органов брюшной полости, осложненных перитонитом, показали, что лапароскопическая эхинококкэктомия и санация брюшной полости сопровождаются минимальной операционной травмой, благоприятным течением послеоперационного периода.

Применение альбендазола в послеоперационном периоде является надежной профилактикой рецидива заболевания.

Литература:

1. Пулатов А.Т. Эхинококкоз детского возраста. Москва. Изд. Медицина, 2004; 120
2. Емельянов С.И., Хамидов М.А. Лапароскопическое удаление эхинококковых кист печени. Хирургия. Москва, 2000; 11: 32-34.
3. Омаров Р.А. Механическая желтуха как осложнение эхинококкоза печени. I Конгресс хирургов Казахстана; Алматы, 1997; 79-80.
4. Джумабаев С.У., Буянов В.М., Данилов К.Ю., Джумабаев Э.С. Экспериментальное и клиническое обоснование лимфотропной антибиотикотерапии у детей. Клиническая хирургия. Москва, 1987; 1: 14-17.
5. Камиллов П.А., Джураев А.Д., Хаидаров А.Х., Баратов Т.Е. Диагностика и лечение прорыва эхинококкоза печени. Материалы II съезда хирургов Таджикистана, 1989; 100-101.
6. Сивак С.А., Стебунов С.С. Эффективность лимфотропного введения лекарств во время лапароскопии. Тезисы докладов VI Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Эндоскопическая хирургия. Москва, 2003; 2: 121.
7. Palacios-Ruiz J.A., Ramirez-Solis E., Moreno-Moller M. et al. Identification and integral management of a case of autochthonous hydatidosis in Mexico. Rev. Gastroenterol. Mex, 2003; (68) 1: 41-45.
8. Горемыкин И.В. Видеолапароскопия в лечении эхинококкоза печени. Автореф. дисс... д.м.н. Саратов. 1999; 28.
9. Котловский В.И. Лапароскопическая хирургия распространенных форм аппендикулярного перитонита у детей. Дисс... д.м.н. Москва; 2002: 261.
10. Исаков Ю.Ф., Белобородова Н.В. Сепсис у детей. Москва.: Изд.Мокеев. 2001; 369.