

## ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА ПАРАЗИТАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*Г.В.Павлюк*

*Государственный университет медицины и фармации им. Н.Тестемициану (г. Кишинев, Молдова)*

### ЛІКУВАННЯ ПЕРИТОНІТУ ПАРАЗИТАРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

**Резюме.** Паразитарний перитоніт має тяжкий перебіг, що зумовлено розвитком анафілактичного шоку. Важливим інтраопераційним моментом є ретельна санація очеревинної порожнини з видаленням всіх дочірніх міхурів як профілактика післяопераційного рецидиву, адекватне дренирування залишкової фіброзної порожнини та інтенсивна медикаментозна корекція. Основною причиною післяопераційної летальності є печінково-ниркова недостатність.

**Ключові слова:** ехінококк печінки, паразитарний перитоніт, лікування.

Бессимптомность начальных стадий эхинококкоза (Эк) обуславливает позднюю обращаемость и большой процент осложнений [1-3]. Анализ литературы [4, 5] свидетельствует, что послеоперационные осложнения встречаются в 32% случаев, у 27% формируются жёлчно-гнойные свищи, в 11% производится релапаротомия, летальность составляет 2-4%. Наиболее серьёзным осложнением Эк печени (ЭП) является перфорация в брюшинную полость (БП), приводящая к развитию разлитого перитонита (Пт) [6, 7].

**Цель исследования:** изучить особенности клинического течения паразитарного Пт, развившегося на фоне перфорации эхинококковых кист печени, разработать мероприятия, позволяющие улучшить результаты его хирургического лечения.

**Материал и методы.** В период 1997-2012 гг. прооперировано 372 больных с ЭП в возрасте 16-74 лет. Солитарные кисты печени выявлены у 293 (79%) пациентов, множественные кисты – 57 (15,3%), полиорганный эхинококк – 22 (5,7%). Девять (2,4%) пациентов госпитализированы с перфорацией кист печени в БП. Диагностическая программа включала клинико-лабораторные, биохимические, иммунобиологические и инструментальные методы исследования.

**Результаты исследования.** Из 9 пациентов с паразитарным Пт 4 доставлены с подозрением на прободную язву, 3 – на кишечную непроходимость, 2 – на разрыв селезёнки. У 4 больных появлению болей в животе предшествовала тупая травма живота, у 3 – резкое повы-

шение внутрибрюшного давления при физической нагрузке, у 2 причина разрыва кисты не выявлена. При поступлении были жалобы на резкие боли по всему животу, тошноту, рвоту, метеоризм, повышение температуры до 39°C, у 3 была клиника анафилактического шока. От момента появления болей до госпитализации у разных пациентов прошло от 6 до 48 ч. Лейкоцитоз со сдвигом влево был у 9 пациентов, анемия – у 3, снижение протромбинового индекса – 4, гипопротейнемия – 4, азотемия – 3, эозинофилия – 6. При УЗИ у 2 пациентов диагностирован множественный ЭП, у 5 полужидкостные образования в печени и жидкость в БП. Рентгенография давала косвенные признаки Пт, диагностическая лапароскопия произведена 2 пациентам. Период обследования и предоперационной подготовки составил 4-8 ч. Срединная лапаротомия, выполненная во всех случаях, давала хороший обзор и возможность выполнить эхинококкэктомия. Серозно-фибринозный Пт констатирован у 2 пациентов, фибринозно-гнойный – у 5, гнойно-геморрагический – у 2. Из БП у разных пациентов эвакуировано от 800 мл до 3 л экссудата, который содержал фрагменты расплавленной хитиновой оболочки, живые и мёртвые дочерние пузыри. Размеры эхинококковых кист варьировали от 8 до 20 см, локализовались в левой доле (S 2, 3) у 2 пациентов, в правой доле – у 7 (в S 4, 5 – у 3, в S 4-7 – у 4). Семь кист были с нагноением, у 3 больных – с открытыми жёлчными ходами. Производилось удаление фрагментов хитина, дочерних пузырей, антипаразитарная обработка фиброзной капсулы,

иссечение ее свободных краёв, гемостаз, ушивание жёлчных ходов и наружное дренирование остаточной полости. Двум пациентам выполнена холецистэктомия из-за травматизации стенок жёлчного пузыря. Завершалась операция тщательным промыванием БП 4-5 л изотонического раствора с добавлением аминокгликозидов, удалением мелких дочерних пузырей, дренированием верхнего и нижнего этажей БП.

В посеве из париетального экссудата высеивалась кишечная палочка у 6 больных и золотистый стафилококк – у 3. В послеоперационном периоде перитонеальный лаваж произведен 2 пациентам. Интенсивная терапия после операции включала антибиотикотерапию, детоксикацию, десенсибилизирующие препараты, дезагреганты, коррекцию гипокалиемии. Причиной неблагоприятных исходов после операции у 2 (22,2%) пациентов явилось развитие печёчно-почечной недостаточности, предпосылками к развитию которой были уменьшение функционирующей части паренхимы печени у больных с гигантскими кистами, длительный холестаза, гнойная интоксикация, интраопера-

ционное кровотечение. Средний койко-день в группе больных с Пт составил 18 дней. Реоперирован один пациент в связи с обильным жёлчеистечением из остаточной фиброзной полости. Резидуальный Эк БП диагностирован у 2 пациентов через 5 и 7 лет после операции. В течение последних 7 лет мы практикуем противопаразитарную медикаментозную терапию препаратом Эсказол в дозе 400 мг по 2 раза в день, в послеоперационном периоде – в течение 3 месяцев.

**Выводы.** 1. Предрасполагающим фактором к разрыву эхинококковых кист печени является тупая травма живота и резкий перепад внутрибрюшного давления. 2. Паразитарный Пт имеет более тяжёлое течение в связи с развитием у части пациентов анафилактического шока. 3. Важным интраоперационным моментом является тщательная санация БП с удалением всех дочерних пузырей как профилактика послеоперационного рецидива и адекватное дренирование остаточной фиброзной полости. 4. В раннем послеоперационном периоде необходима интенсивная медикаментозная коррекция, предотвращающая развитие печёчно-почечной недостаточности.

#### Литература

1. Гайбатов С.П. Клиника и лечение нагноившегося эхинококкоза печени / С.П.Гайбатов, Д.С.Гайбатова // Хирургия. – 2006. – № 6. – С. 16-18.
2. Гульмурадов Т.Г. Пути оптимизации результатов лечения осложнённого эхинококкоза печени / Т.Г.Гульмурадов, М.Г.Паллаев // Анн. хирург. гепатол. – 2006. – Т. 11, № 3. – С. 193.
3. Даминова Н.М. Ранние послеоперационные осложнения при эхинококкозе печени / Н.М.Даминова, К.М.Курбонов // Вестн. хирургии. – 2008. – Т. 167, № 5 – С. 68-72.
4. Юлдашев Г.Ю. Выбор хирургической тактики при осложнённых формах эхинококкоза печени / Г.Ю.Юлдашев // Клин. хирургия. – 2006. – № 9 (доп.). – С. 81-83.
5. Di Cataldo A. A rare complication of the hepatic hydatid cyst: intraperitoneal perforation without anaphylaxis / A. Di Cataldo // Int. Surg. – 2005. – Vol. 90, № 1. – P. 42-44.
6. Beyronti M.I. Acute rupture of hydatid cysts in the peritoneum. 17 cases / M.I.Beyronti // Presse Med. – 2004. – Vol. 33, № 6. – P. 378-384.
7. Derici U. Acute intraperitoneal rupture of hydatid cysts / U.Derici // World J. Surg. – 2006. – Vol. 30, № 10. – P. 1879-1883.

#### ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИТОНИТА ПАРАЗИТАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ

**Резюме.** Паразитарный перитонит имеет тяжёлое течение, что связано с развитием анафилактического шока. Важным интраоперационным моментом является тщательная санация брюшинной полости с удалением всех дочерних пузырей, дренирование остаточной фиброзной полости и интенсивная медикаментозная коррекция. Причиной послеоперационной летальности является печеночно-почечная недостаточность.

**Ключевые слова:** эхинококкоз печени, паразитарный перитонит, лечение.

#### MANAGEMENT OF PERITONITIS OF PARASITOGENIC ETIOLOGY

**Abstract.** Parasitogenic peritonitis has a severe course that is due to the development of anaphylactic shock. An important intraoperative moment is a thorough sanitation of the peritoneal cavity with the removal of all subsidiary bladders as a prophylactic measure of a postoperative relapse, an adequate drainage of the residual fibrous cavity and intensive medicamentous correction. The principal cause of the postoperative lethality is hepatorenal failure.

**Key words:** liver hydatid disease, parasitogenic peritonitis, treatment.

N.Testemitsianu State University of Medicine and Pharmacy (Kishineu, Moldova)

Надійшла 28.04.2012 р.  
Рецензент – проф. Ф.В.Гринчук (Чернівці)