

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ПУНКЦИОННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ: ПРОБЛЕМЫ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЦИДИВОВ

С. Г. Четвериков, Закария Мохаммад Ахмад
Одесский национальный медицинский университет,
Центр реконструктивной и восстановительной медицины, г. Одесса

APPLICATION OF LAPAROSCOPIC AND THE PUNCTURE OPERATIVE INTERVENTIONS IN TREATMENT OF HEPATIC ECHINOCOCCOSIS: PROBLEMS OF COMPLICATIONS AND RECURRENCES

S. G. Chetverikov, Zakariya Mokhammad Akhmad

Эхинококкоз человека является важной медицинской и социальной проблемой в Одесской области, где имеются эндемические очаги заболевания. Стандартные методы оперативного лечения ЭП травматичны, сопровождаются большой частотой осложнений, частыми рецидивами, инвалидизацией пациентов [1]. Использование новых миниинвазивных лапароскопических и ультразвуковых технологий, эффективных методов обработки стенок остаточной полости после эхинококкэктомии либо резекционных вмешательств на паразитарной кисте в сочетании с противорецидивной медикаментозной терапией после операции открывают новые перспективы в лечении заболевания [2 – 4]. Минимизация операционной травмы позволяет значительно облегчить течение послеоперационного периода, уменьшить частоту осложнений и длительность периода реабилитации, улучшить качество жизни больных эхинококкозом [5, 6].

Решением этой проблемы занимаются специалисты в Одесском национальном медицинском университете, Национальном институте хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, Центре абдоминальной эндоскопической хирургии МЗ Российской федерации (Москва), ведущих научных медицинских центрах Турции, Греции, Индии, Италии.

Реферат

Проанализированы результаты обследования и лечения 326 больных по поводу эхинококкоза печени (ЭП), у которых выполнены 449 хирургических вмешательств. У 123 пациентов диагностирован рецидив заболевания, им произведены лапароскопические, лапаротомные или пункционные вмешательства. У 80 (17,8%) больных использовали лапароскопический доступ, у 261 (58,1%) — лапаротомный, у 108 (24,1%) — пункционное лечение паразитарных кист под контролем ультразвукового исследования (УЗИ). Проведение активного скринингового обследования населения эндемичных по эхинококкозу районов, использование эффективных миниинвазивных хирургических доступов, интраоперационных методов профилактики диссеминации инвазивного материала в брюшной полости, антипаразитарной химической и термической обработки содержимого кисты и стенок остаточной полости после эхинококкэктомии, послеоперационное профилактическое назначение антипаразитарной медикаментозной терапии позволило значительно (до 1,3% в последние 5 лет) уменьшить частоту рецидивирования ЭП.

Ключевые слова: эхинококкоз печени; лапароскопические и пункционные оперативные вмешательства; профилактика рецидивов.

Abstract

Results of examination and treatment of 326 patients, suffering hepatic echinococcosis, were analyzed, in whom 449 surgical interventions were conducted. In 123 patients the disease recurrence was registered, to them laparoscopic, laparotomic and pucture interventions were conducted. In 80 (17.8%) patients laparoscopic access was applied, in 261 (58.1%) — laparotomic, in 108 (24.1%) — the puncture treatment of parasitic cysts under ultrasonographic guidance. Conduction of active screening examination of patients in regions, which are endemic for echinococcosis, application of effective mimiinvasive surgical accesses, intraoperative methods for prophylaxis of abdominal dissemination of the invasive material, antiparasitic chemical and thermal processing of the cyst content and the residual cavity walls after echinococcectomy, postoperative prophylactic administration of antiparasitic medicinal therapy have permitted to reduce significantly (up to 1.3% in last 5 yrs) the rate of the hepatic echinococcosis recurrence.

Key words: hepatic echinococcosis; laparoscopic and puncture operative interventions; prophylaxis of recurrences.

Цель работы: определить пути уменьшения частоты рецидивов и послеоперационных осложнений, улучшения качества жизни пациентов при эхинококкозе печени путем использования миниинвазивных технологий.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты обследования и лечения 326 больных по поводу ЭП, оперированных в период с 1996 по 2013 г. в Одесской областной клинической больнице,

Университетской клинике и других клинических базах хирургических кафедр Медицинского университета. Сочетанное поражение печени и легких диагностировано у 57 (17,5%) больных, диссеминированный эхинококкоз с поражением двух органов и более — у 29 (8,9%).

Поражение правой доли печени отмечено у 172 (52,8%) пациентов, левой доли — у 83 (25,4%), правой и левой — у 71 (21,8%). Одна паразитарная киста обнаружена у 169 (51,8%) больных, у 50% — по 2 паразитарных кисты и более. Мужчин было 142, женщин — 184, возраст больных от 8 до 72 лет, в среднем $(42,3 \pm 6,8)$ года. У всех больных проведены общеклинические исследования, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, у 164 — компьютерная или магниторезонансная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Всего по поводу ЭП выполнены 449 хирургических вмешательств. У 123 пациентов диагностирован рецидив заболевания, им произведены лапароскопические, лапаротомные или пункционные вмешательства. У 80 (17,8%) больных использовали лапароскопический доступ, у 261 (58,1%) — лапаротомный, у 108 (24,1%) — пункционное лечение паразитарных кист под контролем УЗИ. Для обработки остаточной полости после эхинококкэктомии применяли 1% раствор повидон—йода. У 93 (20,7%) больных использованы оригинальные термические методики обработки стенок остаточной полости.

Пункция паразитарных кист под контролем УЗИ выполнена у 108 больных, применяли местную анестезию 2% раствором лидокаина. Использовали две основные методики лечения: пункционную аспирацию и склерозирование небольших паразитарных кист, пункционное дренирование эхинококковых кист под контролем УЗИ. Для деструкции и склерозирования паразитарных кист вводили 96% этиловый спирт. При последующем промывании дренажей, деструкции хитиновых оболочек и обеззараживании оста-

точной полости использовали раствор натрия гипохлорита или повидон—йода. Для склерозирования кист требовалось от 1 до 3 вмешательств. Если после этого сохранялась остаточная полость, а также при исходном диаметре кист более 4 см их дренировали с использованием иглы 18G и дренажей диаметром от 16 до 22 Fr. Длительность дренирования от 3 до 8 нед в зависимости от размеров кист, их содержимого, состояния фиброзной капсулы и прилегающей паренхимы печени, а также возникших послеоперационных осложнений.

После операции, начиная с 2002 г., пациентам назначали вормил (альбендазол) по 10 мг/кг массы тела в сутки (в среднем по 1 таблетке 400 мг дважды в сутки) в течение 4 нед. При рецидивном и диссеминированном эхинококкозе печени проводили 2 — 4 курса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство органосохраняющих оперативных вмешательств на печени по поводу эхинококкоза можно выполнить с использованием видеоэндоскопической техники. Так, показаниями к выполнению лапароскопической эхинококкэктомии считали поверхностно расположенные паразитарные кисты по висцеральной или диафрагмальной поверхности печени, кисты левой доли печени. В последние годы мы используем лапароскопический доступ и при наличии паразитарных кист, осложненных нагноением либо билиарными свищами, а также рецидивного эхинококкоза печени.

Для получения точного представления о топографии паразитарной кисты проводили полипозиционное УЗИ или томографию. Если киста выходит на поверхность органа, ее визуализация во время операции не представляет трудностей. В других ситуациях следует отказаться от лапароскопического доступа либо использовать интраоперационное УЗИ.

Мы располагаем троакары индивидуально в каждой конкретной ситуации, в зависимости от локализа-

ции и числа паразитарных кист. Пневмоперитонеум накладываем с помощью иглы Вереща в пупочной области. Первый троакар диаметром 10 мм для лапароскопа вводим в правой подреберной области на расстоянии 3 — 5 см по направлению к средней линии от наиболее приближенного к брюшной стенке участка кисты; второй троакар диаметром 10 — 12 мм вводим на 3—5 см ниже кисты. Через него удаляем содержимое кисты с помощью электроотсоса, осуществляем обработку остаточной полости и ее дренирование. Такое расположение троакаров позволяет удалять кисты почти всех отделов печени при условии их поверхностного расположения. Для более удобного доступа к кистам диафрагмальной поверхности печени пересекаем круглую и серповидную связки печени, пациента переводим в положение Фовлера. При этом печень под действием силы тяжести опускается книзу, открывается диафрагмальная поверхность.

Лапароскопическое удаление эхинококковых кист печени удалось у всех 80 пациентов. Продолжительность операции составила от 25 до 120 мин, в среднем $(42,5 \pm 6,3)$ мин. Конверсия в лапаротомию не потребовалась. Продолжительность лечения больного в стационаре составила от 2 до 9 дней, в среднем $(3,7 \pm 1,1)$ дня. Все пациенты живы. После лапаротомной эхинококкэктомии продолжительность лечения больного в стационаре составила в среднем $(11,4 \pm 3,2)$ дня.

Пункционный метод лечения паразитарных кист использовали при их интрапаренхиматозном расположении преимущественно в C₆, C₇^{вп}, C₈^{вп} сегментах, диаметре до 5 см, рецидивном ЭП с центрально расположенными паразитарными кистами и при нагноении остаточных полостей после лапаротомной или лапароскопической эхинококкэктомии. В таких ситуациях выполнение лапароскопических операций технически очень сложно, а применение лапаротомного доступа — травматично и неоправданно.

При использовании пункционного метода хорошие результаты

достигнуты у 77 (71,3%) пациентов, у которых диагностированы моно-везикулярные молодые кисты диаметром 5 — 6 см. У 47 (43,5%) пациентов выполнены повторные пункционные вмешательства из-за неэффективного функционирования дренажа и возникшего вследствие этого нагноения остаточной полости. У пациентов этой группы выявляли либо большие паразитарные кисты, либо старые осложненные кисты с дочерними пузырями и толстой фиброзной капсулой. У 8 (7,4%) пациентов вследствие осложнений после пункционного дренирования паразитарных кист (кровотечение в полость кисты или свободную брюшную полость, перитонит, длительно функционирующий желчный свищ) выполнена лапаротомия, лечение эхинококкоза проведено стандартным путем. У 16 пациентов в сроки до 14 мес по данным контрольного УЗИ диагностированы остаточные полости неправильной формы диаметром до 5 см, которые при отсутствии клинических симптомов не требовали какого-либо вмешательства.

Мы выделяем такие основные направления профилактики рецидивирования ЭП. До операции важное значение имеет своевременная диагностика заболевания, до возникновения осложнений, либо, что еще хуже, до разрыва паразитарной кисты с диссеминацией инвазивного материала по брюшной полости. Во время операции проводим мероприятия, предусматривающие тщательное отграничение зоны вокруг кисты турундами, смоченными 1% раствором повидон-йода, отказ от попыток идеальной эхинококкэктомии в связи с высоким риском разрыва кисты и диссеминацией инвазивного материала. Обязательным этапом операции считаем пункцию кисты толстой иглой на отсосе с эвакуацией жидкого содержимого, обеззараживание полости кисты 1% раствором повидон-йода, удаление хитиновых оболочек кисты толщиной 10 мм электроотсосом. Лапароскопический доступ благодаря созданию пневмоперитонеума имеет преимущества по сравнению с лапа-

ротомным вследствие выравнивания градиента давления в кисте по сравнению с давлением в брюшной полости, что уменьшает вероятность подтекания содержимого кисты мимо пункционной иглы. Кроме того, лапароскопия дает возможность более эффективной визуализации стенок остаточной полости после удаления хитиновых оболочек. Важным в профилактике местных рецидивов эхинококкоза является эффективная антипаразитарная обработка стенок остаточной полости после удаления паразитарной кисты. В настоящее время методом выбора является химическая обработка 1% раствором повидон-йода. При наличии старых либо осложненных паразитарных кист дополнительно к химической проводим термическую обработку стенок остаточной полости путем диатермокоагуляции с использованием шаровидного электрода, зажима, через смоченный изотоническим раствором натрия хлорида марлевый шарик, ультразвукового хирургического инструмента для денатурации отложений фибрина на стенках остаточной полости и, возможно, оставшихся после химической обработки жизнеспособных эхинококковых сколексов.

Важным приемом, частично препятствующим рецидиву ЭП, а в большей мере — возникновению послеоперационных осложнений в виде нагноения остаточной полости, является частичное иссечение стенок фиброзной капсулы с истонченной паренхимой печени при поверхностной локализации паразитарных кист либо при их больших размерах с выходом на поверхность печени. Этот прием минимально увеличивает травматичность операции, но позволяет уменьшить площадь стенок кисты, на которых возможен рецидив, и предупредить формирование после операции замкнутой ригидной полости в печени, дренирование которой не всегда предупреждает ее нагноение. После операции при наличии осложненных паразитарных кист важным приемом, предупреждающим нагноение остаточной полости и возникновение реци-

дива, является промывание остаточной полости 1% раствором повидон-йода.

Формирующаяся вокруг паразитарной кисты фиброзная капсула практически полностью препятствует проникновению к паразиту антипаразитарных препаратов. Поэтому консервативное лечение эхинококковых кист со сформированной фиброзной капсулой, диаметром более 3 см имеющимися в настоящее время лекарственными средствами бесперспективно. После операции, во время которой удаляют паразит, полностью либо частично разрушается фиброзная капсула, что обеспечивает доступ препаратов к остаточной полости после удаления паразита. В настоящее время мы используем альбендазол в дозе 10 мг/кг массы тела пациента в сутки в течение 1 мес. При диссеминированном ЭП, осложненных паразитарных кистах либо нарушении правил апаразитарности во время оперативного вмешательства проводим несколько курсов с перерывом 2 нед. Такое медикаментозное сопровождение оперированных пациентов позволило более чем в 3 раза уменьшить частоту рецидивов, до 1,3% — в последние 5 лет.

Мы не являемся приверженцами агрессивной хирургической тактики при ЭП, которую используют при опухолевом поражении органа. Оптимальным, на наш взгляд, является проведение эхинококкэктомии с частичной резекцией стенок паразитарной кисты, различные варианты атипичной резекции печени, латеральной сегментэктомии при множественном диссеминированном поражении отдельных сегментов печени. Такая минимализация операционной травмы, наряду с внедрением миниинвазивных лапароскопических и пункционных методов лечения ЭП, позволила значительно уменьшить частоту послеоперационных осложнений и избежать послеоперационной летальности в последние 8 лет.

Таким образом, проведение активного скринингового обследования населения эндемичных по эхинококкозу районов, использование

ефективних хірургічних мініінвазивних доступів, інтраопераційних методів профілактики диссемінації інвазивного матеріала в брюшній порожнині, антипаразитарної хімічної та термічної обробки вмісту кишок

та стенок залишкової порожнини після ехінококкозної, післяопераційної профілактичної призначення антипаразитарної терапії дозволяють значно зменшити частоту рецидивування ЕП. Мінімізація травматичності опе-

ративного втручання шляхом використання лапароскопічних та пункційних методів забезпечує мінімальну частоту ускладнень та летальність.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dziri C. Hydatid disease — continuing serious public health problem: introduction / C. Dziri // World J. Surg. — 2001. — Vol. 25, N 3. — P. 1 — 3.
2. Мініінвазивне втручання при ехінококкозі печінки / Р. М. Ахмедов, І. А. Мирходжаєв, У. Б. Шаріпов [і др.] // Анналы хірург. гепатології. — 2010. — Т. 15, № 3. — С. 99 — 104.
3. Нишанов Ф. Н. Етіопатогенетичні аспекти рецидивного ехінококкоза печінки та його діагностика / Ф. Н. Нишанов // Вестн. хірургії ім. І. І. Грекова. — 2011. — Т. 170, № 2. — С. 91 — 94.
4. Збережлива хірургія при ехінококкозі печінки / А. Н. Лотов, Н. Р. Черная, С. А. Бугаєв [і др.] // Анналы хірург. гепатології. — 2011. — Т. 16, № 4. — С. 11 — 18.
5. Хіміотерапія та проблеми рецидивного ехінококкоза печінки / Ф. Г. Назыров, А. В. Девятков, М. М. Акбаров [і др.] // Там же. — С. 19 — 24.
6. Ехінококкоз печінки: сучасні тенденції в хірургічній тактиці / О. Г. Саженов, В. Д. Паршин, Г. А. Шатверян [і др.] // Там же. — С. 34 — 39.



ВЕЛЬМИШАНОВІ КОЛЕГИ!

ДУ «Інститут гастроентерології» НАМН України
ВГО «Українська гастроентерологічна Асоціація»

19-20 червня 2014 р.

у м. Дніпропетровську

проводять

**II наукову сесію Інституту гастроентерології НАМН України
«НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ТЕОРЕТИЧНІЙ
ТА КЛІНІЧНІЙ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЇ»**

Основні програмні питання

1. Хвороби стравоходу
2. Захворювання шлунка та дванадцятипалої кишки
3. Клінічна панкреатологія
4. Захворювання печінки та жовчовивідних шляхів
5. Хронічні запальні захворювання кишечника
6. Дитяча гастроентерологія
7. Хірургічне лікування хвороб органів травлення
8. Організація спеціалізованої служби

Матеріали конференції будуть надруковані в збірнику «Гастроентерологія».

Інформація на сайті gastro.org.ua

Конференція внесена до Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій.
Посвідчення № 597 від 29 липня 2013 р.