

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТА ПУНКЦІЙНІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ

Четверіков С.Г., Ахмад Закарія Мохаммад

Одеський національний медичний університет. Центр реконструктивної та відновної медицини, м. Одеса, Україна

Вступ. Ехінококоз людини, є серйозною медичною і соціальною проблемою Одеської області, де є ендемічні вогнища цього захворювання. Використання нових малоінвазивних відеоендоскопічних і ультразвукових технологій відкриває нові перспективи в лікуванні цього паразитарного захворювання.

Матеріали і методи. Нами обстежено та проліковано 217 хворих на ехінококоз печінки. Поєднане ураження печінки і легень було у 38 хворих (17,5%), дисемінований ехінококоз з ураженням двох і більше органів — у 18 хворих (8,3%). Серед оперованих хворих було 98 чоловіків і 119 жінок у віці від 18 до 72 років. Середній вік пацієнтів склав $42,3 \pm 6,8$ років.

У 53 хворих (24,4%) виконано лапароскопічні ехінококкектомії, у 94 (43,3%) — пункційне лікування паразитарних кіст під контролем УЗД і у 70 (32,3%) — традиційні лапаротомні ехінококкектомії. Обробку залишкової порожнини після ехінококкектомії проводили 1% розчином бетадіну.

Результати та обговорення. Лапароскопічне видалення ехінококових кіст печінки вдалося у всіх 53 пацієнтів. Середня тривалість операції склала $41,1 \pm 7,4$ хвилини (від 25 до 120 хв). Ні в одному випадку ми не перейшли до лапаротомії. Середня тривалість перебування в стаціонарі склала $3,5 \pm 1,2$ доби (від 2 до 9 дб). Летальність була нульовою.

Після лапаротомних ехінококкектомій середня тривалість перебування в стаціонарі склала $12,3 \pm 4,2$ ліжко-дня.

З 94 хворих, які були проліковані з використанням пункційного методу, хороші результати отримані у 67 (71,3%). Це були пацієнти з моноезікулярними молодими кістами розміром до 5 — 6 см. У 27 пацієнтів (28,7%) потрібні повторні пункційні втручання через неефективну роботу дренажу і виниклим в наслідок цього нагноєння залишкової порожнини.

Всі пацієнти спостерігалися нами на протязі від 4 місяців до 6 років після операції. Рецидив ехінококозу печінки діагностовано у 14 хворих (6,5%): у одного — після лапароскопічної ехінококкектомії (1,9%), 4 (5,7%) — після лапаротомної і 9 хворих (9,6%) — після пункційного лікування.

Висновки. Використання малоінвазивних відеоендоскопічних і пункційних методик лікування ехінококозу печінки значно покращує результати лікування хворих. З накопиченим досвідом виконання цих операцій, для все більшого числа хворих на ехінококоз лапароскопічні та пункційні доступи стануть оптимальними для виконання оперативного втручання.

МИНИНВАЗИВНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Четвериков С.Г., Максимовский В.Е.

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

Радиочастотная термоабляция (РЧА) — эффективный метод лечения злокачественных опухолей, отвечающий требованиям современной хирургии: малотравматичности, эффективности и экономичности вмешательства.

По данным статистики, лишь небольшая часть (до 20–30%) метастатических поражений печени операбельны. Для прооперированных больных характерна большая частота осложнений (19–43%).

РЧА метастазов в печени позволяет добиться до 40% 5-летней выживаемости. При этом больные, перенесшие РЧА, имеют меньше хирургических осложнений и лучшее качество жизни. Причем эти больные не имели шанса быть радикально прооперированными, а срок жизни их ограничен 6–12 месяцами.

Задачей настоящего исследования явилось изучение результатов использования РЧА в комплексном лечении больных с метастатическими поражениями печени.

Материал и методы. За период с 2006 по 2014 годы с помощью РЧ-генератора *Rita 1500X* (производства *Rita Medical Systems Inc., USA*) было прооперировано 58 пациентов с метастатическими поражениями печени из первичных опухолей различных локализаций, выполнено 63 самостоятельных РЧА, из которых 10 — чрескожных.

Первичные очаги метастазирования ранее были удалены хирургическим путем. Размеры метастазов составляли от 2 до 4 см, а число одновременно коагулируемых очагов — от 1 до 3. Операцию проводили под общим обезболиванием. В опухоль вводился зонд *Starburst XL* с раскрывающимся массивом элементов-антенн. Продолжительность

радиочастотной деструкции на мощности 125 Вт при температуре 100°C составляла 8 минут. Зонд воссоздает сферическую область коагуляции тканей диаметром 5–7 см. Контроль позиционирования зонда осуществлялся с помощью ультразвукового сканера. Температура измерялась с помощью 5 сенсоров, расположенных на концах элементов-антенн. Для мониторинга процесса абляции использовали компьютер с соответствующим программным обеспечением. Интраоперационно контроль полноты некроза осуществлялся путем пункционной биопсии коагулируемого очага после термического воздействия. Материал исследовался цитологически.

Результаты. После сеанса термоабляции, в режиме ультразвукового цветового доплеровского картирования отмечалось исчезновение мелких внутрипеченочных сосудов коллатерального типа с сохранением сосудов, окружающих опухоль, с магистральным типом кровотока. При морфологическом исследовании зоны некрозов после РЧА наблюдалась некротизированная опухолевая ткань, частота полных некрозов была близка к 90%. При этом количество некрозов не зависело от доступа, при помощи которого вводился зонд.

Анализ проведенных исследований позволил сделать следующие выводы: преимуществами РЧА являются: сокращение времени оперативного вмешательства, техническая простота процедуры; сокращение расходов на анестезиологическое и хирургическое обеспечение операции; уменьшение времени наркоза; улучшение качества жизни пациента.