

4. Tagliacozzo S. Surgical treatment of hydatid disease of the liver / S. Tagliacozzo, M. Miccini, S.A. Bonapasta [et al.] // American Journal of Surger. - 2011. - V. 201, №6. - P. 797-804.
5. Kanojia R.P. Laparoscopic port-in-cyst technique for retrieval of hepatic hydatid and review of other techniques used in literature / R. P. Kanojia // Journal of Pediatric Surgery. - 2012. - V. 47, №9. - P.1772-1774.
6. Cosgrove Catherine A. Tropical infections Liver abscess and hydatid disease / A. Catherine Cosgrove, T. Doherty // Medicine. - 2010. - V. 38, №1. - P.18-20.

Реферат

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНІ ОСЕРЕДКОВІ УТВОРЕННЯ ПЕЧІНКИ У ВІДДАЛЕННОМУ ПЕРІОДІ

Хацько В.В., Шаталов О.Д., Кузьменко О.Є., Базіян-Кухто Н.К., Карапиш В.А

Ключові слова: доброякісні осередкові утворення печінки, віддалені результати, якість життя.

Проаналізовано віддалені (через 1-10 років) результати хірургічного лікування 103 хворих з доброякісними осередковими утвореннями печінки. Жінок було 77(75%), чоловіків – 26(25%) у віці від 21 до 75 років. З них 51(49,5±4,9) особа була оперована раніше з приводу непаразитарної кисти, 33(32±4,5%) - абсцесу, 13 (12,7±3,2%) – гемангіоми, 6(5,8±2,3%) – ехінокока. Традиційних оперативних втручань було виконано 59, малоінвазивних – 44. Віддалені результати вивчали за допомогою загального опитувальника MOS SF -36 і спеціальної, розробленої нами анкети. У групу гарних віддалених результатів (45±3,4 балів) віднесені 43 (44,8%) респонденти. У групу задовільних віддалених результатів (85±4,3 балів) включені 33(34,4%) особи. У групу незадовільних віддалених результатів (135±3,1 балів) віднесені 20 (20,8%) пацієнтів. Гарні і задовільні результати спостерігались найчастіше в осіб, оперованих з використанням малоінвазивних технологій. Летальність у віддаленому періоді склала 7(6,7%) осіб від причин, не пов'язаних з основним захворюванням.

Summary

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH BENIGN LIVER FOCAL MASSES

Khatsko V.V., Shatalov A.D., Kuzmenko A.E., Baziyany-Kuhto N.K., Karapish V.A.

Key words: benign focal formations of the liver, long-term results, quality of life.

We have analyzed long-term (1-10 years) results of surgical treatment on 103 patients with benign liver focal masses. The study included 77 (75%) women and 26(25%) men aged 21 – 75 years. 51 (49,5±4,9%) patients were operated on for non-parasitic cysts, 33(32±4,5%) patients – for abscesses, 13(12,7±3,2%) patients – for hemangioma, and 6(5,8±2,3%) patients – for echinococcosis. 59 patients were subjected to conventional surgeries, and 44 patients underwent minimally invasive surgeries. The long-term results were studied by the questionnaire MOS SF-36 and questionnaire we specially designed. The group demonstrated positive long-term results (45±3,4 scores) was constituted with 43 (44,8%) respondents. The group of satisfactory long-term results (85±4,3 scores) included 33 (34,4%) persons. The group shown unsatisfactory long-term results (135±3,1 points) included 20 (20,8%) patients. The positive and satisfactory results were commonly observed in persons subjected to minimally invasive surgeries. There were 7 (6,7%) cases of lethal outcomes, which had no relation the underlying disease.

УДК: 616-002. 951. 21-072. 1: 615. 849.19

Четвериков С.Г., Закария Мохаммад Ахмад

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Одесский национальный медицинский университет.

Центр реконструктивной и восстановительной медицины

Реферат

Результаты работы основаны на анализе обследования и лечения 217 больных с эхинококкозом печени. У 53 больных (24,4%) выполнены лапароскопические эхинококкэктомии, у 94 (43,3%) - пункционное лечение паразитарных кист под контролем УЗИ и у 70 (32,3%) - традиционные лапаротомные эхинококкэктомии. Лапароскопическое удаление эхинококковых кист печени удалось у всех 53 пациентов. Средняя продолжительность операции составила 41,1±7,4 минуты (от 25 до 120 минут), продолжительность пребывания в стационаре составила 3,5±1,2 суток (от 2 до 9 суток). Летальность была нулевой. После лапаротомных эхинококкэктомий средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 12,3±4,2 койко-дня. Из 94 больных, которые были пролечены с использованием пункционного метода, хорошие результаты получены у 67 (71,3%). Все пациенты наблюдались на протяжении от 4 месяцев до 6 лет после операции. Рецидив эхинококкоза диагностирован у 14 больных (6,5%): у одного - после лапароскопической эхинококкэктомии (1,9%), 4 (5,7%) - после лапаротомной и 9 больных (9,6%) - после пункционного лечения.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, оперативные доступы, видеоэндоскопические операции.

Научная тема: "Разработка минимально инвазивных методов лечения заболеваний органов брюшной полости, грудной клетки, сосудистой патологии и эхинококкоза", госрегистрация №0104U010502.

Вступление

Эхинококкоз человека является серьезной медицинской и социальной проблемой Одесской области, где имеются эндемические очаги этого заболевания. В этом регионе ежегодно диагностируется до 120 новых случаев эхинококкоза [4, 5, 6].

Традиционно применяемые методы оперативного

лечения эхинококкоза печени травматичны, сопровождаются большим числом осложнений, частыми рецидивами, инвалидизацией пациентов в послеоперационном периоде. Использование новых малоинвазивных видеоэндоскопических и ультразвуковых технологий открывает новые перспективы в лечении этого паразитарного заболевания. Минимизация опера-

ционной травмы позволяет уменьшить количество осложнений, значительно облегчить течение послеоперационного периода, сократить время реабилитации и улучшить качество жизни больных с эхинококкозом [1, 2, 3, 7].

Решением этой проблемы занимаются специалисты в Одесском национальном медицинском университете, Киевском научно-исследовательском институте хирургии и трансплантологии АМН Украины, центре абдоминальной эндоскопической хирургии МЗ Российской Федерации (Москва), ведущих научных медицинских центрах Турции, Греции, Индии, Италии, Испании.

Цель работы

Определить принципы выбора метода оперативного лечения эхинококкоза печени и роль малоинвазивных видеоэндоскопических и ультразвуковых технологий.

Материалы и методы

Результаты работы основаны на анализе обследования и лечения 217 больных с эхинококкозом печени. Сочетанное поражение печени и легких было у 38 больных (17,5%), диссеминированный эхинококкоз с поражением двух и более органов - у 18 больных (8,3%).

Из 217 больных эхинококкозом печени поражение правой доли было у 126 больных (58,1%), левой доли - у 57 пациентов (26,3%), правой и левой - у 34 больных (15,7%). Одна паразитарная киста была у 118 больных (54,4%), две кисты - у 43 (19,8%), три кисты - у 35 (16,1%), четыре и более кисты - у 21 пациентов (9,7%). Осложненный эхинококкоз печени с печеночно-легочными коммуникациями диагностирован у 7 больных. Среди оперированных больных было 98 мужчин и 119 женщин в возрасте от 18 до 72 лет. Средний возраст пациентов составил $42,3 \pm 6,8$ лет.

Всем больным выполняли общеклинические обследования, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, 147 больным - компьютерную или магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

У 53 больных (24,4%) выполнены лапароскопические эхинококкэктомии, у 94 (43,3%) - пункционное лечение паразитарных кист под контролем УЗИ и у 70 (32,3%) - традиционные лапаротомные эхинококкэктомии.

Обработку остаточной полости после эхинококкэктомии производили 1% раствором бетадина (повидон-йода), который обладает выраженным бактерицидным и сколексоцидным действием, не раздражает брюшину и с меньшей частотой, чем при использовании других антисептиков, приводит к осложнениям. У 58 больных (26,7%) нами использованы оригинальные термические методики обработки стенок остаточной полости.

Пункция паразитарных кист под контролем УЗИ выполнена у 94 больных. Эта методика внедрена показала свою высокую эффективность при небольших интрапаренхиматозно расположенных и рецидивных паразитарных кистах. Применялась местная анестезия 2% раствором лидокаина. Использовались две основные методики лечения: пункционная аспирация и склерозирование небольших паразитарных кист и пункционное дренирование эхинококковых кист под контролем УЗИ. Для деструкции и склерозирования паразитарных кист использовался 96° этиловый

спирт. Последующее промывание дренажей, деструкция хитиновых оболочек и обеззараживание остаточной полости выполнялось с использованием раствора гипохлорида натрия или поливидон-йодида. Для выполнения склерозирования кист требовалось от одного до 3 вмешательства. Если после этого сохранялась остаточная полость, а также при первоначальном диаметре кист более 4 см выполняли их дренирование с использованием иглы 18G и дренажей от 16 до 22 Fg в диаметре. Длительность дренирования колебалась от 3 до 8 недель и зависела от размеров кист, их содержимого, состояния фиброзной капсулы и прилегающей печеночной паренхимы, а также возникших послеоперационных осложнений.

В послеоперационном периоде всем пациентам назначался вормил (альбендазол) по 10 мг/кг массы тела в сутки (в среднем по 1 таблетке, 400 мг дважды в день) на протяжении 4 недель. При рецидивном и диссеминированном эхинококкозе печени назначались от 2 до 4 месячных курсов.

Результаты и их обсуждение

Выполнение органосохраняющих операций при эхинококкозе печени сопровождается незначительной травматизацией ткани печени. Именно случаи, когда травматичность доступа превышает травматичность самого вмешательства на оперируемом органе, на наш взгляд, являются показанием к использованию малоинвазивных видеоэндоскопических технологий.

Во всех случаях гистологического исследования стенок паразитарных кист печени нами не выявлено эксцентричного роста паразита в толщу фиброзной капсулы и близлежащую паренхиму органа. Эта особенность инвазии *Echinococcus granulosus* в организме человека позволила нам отдать предпочтение органосохраняющему подходу к оперативному лечению эхинококкоза. Показаниями для резекции печени при эхинококкозе, по нашему мнению, являются лишь случаи множественного или тотального поражения левой доли печени, когда выполнялась левосторонняя латеральная сегментэктомия или лобэктомия, а также краевое поражение правой доли печени, когда рациональной является атипичная резекция печени. В некоторых случаях, при поверхностной локализации больших паразитарных кист, мы иссекали истонченные части стенки кисты с близлежащей печеночной паренхимой (частичная перицистэктомия).

Большинство органосохраняющих оперативных вмешательств на печени при эхинококкозе можно выполнить с использованием видеоэндоскопической техники. Основным условием для успешного выполнения этих вмешательств является поверхностная локализация кисты. Так, показаниями к лапароскопической эхинококкэктомии служили поверхностно расположенные паразитарные кисты по висцеральной или диафрагмальной поверхности печени, кисты левой доли печени. Для получения точного представления о топографии паразитарной кисты мы пользовались полипозиционным ультразвуковым исследованием или компьютерной томографией. В случаях, когда киста выходит на поверхность органа, ее визуализация во время операции не представляет проблем. В остальных случаях следует отказаться от лапароскопического доступа либо использовать интраоперационное ультразвуковое исследование.

Важное значение при выполнении лапароскопических операций имеет расположение троакаров. Так, в начале освоения методики мы использовали традиционное расположение троакаров: первый, диаметр

ром 10 мм вводили в окологрудищної області (для лапароскопа), другої і третій - в епігастральній області і в правому подребер'ї. Но при такому розташуванні троакаров доступними для лапароскопічного видалення являються лише кисти, розташовані в висцеральних частинах III, IV, V і VI сегментів печінки. При локалізації кист по діафрагмальній поверхності I, II і VIII сегментів їх візуалізація і маніпуляції по їх видаленню практично неможливі.

В останнє час ми використовуємо розташування троакаров індивідуальне в кожному конкретному випадку в залежності від локалізації і кількості паразитарних кист. Пневмоперитонеум накладаємо иглою Вереша в окологрудищної області. Перший 10 мм троакар для лапароскопа вводимо в правій подреберній області на відстані 3 - 5 см по напрямку до середньої лінії от найбільш близького до брюшної стінки ділянки кисти. Другої 10 - 12 мм троакар вводимо на 3 - 5 см нижче кисти. Через нього виробляємо видалення вмісту кисти з допомогою електроотсоса, обробку залишкової порожнини і її дренирування. При наявності двох кист вводимо додатково четвертий троакар в залежності від локалізації другої кисти. Таке розташування троакаров дозволяє видалити кисти майже всіх відділів печінки при умовах їх поверхневого розташування. Розташування третього і додаткових троакаров вибираємо з урахування використання цих точок для наступного дренирування залишкових порожнин.

Для більш зручного доступу до кісток діафрагмальної поверхності печінки ми пересікали круглу і серповидну зв'язки печінки, пацієнта переводили в фаулеровське положення. При цьому печінка під дією сили тяжіння опускається вниз, відкриваючи діафрагмальну поверхню.

Пункційне лікування паразитарних кист використовувалося при їх інтрапаренхіматозному розташуванні переважно в I, VII, VIII сегментах, діаметр до 5 см і при рецидивному ехінококкозі печінки. В цих випадках використання лапароскопічних операцій є технічно дуже складним, а застосування лапаротомного доступу - травматичним і неоправданим.

Лапароскопічне видалення ехінококкових кист печінки вдалося у всіх 53 пацієнтів. Середня тривалість операції склала 41,1±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±1,2 доби (від 2 до 9 діб). Летальність була нульовою. Після лапаротомних ехінококкэктомій середня тривалість перебування в стаціонарі склала 12,3±4,2 койко-дні.

Із 94 хворих, які були пролічені з використанням пункційного методу, хороші результати отримані у 67 (71,3%). Це були пацієнти з монокистозними молодими кістами розміром до 5 - 6 см. У 27 пацієнтів (28,7%) потрібувалися повторні пункційні втручання через неэф-

фективної роботи дренажу і виниклим внаслідок цього нагноєння залишкової порожнини. У частини хворих нагноєння залишкової порожнини виникає при порушенні правил антисептики при самостійному промиванні дренажу в амбулаторних умовах і ці випадки не можна відносити до недоліків методу. Пацієнти цієї групи мали або більші паразитарні кисти, або кисти старі і ускладнені кисти з дочірніми бульбашками і товстою фіброзною капсулою. У 6 пацієнтів (6,4%) через розвинутий ускладнений при пункційному дренируванні паразитарних кист (кровотеча в порожнину кисти або вільну брюшну порожнину, розвиток перитоніту, довготривало функціонуючий жовчний свищ) виконали лапаротомію і лікування ехінококкоза традиційним шляхом. У 12 пацієнтів в термін до 14 місяців при ультразвуковому контролі діагностовані залишкові порожнини неправильної форми до 5 см в діаметрі, які при відсутності клінічної симптоматики не вимагають ніякого втручання і хірургічної корекції.

Всі пацієнти спостерігалися нами на протязі від 4 місяців до 6 років після операції (в середньому, 18 місяців). Рецидив ехінококкоза печінки діагностовано у 14 хворих (6,5%): у одного - після лапароскопічного ехінококкэктомії (1,9%), 4 (5,7%) - після лапаротомної і 9 хворих (9,6%) - після пункційного лікування.

Висновки

Використання малоінвазивних відеоендоскопічних і пункційних методів лікування ехінококкоза печінки значно покращує результати лікування хворих. По мірі накоплення досвіду виконання цих операцій, для більшості хворих ехінококкозом лапароскопічне і пункційне лікування стануть оптимальними для виконання оперативного втручання.

Література

1. Грубнік В.В. Використання торакокопічних і лазерних операцій при ехінококкозі легких / В.В. Грубнік, С.Г. Четверіков, П.П. Шипулін, В.І. Байдан // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім.П.Л.Шуплика. - 2001. - Випуск 10, книга 4. - С. 152-157.
2. Грубнік В.В. Технічні аспекти виконання лапароскопічної ехінококкэктомії при лікуванні ехінококкозу печінки / В.В. Грубнік, С.Г. Четверіков, Н. Аль Сабрі // Шпитальна хірургія. - 2001. - №2. - С.33-36.
3. Кротов Н.Ф. Відеоторакокопічна ехінококкэктомія легкого / Н.Ф. Кротов, А.Э. Расулов, З.Ф. Шамаєв // Ендоскопічна хірургія. - 1999. - №1. - С.18-21.
4. Четверіков С.Г. Епідеміологія та медико-соціальні аспекти лікування ехінококкозу в Одеській області / С.Г. Четверіков // Матеріали науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю "Управління охороною здоров'я". - Львів, 2003. - С.59-61.
5. Dziri C. Hydatid disease - continuing serious public health problem: introduction / C. Dziri // World J Surg. - 2001. - V.25, №3. - P.1-3.
6. El-On J. Benzimidazole treatment of cystic echinococcosis / J. El-On // Acta Trop. - 2003. - V.85, №2. - P.243-252.
7. Gloor B. Role of laparoscopy in hepatic cyst surgery / B. Gloor, Q. Ly, D. Candinas // Dig Surg. - 2002. - V.19, №6. - P.494-499.

Реферат

ПРОБЛЕМИ ВИБОРУ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ

Четверіков С.Г., Закарія Мохаммад Ахмад

Ключові слова: ехінококкоз печінки, оперативні доступи, відеоендоскопічні операції.

Результати роботи засновані на аналізі обстеження та лікування 217 хворих на ехінококкоз печінки. У 53 хворих (24,4%) виконані лапароскопічні ехінококкэктомії, у 94 (43,3%) - пункційне лікування паразитарних кист під контролем УЗД і у 70 (32,3%) - традиційні лапаротомні ехінококкэктомії. Лапароскопічне видалення ехінококкових кист печінки вдалося у всіх 53 пацієнтів. Середня тривалість операції склала 41,1±7,4 хвилини (від 25 до 120 хв), тривалість перебування в стаціонарі склала 3,5±1,2 доби (від 2 до 9 діб). Летальність була нульовою. Після лапа-

ротомних ехінококкетомиї 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%). Всі пацієнти спостерігалися впродовж від 4 місяців до 6 років після операції. Рецидив ехінококозу діагностовано у 14 хворих (6,5%): у одного - після лапароскопічної ехінококкетомиї (1,9%), 4 (5,7%) - після лапаротомної і 9 хворих (9,6%) - після пункційного лікування.

Summary

VEXED QUESTIONS OF CHOOSING PROPER THERAPEUTIC MANAGEMENT FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS

Chetverikov S.G., Zakaria Mohammad Ahmad

Keywords: liver echinococcosis, operative access, video-endoscopic surgery.

The results of the study were based on the analysis of exam findings and treatment outcomes of 217 patients with liver echinococcosis. 53 patients (24.4%) underwent laparoscopic echinococcectomy, 94 (43.3%) were subjected to US-guided puncture treatment of parasitic cysts and 70 (32.3%) experienced conventional laparotomic echinococcectomy. Laparoscopic removal of hydrated cysts of the liver was performed on all 53 patients. Mean operative time made up $41,1 \pm 7,4$ min. (this time ranged from 25 – 120 min.), duration of hospital stay lasted $3,5 \pm 1,2$ days (from 2 to 9 days). There were no lethal outcomes. The term of average hospital staying after laparotomic echinococcectomy was $12,3 \pm 4,2$ days. Among 94 patients who were treated with the puncture, 67 (71.3%) persons showed positive results. All patients were followed up for 4 months to 6 years after surgery. The recurrence of echinococcosis was diagnosed in 14 patients (6.5%): one case occurred after laparoscopic echinococcectomy (1.9%), 4 (5.7%) cases developed after laparotomic surgery and 9 (9.6%) cases were reported after the puncture.

УДК 616.084+616-089+616.34-007.272

Чурпій І.К., Пиптюк О.В., Чурпій К.Л., Чурпій В.К.

ЛІКУВАННЯ ПАРЕЗУ КИШЕЧНИКА В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ ПЕРИТОНІТІ

Івано-Франківський національний медичний університет м. Івано-Франківськ

Кафедра хірургії стоматологічного факультету

В роботі висвітлені питання парезу кишечника - ранньої стимуляції, що є ефективним методом відновлення його роботи та зниження інтоксикації. Для стимуляції кишечника був використаний препарат "Бішофіт Полтавський", в поєднанні з електрофорезом як методу доставки останнього. Методика проведення електро-стимуляції кишечника препаратом "Бішофіт Полтавський" в поєднанні з електрофорезом є ефективним методом відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника та зниження ендогенної інтоксикації.

Ключові слова: перитоніт, парез кишечника, "Бішофіт Полтавський", лікування.

Вступ

Провідними ознаками перитоніту є синдром ендогенної інтоксикації, що приводить до пригнічення рухової функції кишки [1]. Одним із ведучих компонентів порушення мікроекології шлунково-кишкового тракту є стійкий і довготривалий парез кишечника, при якому виникають наступні зміни в біоценозі кишки: розмноження умовно патогенної флори [2], активізація гнильних і бродильних процесів, посилення парезу та гіпоксії кишки та порушення моторно-евакуаторної функції. Перераховані вище процеси призводять до надлишкового утворення високотоксичних речовин [3], аутоінтоксикації та поліорганної недостатності [4].

Мета дослідження

Покращити методи лікування парезу кишечника в післяопераційному періоді у хворих з перитонітом.

Матеріали та методи

Під спостереженням знаходилось 135 хворих які були прооперовані з перитоніту різної етіології. Причиною виникнення перитоніту у 49 (36,3%) хворих був гострий деструктивний апендицит, у 16 (11,8%) – перфорація виразки шлунку та 12-палої кишки, у 16 – (11,8%) деструктивний холецистит, у 7 (5,2%) – гостра кишкова непрохідність, защемлена грижа у 8 (5,9%) пацієнтів, рак товстого кишечника склав - 14 (10,4%). Відкриті та закриті травми порожнистих органів черевної порожнини – у 4 (3%), інші – 21 (15,6%).

Результати та їх обговорення

Характер ексудату у хворих досліджуваних групах був таким: серозний – 8, серозно-фібринозний – 66, гнійно-фібринозний – 35, геморагічний – 7, жовчевий – 4, каловий – 12, гнійний – 3.

Серед хворих чоловіків було 72, жінок – 63, вік пацієнтів коливався від 18 до 90 років.

При аналізі супутньої патології на першому місці за частотою є захворювання серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця – 51 (37,8%), гіпертонічна хвороба – 37 (27,4%), порушення серцевого ритму – 14 (10,4%), варикозне розширення вен н/кінцівок – 70 (51,8%)), ендокринної системи (ожиріння – 18 (13,3%), цукровий діабет – 5 (3,7%)), злукова хвороба очередини – 29 (21,5%).

Перед проведенням оперативного втручання хворим проводили передопераційну підготовку: інфузійну терапію з метою зменшення інтоксикації, корекцію водно-електролітного балансу, усунення гіповолемії. Для зменшення інтоксикації та декомпресії ШКТ вводили назогастральний зонд, проводили промивання шлунка, очисні та сифонні клізми.

Всі операції виконували під ендотрахеальним комбінованим наркозом. В післяопераційному періоді спостерігали парез кишечника у всіх хворих. Тривалість парезу залежала від об'єму оперативного втручання.

Діагностика післяопераційного періоду базувалась на скаргах хворого, об'єктивних та інструментальних методах обстеження. Клінічна картина характеризувалася в здуттям живота, посиленням болю в ділянці