

## რეზიუმე

საზარდულის თიაქარის მკურნალობის დროს გამოყენებული ტრანსაბდომინური პრეპერიტონეული და ტოტალური ექტრაპერიტონეული ჰერნიოპლასტიკის შედარებითი ანალიზი

დ. კრიკუნოვი, ვ. აკიმოვი, ვ. თოიძე, მ. ჭურდულია, ლ. დვალაძე

ლ. სოკოლოვის სახ. №122 კლინიკური საავადმყოფო, ფედერალური მედიკო-ბიოლოგიური სააგენტო, სანქტ-პეტერბურგი; ი. მეჩნიკოვის სახ. ჩრდილო-დასავლეთის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, ნ. მონასტირსკის სახ. ქირურგიის კათედრა, რუსეთის ჯანდაცვის სამინისტრო

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა საზარდულის თიაქარის მქონე პაციენტების მკურნალობის შედეგების გაუმჯობესება ლაპაროსკოპული ჰერნიოპლასტიკის დროს ბადისებრი იმპლანტის წებოვანი ფიქსაციის მეთოდის გამოყენებით. 2014-2016 წწ. ნ. მონასტირსკის სახ. ქირურგიის კათედრისა და ლ. სოკოლოვის სახ. №122 კლინიკური საავადმყოფოს ბაზაზე 96 პაციენტს გაუკეთდა ჰერნიოპლასტიკა. ავადმყოფები დაყოფილი იყო 3 ჯგუფად: I ჯგუფი - 36 პაციენტი, რომლებსაც ჩაუტარდა ლაპაროსკოპული ტრანს-

აბდომინური პრეპერიტონეული (TAPP) ჰერნიოპლასტიკა სათესლე ბაგირაკის ქვეშ ბადისებრი იმპლანტის მიტანის გარეშე და მისი ფიქსაციით „B-Braun“ ციანაკრილის წებოთი, ვიკრილის 2/0 ძაფით იმპლანტის ზევით, პერიტონეუმის დეფექტის დახურვით. II ჯგუფი შედგებოდა 34 პაციენტისგან, რომლებსაც ასევე ჩაუტარდათ ლაპაროსკოპული TAPP, ბადისებრი იმპლანტის გამოჭრის გარეშე და მისი ტიტანის კავებით ფიქსაცია პერიფერიაზე, შემდგომ პერიტონეუმის დეფექტის დახურვით ტიტანის კავებით. III ჯგუფს შეადგენდა 26 პაციენტი, რომლებსაც ჩაუტარდა ტოტალური ექტრაპერიტონეული ლაპაროსკოპული ჰერნიოპლასტიკა ბადისებრი იმპლანტის ფიქსაციის გარეშე. ყველა პაციენტი იყო მამრობითი სქესის.

ჩატარდა ოპერაციული ჩარევის ხანგრძლივობის, ავადმყოფთა ცხოვრების ხარისხის, გართულებების რიცხვისა და ადრეულ პოსტოპერაციულ პერიოდში აბდომინური ტკივილის დონის კომპლექსური ანალიზი.

ლაპაროსკოპული ტრანსაბდომინური პრეპერიტონეული ჰერნიოპლასტიკა ბადისებრი იმპლანტის წებოვანი კომპოზიციის გამოყენებასთან ერთად მნიშვნელოვნად აუმჯობესებს პაციენტების ცხოვრების ხარისხს პოსტოპერაციულ პერიოდში, ხელს უწყობს საავადმყოფოდან ნაადრევ გაწერას და სწრაფ აღდგენას.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Бугридзе З.Д., Грубник Виктор В., Гиуашвили Ш.Т.

*Одесский национальный медицинский университет, Украина*

Эхинококкоз – паразитарное заболевание эндемического характера, весьма широко распространенное в регионах Средней Азии, Азербайджане, Грузии, Молдавии, Крыму, на юге Одесской области. Наиболее часто поражаемым органом при эхинококкозе является печень. Несмотря на то, что эхинококкоз печени является доброкачественным заболеванием, при несвоевременном и неадекватном лечении поражаются многие органы, в том числе легкие, органы брюшной полости, почки, мозг и глазные яблоки; заболевание приобретает злокачественное течение и может привести к смерти больного. Медикаментозная терапия эхинококкоза печени малоэффективна. До настоящего времени основным и самым действенным методом лечения остается оперативное вмешательство [2,6,12]. В

последние годы появились сообщения о возможности применения лапароскопических вмешательств при эхинококкозе печени [5,12,13,17].

Первое сообщение о лапароскопическом лечении эхинококкоза получено от американского хирурга N. Katkhouda [9], который выполнил лапароскопическую лазерную резекцию печени у больной эхинококкозом. Хирурги из Бейрута G. Khoury и T. Geagea в 1994 г. произвели первую лапароскопическую консервативную эхинококкэктомию с пломбированием остаточной полости большим сальником [цит. по 10]. Ряд авторов показали возможность использования лапароскопических вмешательств при хирургическом лечении эхинококкоза печени [3,5,7,12,15]. В то же время высказывается мнение, что лапароскопический метод может приводить к диссеминации сколексов и

распространению эхинококкоза по всей брюшной полости [8]. Большинство хирургов по сей день убеждены, что более безопасным является лапаротомный метод лечения эхинококкоза печени [4,16].

Одесская область является эндемической по распространению эхинококкоза в Украине. В Одесской областной клинической больнице накоплен весьма большой клинический материал по лечению эхинококкоза печени и легких, насчитывающий более 1000 пациентов.

Лапароскопические операции при лечении эхинококкоза печени в Одесской областной клинической больнице выполняются с 1999 г.

Целью настоящего исследования явилась сравнительная оценка эффективности лапароскопических вмешательств при эхинококкозе печени.

**Материал и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения эхинококкоза печени за период с 2003 по 2013 гг. За это время прооперировано 348 больных эхинококкозом печени. У 283 пациентов выполнены лапароскопические вмешательства, у 65 – открытые лапаротомные операции. Возраст больных составил 18-72 лет, средний возраст -  $42,3 \pm 7,9$  лет. Среди оперированных преобладали женщины - 214 (61,5%), мужчин было 134 (38,5%). Основным методом диагностики было ультразвуковое исследование брюшной полости. 136 (39%) пациентам дополнительно проводили КТ или МРТ исследование. Единичные эхинококковые кисты выявлены у 218 (62,6%) больных, у остальных 130 (37,4%) пациентов имелись множественные кисты. Поражение правой доли печени выявлено у 242 (69,5%) больных, левой доли печени – у 78 (22,5%), обеих долей – у 28 (8%) пациентов. У 6 пациентов выявлены эхинококковые кисты селезенки, у 14 больных имелись рецидивные кисты с обсеменением всей брюшной полости.

Лапаротомные операции проводились больным, у которых отмечалось нагноение эхинококковых кист печени, имелись рецидивные эхинококковые кисты в печени либо всей брюшной полости, а также признаки попадания сколексов в желчные протоки с возникновением механической желтухи.

Открытые операции выполняли, как правило, через срединную лапаротомию, реже использовали косой разрез в правом подреберье. В брюшную полость вводились салфетки, смоченные гипертоническим раствором или 10% бетацином. Вначале эхинококковые кисты пунктировали, для обеззараживания в просвет кисты вводили 2-5% бетацин на 5-10 минут, затем содержимое кисты эвакуировали отсосом. У большинства больных производили консервативную эхинококкэктомию – удаляли хитиновые оболочки паразита и все дочерние кисты, производили частичную перицистэктомию, тщательно обрабатывали остаточную полость кисты с последующим наружным дренированием. Радикальную цистэктомию выполнили у

10 больных при локализации кист в правых долях печени, удаление левой доли печени с эхинококковыми кистами проведено 8 больным.

Лапароскопические вмешательства выполняли через 3 или 4 троакара. Как правило, вводили два троакара диаметром 10 мм и один или два - диаметром 5 мм. Первым этапом накладывали пневмоперитонеум иглой Вереща и в околопупочную область вводили первый 10 мм троакар. Через этот порт вводили лапароскоп со скошенной под углом  $30^{\circ}$  оптикой и осматривали брюшную полость. Паразитарная киста обычно имела белесовато-серый цвет, несколько выступала над поверхностью окружающей печеночной паренхимы. При пальпаторном обследовании с помощью инструмента в центре кисты определялось размягчение. Вокруг длительно существующих, поверхностно расположенных паразитарных кист наблюдался спаечный процесс различной интенсивности. При локализации кисты на диафрагмальной поверхности печени приходилось выполнять рассечение фиброзных тяжей между стенкой паразитарной кисты и диафрагмальной. Дополнительные троакары вводили под лапароскопическим контролем в точке, которая непосредственно находится над кистой (троакар диаметром 10 или 12 мм) и по передней подмышечной линии (троакар диаметром 5 мм).

При наличии нескольких паразитарных кист вводили дополнительные троакары диаметром 5 мм, через которые выполняли манипуляции и последующее дренирование остаточных полостей. При локализации паразитарных кист в VII или VIII сегментах для улучшения их визуализации дополнительно выполняли мобилизацию печени путем пересечения круглой связки и частичного пересечения серповидной связки печени.

После мобилизации печени в брюшную полость вводили турунды, смоченные 10% раствором бетацина, которыми обкладывали зону вокруг кисты. Вводили 20-30 мл 10% раствора бетацина в поддиафрагмальное и подпеченочное пространство. Следующий этап операции – пункция кисты специальной иглой, которая вводилась через троакар и плотно прилегала к стенке кисты, не позволяя ее содержимому изливаться в брюшную полость. Через иглу производили аспирацию содержимого кисты, а затем, не вынимая иглу, в ее полость вводили 2-5% раствор бетацина. После 5-минутной экспозиции осуществляли полную аспирацию содержимого кисты. На следующем этапе стенку кисты вскрывали с помощью ножниц или электрокоагуляционного крючка и в просвет кисты вводили толстую 12 мм металлическую трубку, подсоединенную к электроотсосу. Торец трубки был скошен под углом в  $30^{\circ}$ , что позволяет увеличить площадь отверстия и повысить эффективность эвакуации хитиновых оболочек; при создании отрицательного давления в системе до 1 атм. наступает фрагментация хитиновых оболочек и их полное удаление.

Значимым фактором предупреждения подтекания содержимого паразитарной кисты в брюшную полость является правильный выбор расположения троакара, через который вводится электроотсос и выполняется дренирование остаточной полости. Он должен быть расположен в максимальной близости от кисты.

На следующем этапе выполняли частичную перцистэктомию - иссекали с помощью электроножниц стенку паренхиматозной кисты вплоть до печеночной паренхимы. Возникающее при этом кровотечение легко контролируется с помощью моно- или биполярной коагуляции.

Значимым этапом лапароскопической эхинококэктомии является ревизия остаточной полости. Для этого в полость кисты вводили лапароскоп. Сложная оптика позволяет обследовать практически всю поверхность фиброзной капсулы. Контролировались полнота удаления хитиновой оболочки паразита и эхинококковых сколексов.

В остаточную полость открываются желчные свищи. При выявлении перфорантных желчных протоков диаметром 0,5-2 мм выполняли их коагуляцию с помощью шаровидного электрода либо использовали лазерную коагуляцию волокном световода в контактном режиме с использованием неодимового АИГ-лазера при исходной мощности излучения 20-30 Вт.

Стенки фиброзной капсулы обрабатывали раствором бетадина, а затем производили термическую обработку фиброзной капсулы, используя аргоноплазменный коагулятор либо контактную коагуляцию электродом.

Операцию заканчивали дренированием остаточной полости для предотвращения накопления экссудата и ее санации в послеоперационном периоде.

После операции, с целью профилактики возникновения рецидивов эхинококкоза, больным на протяжении 4 недель назначали антигельминтные препараты (мебендазол, альбендазол). Контрольное обследование больных производили спустя 1, 3, 6, 12 месяцев, а затем 1 раз в год.

**Результаты и их обсуждение.** Лапароскопические операции выполнены у 283 больных, среди них 154 женщины и 129 мужчин. Средний возраст больных, у которых выполнялись лапароскопические вмешательства, составил  $37,5 \pm 7,8$  лет. У 42 больных были множественные кисты в обеих долях печени.

Поражение II-III сегментов печени выявлено у 32 пациентов, V-VI сегментов – у 97, VII-VIII сегментов – у 112 больных. Размеры эхинококковых кист менее 5 см были у 72 больных, от 5 до 10 см – у 167, от 10 до 16 см - у 44.

Частичная (консервативная) цистэктомия выполнена у 249 (88%) пациентов, радикальное удаление эхинококковых кист с резекцией печени произведено у 34 (12%) пациентов. Из них частичная резекция левой доли печени произведена у 22 больных, иссечение

кист в области VI сегмента выполнено у 12 больных. У 3 (1%) больных произведена конверсия, обусловленная тем, что паразитарные кисты локализовались внутри паренхимы печени и при лапароскопическом осмотре поверхности печени их невозможно было точно локализовать. При лапаротомии использовали ультразвуковой датчик, под контролем которого были вскрыты паразитарные кисты. Длительность лапароскопических вмешательств составила от 28 до 136 минут, в среднем  $52 \pm 14$  минут.

Средняя интраоперационная кровопотеря составила  $112 \pm 25,7$  мл. Летальных исходов не отмечено. У 61 (21,6%) пациента во время операции выявлены цистобилиарные фистулы. Видимые желчные протоки, открывающиеся в просвет кисты, были тщательно коагулированы и, тем не менее, у 27 (9,5%) пациентов наблюдалось подтекание желчи по дренажам. У 5 из них отмечено интенсивное желчеистечение до 500-800 мл в сутки. Этим больным в послеоперационном периоде выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография с папиллотомией и установкой эндобилиарного стента, после чего желчеистечение прекратилось. У остальных пациентов желчеистечение самостоятельно прекратилось в течение 7-12 суток.

Нагноение остаточной кисты наблюдалось у 21 (7,4%) пациента. Причиной нагноения остаточных кист была плохая функция установленных дренажей. При установке простых дренажей, они, как правило, смещались из просвета остаточной полости в брюшную полость, поэтому остаточная полость кисты плохо дренировалась.

Учитывая вышеизложенное, в последнее время устанавливались специальные дренажи с изогнутым концом типа «pigtail» либо дренажи в виде «ракеты», позволяющие адекватно промывать и санировать остаточную полость кисты. При нагноении остаточных полостей последние дренировались дополнительно под контролем УЗИ, что позволило избежать повторных оперативных вмешательств.

При лапароскопических вмешательствах больные на вторые сутки после операции начинали ходить и принимать пищу. Из стационара больные выписывались спустя 2-13 суток после операции, средний койко-день составил  $5,6 \pm 2,3$  дня.

Все больные выписывались на амбулаторное лечение с дренажами. Последние удалялись на 10-20 сутки после операции. Перед удалением дренажей осуществлялся УЗИ контроль. У 2 больных была отмечена аллергическая реакция на раствор бетадина. Им были назначены антигистаминные препараты и глюкокортикоиды.

Отдаленные результаты прослежены у 226 (79,8%) больных в сроки от 6 месяцев до 7 лет. Рецидив эхинококкоза выявлен у 7 (2,5%) пациентов. Причинами рецидивов были, по-видимому, технические дефекты проведенной операции, недостаточно тщательная об-

работка остаточной полости кисты, а также подтекание содержимого кисты при пункции. Обсеменения брюшной полости ни в одном случае не отмечено. При обнаружении рецидивов эхинококкоза печени у 3 больных выполнены повторные лапароскопические вмешательства, у 4 – открытые операции.

Сравнение результатов лапароскопических вмешательств с открытыми лапаротомными операциями выявило их преимущество. При открытых операциях кровопотеря была в 36 раз выше и составила  $387 \pm 76,9$  мл ( $p < 0,05$ ). Продолжительность лапаротомных операций была почти в 2 раза больше –  $92,7 \pm 7,3$  минут ( $p < 0,05$ ). Продолжительность болевого синдрома составила  $4,7 \pm 0,9$  суток, в то время как при лапароскопических операциях обезболивание требовалось только в течение первых суток после вмешательства. Частота нагноений остаточной полости после лапаротомных операций была в 2 раза выше (14%), чем после лапароскопических вмешательств ( $p < 0,05$ ). Средняя длительность пребывания в стационаре после лапаротомных операций составила  $14,4 \pm 2,1$  дня и была достоверно больше, чем после лапароскопических вмешательств ( $p < 0,05$ ).

Частота послеоперационных осложнений была достоверно больше после лапаротомных операций и обусловлена достаточно частым нагноением послеоперационных ран. Оказалось, что частота рецидивов эхинококкоза после лапаротомных операций была не ниже, а даже выше, чем после лапароскопических вмешательств и составила 8,5%.

Необходимо отметить, что группы больных с лапаротомными и лапароскопическими операциями были не совсем сопоставимы. У больных, которым выполнялись лапаротомные операции, было более тяжелое течение заболевания. Но тем не менее нами отчетливо показано, что лапароскопические операции имеют целый ряд существенных преимуществ: меньшую травматичность, меньшее число осложнений, более быструю реабилитацию больных и прекрасный косметический эффект.

К таким же выводам пришли румынские хирурги [17], которые отметили высокую эффективность методики. Опасения хирургов из Туниса [8], которые получили большое число рецидивов после лапароскопических операций, не совсем оправданы и не подтверждаются нашими наблюдениями.

Высокий процент рецидивов наблюдений хирургами из Туниса, 19%, обусловлен, по-видимому, особенностями их хирургической техники.

По данным мировой литературы частота рецидивов после лапаротомных операций по поводу эхинококкоза печени составляет, в среднем, 10% [1,11,13,14,16].

В наших исследованиях частота рецидивов в отдаленные сроки после лапаротомных операций была практически такой же – 8,5%, а после лапароскопических вмешательств составила всего 2,5%.

Полученный результат достигнут благодаря усо-

вершенствованию техники и методики выполнения лапароскопических операций.

**Выводы.** Таким образом, при неосложненном эхинококкозе печени лапароскопические операции следует рассматривать как операции выбора. При правильном выполнении лапароскопические вмешательства позволяют добиться хороших результатов, с небольшим количеством осложнений и рецидивов и прекрасным косметическим результатом. По радикальности они не уступают открытым лапаротомным вмешательствам.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Abdelaal AM, Dabbousdi H. Hydatid disease of the liver: laparoscopic approach, initial result in Egypt. *J Egypt Soc Parasitol.* 2014; 44(3): 619-25.
2. Aghayev RM. Liver Echinococcosis complicated with Lesions of Bile Ducts in Azerbaijan. *Euroasian J Hepatogastroenterol.* 2016; 6(2):125-130.
3. Ahumada V, Moraga F, Rada G. Laparoscopy or open surgery for the treatment of hydatid cyst? *Medwave* 2016; 1:e6385.
4. Akbulut S, Senol A, Sezgin A, Cakabay B, Dursun M, Satici O. Radical vs conservative surgery for hydatid liver cysts. Experience from single center. *World J Gastroenterol.* 2010; 16:953–959.
5. Chopra N, Gupta V, Rahul, Kumar S, Joshi P, Chandra A. Liver hydatid cyst with cystobiliary communication: Laparoscopic surgery remains an effective option. *J Minim Access Surg.* 2017; doi:10.4103.
6. Cirenei A, Bertoldi I. Evolution of surgery for liver hydatidosis from 1950 to today: analysis of personal experience. *World J Surg.* 2001; 25:87–92.
7. Emel'ianov SI, Khamidov MA, Fedenko VV. Video endoscopy of the residual cavity in hydatidectomy of the liver. *Vestn Khir Im I I Grek* 2000; 159:81–2.
8. Jerraya H, Khalfallah M, Osman S Ben, Nouira R, Dziri C. Predictive factors of recurrence after surgical treatment for liver hydatid cyst. *Surg Endosc.* 2015; 29:86–93.
9. Katkhouda N, Hurwitz M, Gugenheim J, Waldrep DJ, Rivera RT, Chandra M, Campos GM, Offerman S, Trussler A, Fabiani P, Mouiel J. Laparoscopic management of benign solid and cystic lesions of the liver. *Ann Surg.* 1999; 229:460–6.
10. Khoury G, Abiad F, Geagea T, Nabout G, Jabbour S. Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver and spleen. *Surg Endosc.* 2000; 14:243–5.
11. Li H, Shao Y, Aji T, Zhang J, Kashif K, Ma Q, Ran B, Wen H. Laparoscopic approach for total cystectomy in treating hepatic cystic echinococcosis. *Parasite.* 2014; 21:65.
12. Manterola C, Fernández O, Muñoz S, Vial M, Losada H, Carrasco R et al. Laparoscopic pericystectomy for liver hydatid cysts. *Surg Endosc.* 2002; 16:521–524.
13. Musayev GK, Fatyanova AS, Levkin VV. Principles and modern trends in liver echinococcosis treatment. *Khirurgia (Mosk).* 2017; 12:90-94.
14. Nychytailo Mlu, Lytvinenko OM, Moshkivskyi Hlu, Zahrichuk MS, Buluk II, Homan AV, Stokolos AV, Prysiazhniuk VV. Classification, differentiated and topic diagnosis, and treatment of hepatic cystic lesions. *Klin. Khir.* 2014; 9: 5-9.
15. Seven R, Berber E, Mercan S, Eminoglu L, Budak D. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid disease. *Surgery* 2002; 128:36–40.



16. Sielaff TD, Taylor B, Langer B. Recurrence of hydatid disease. *World J Surg.* 2001; 25:83–86.  
17. Zaharie F, Bartos D, Mocan L, Zaharie R, Iancu C, Tomus

C. Open or laparoscopic treatment for hydatid disease of the liver? A 10-year single-institution experience. *Surg Endosc* 2013; 27:2110–2116.

## SUMMARY

### LIVER CYSTIC ECHINOCOCCOSIS LAPAROSCOPIC TREATMENT EFFECTIVENESS

**Grubnik V., Iliashenko V., Bugridze Z.,  
Grubnik Viqtor, Giuashvili Sh.**

*Odessa National Medical University, Ukraine*

The main goal of the research was to study echinococcosis liver cyst laparoscopic treatment's effectiveness. The retrospective analysis of liver echinococcosis cyst surgical treatment in the period from 2003 to 2013 years was conducted. 348 patients underwent surgical treatment, among them 283 patients - laparoscopic procedure, 65 – open surgery. Medial age was 42,3±7,9 years. Female - 214, male - 134. 249 patients underwent laparoscopic partial (conservative) cystectomy, 34 - laparoscopic radical cystectomy with liver resection, 3 (1%) – conversion. 47 patients underwent partial (conservative) cystectomy using open approach. 18 – radical cystectomy using either typical or atypical hemihepatectomy. A long term analysis of 226 (79,8%) patients in a period from 6 month to 7 years was conducted. Comparison of the results revealed the advantage of laparoscopic operations. It was manifested in less blood loss, duration of the procedure, pain syndrome, and a smaller number of bed-days.

Infections of the residual cavity after open surgery were twice as much comparing to ones after laparoscopic surgery. Complications after open surgery were significantly higher than after laparoscopic procedures due to postoperative wound infections. After open surgery frequency of echinococcosis recurrence was higher than after laparoscopic one (8,5% vs 2,5%) ( $p<0,05$ ).

Nowadays it is possible to say that treatment of choice of noncomplicated liver echinococcal cysts is laparoscopic one. Correctly made laparoscopical procedure has a good long term results, few postoperative complications, less frequent recurrences and the excellent cosmetic effect. From the principles of radical surgical treatment's point of view laparoscopic approach is the same as an open surgery.

**Keywords:** liver cystic echinococcosis, laparoscopic technique effectiveness.

## РЕЗЮМЕ

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

**Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Бугридзе З.Д., Грубник Виктор В., Гиуашвили Ш.Т.**

*Одесский национальный медицинский университет, Украина*

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности лапароскопических вмешательств при эхинококкозе печени. Проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения эхинококкоза печени за период с 2003 по 2013 гг. Прооперировано 348 больных эхинококкозом печени: 283 пациентов - лапароскопические вмешательства, 65 – открытые лапаротомные операции. Средний возраст - 42,3±7,9 лет. Женщин было 214, мужчин – 134. У 249 пациентов выполнена лапароскопическая частичная (консервативная) цистэктомия, у 34 - радикальное удаление эхинококковых кист с резекцией печени, у 3 – конверсия. У 47 пациентов произведена открытая частичная (консервативная) цистэктомия, у 18 - радикальная цистэктомия с типичной и атипичной резекцией печени. Отдаленные результаты прослежены у 226 (79,8%) больных в сроки от 6 месяцев до 7 лет. Сравнение результатов выявило преимущество лапароскопических

операций, что проявлялось в меньшей кровопотере, продолжительности операций и болевого синдрома, в меньшем количестве койко-дней. Частота нагноений остаточной полости после лапаротомных операций была в 2 раза выше, чем после лапароскопических вмешательств ( $p<0,05$ ). Частота послеоперационных осложнений была достоверно больше после лапаротомных операций и обусловлена достаточно частым нагноением послеоперационных ран. Оказалось, что частота рецидивов эхинококкоза после лапаротомных операций была выше, чем после лапароскопических вмешательств (8,5% vs 2,5%) ( $p<0,05$ ). Таким образом, в настоящее время можно считать, что у больных с несложным эхинококкозом печени лапароскопические операции могут рассматриваться, как операции выбора. При правильном выполнении лапароскопические вмешательства позволяют добиться хороших результатов, с небольшим количеством осложнений и

рецидивов и прекрасным косметическим результатом. По радикальности они не уступают открытым лапаротомным вмешательствам.

### რეზიუმე

ღვიძლის ექინოკოკოზის ლაპაროსკოპიული მკურნალობის ეფექტურობა

ვ. გრუზნიკი, ვ. ილიაშენკო, ზ. ბულრიძე, ვიქტორ გრუზნიკი, შ. გიუაშვილი

ოდესის ნაციონალური სამედიცინო უნივერსიტეტი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ღვიძლის ექინოკოკოზის დროს ლაპაროსკოპიული ოპერაციების ეფექტურობის შეფასება. ჩატარებულია ღვიძლის ექინოკოკოზის ქირურგიული მკურნალობის რეტროსპექტული კვლევა 2003-2013 წწ. ოპერაცია ჩატარდა 348 პაციენტს, საშუალო ასაკი - 42,3±7,9 წელი, ქალი - 214, მამაკაცი - 134. ლაპაროსკოპიული ნაწილობრივი (კონსერვატიული) ცისტექტომია ჩატარდა 249 პაციენტს, ლაპაროსკოპიული მიდგომით ექინოკოკური კისტის რადიკალური ამოკვეთა ღვიძლის რეზექციით - 34, კონვერსია - 3 პაციენტს. 47 პაციენტს ჩატარდა ლაპაროტომიული მიდგომით ნაწილობრივი (კონსერვატიული) ცისტექტომია,

18 - ლაპაროტომია, რადიკალური ცისტექტომია ღვიძლის რეზექციით ან მის გარეშე. შორეული შედეგები შესწავლილია 226 პაციენტთან, 6 თვიდან 7 წლამდე პერიოდში. შორეული შედეგების შეფასების დროს გამოვლინდა ლაპაროსკოპიული ჩარევების უპირატესობა, რაც გამოიხატა სისხლის ნაკლები დანაკარგით, ოპერაციების დატვირთვის სინდრომის ნაკლები ხანგრძლივობით, შემცირებული საწოლ-დღეებით. ნარჩენი ღრუს დაჩირქება ლაპაროტომიული ჩარევის შედგომ იყო 2-ჯერ მეტი, ვიდრე ლაპაროსკოპიულია. ლაპაროტომიული ოპერაციების შემდგომი გართულებების სიხშირე შესამჩნევად მაღალი იყო, რაც განპირობებულია ოპერაციის შემდგომი ჭრილობების დაჩირქებით. აღმოჩნდა რომ, ექინოკოკოზის რეციდივის სიხშირე ღია წესით ოპერაციის შემთხვევაში იყო უფრო მაღალი, ვიდრე ლაპაროსკოპიულის (8,5% vs 2,5%) (p<0,05). კვლევის შედეგების მონაცემებზე დაყრდნობით, ავტორებს გამოტანილი აქვთ დასკვნა, რომ ღვიძლის გაურთულებელი ექინოკოკური კისტის შემთხვევაში ლაპაროსკოპიული მიდგომით ოპერაციული მკურნალობა არჩევის მეთოდია. სწორად წარმოებული ლაპაროსკოპიული ოპერაცია იძლევა კარგ შორეულ შედეგებს, ახასიათებს მცირეოდენი პოსტოპერაციული გართულებები, ნაკლები რეციდივი და საუკეთესო კოსმეტიკური ეფექტი რადიკალურობის პრინციპის გათვალისწინებით.

## ЭНДОТЕЛИАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ РАКЕ ПЕЧЕНИ И ЕЁ ВЛИЯНИЕ НА КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Олжаев С.Т.

*Государственное коммунальное предприятие на праве хозяйственного ведения «Алматинский региональный онкологический диспансер», Республика Казахстан*

Рак печени – одна из наиболее тяжелых форм злокачественных новообразований соматической локализации, характеризующаяся, в частности сложностью хирургической анатомии и высокой частотой запущенных форм заболевания [18]. Хирургическое вмешательство является основным способом радикального лечения при данной локализации рака [10].

Состояние макроорганизма определяет результативность оперативного лечения не только при злокачественных новообразованиях, но и в общей хирургической практике. При раке печени большой объем, продолжительность и травматичность вмешательства предопределяют особые требования к

подготовке пациентов, осуществлению коррекции нарушений гомеостаза и послеоперационному ведению [16].

Состояние сосудистого эндотелия является одним из ведущих системных параметров организма. Нарушения морфологической структуры и функции эндотелия приводят к дезорганизации системного и локального кровообращения, иммунной дисфункции, нарушению в системе гемостаза. Все эти аспекты весьма значимы в онкологической практике и особенно в онкохирургии [15].

Формирование системного воспалительного ответа непосредственно связывают с эндотелиальной дисфункцией, а послеоперационного иммунодефицита