

УДК 616.3+616:576.8+616-089+617.5.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ

С.Г. ЧЕТВЕРИКОВ, В.Ю. ВОДОДЮК

Клініка Одеського державного медичного університету,
Одеська обласна клінічна лікарня

Prevention of complications at laparoscopic treatment of hepatic echinococcosis

S.H. CHETVERIKOV, V.YU. VODODIUK

Clinics of Odessa State Medical University
Odessa State Clinical Hospital

Проаналізовано результати лікування 217 пацієнтів, хворих на ехінококоз печінки. 43 хворим виконано лапароскопічну ехінококектомію. Інтраопераційні ускладнення спостерігалися нами у 9 пацієнтів (17,0%). Всі вони були усунені з лапароскопічного доступу. Післяопераційні ускладнення (нагноєння залишкової порожнини) діагностовано у 3 хворих (5,7%). Більшість випадків ускладнень можна попередити ретельним відбором пацієнтів до лапароскопічного оперативного втручання та чітким виконанням всіх його етапів. Випадки нагноєння залишкової порожнини після ехінококектомії можна успішно лікувати пункційним дренажуванням залишкової порожнини під контролем УЗД.

Results of examination and treatment of 217 patients with liver echinococcosis are analyzed. 43 patients were operated by laparoscopic technique. Intraoperative complications were observed in 9 patients (17,0 %). All of these complications were treated laparoscopically. Postoperative complications (pyeosis of residual cavity) were revealed in 3 (5,7 %) patients. Most of the cases of complications can be prevented if the proper operation is implemented. The cases of pyeosis of the residual cavity can be successfully treated by percutaneous puncture method under ultrasound control.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Лікування ехінококозу печінки є остаточно невирішеною проблемою сучасної хірургії. Це захворювання дуже поширене на території півдня України, особливо в Одеській області. Щорічно нами виявляється від 100 до 130 нових випадків захворювання на ехінококоз. Близько 70% хворих на ехінококоз мають печінкову локалізацію паразита. Єдиним ефективним методом лікування ехінококозу печінки до цього часу є оперативний.

Розроблено багато різноманітних методик лікування ехінококозу печінки: відкриті, напівзакриті та закриті ехінококектомії, які виконуються як із лапаротомного доступу, так і з лапароскопічного доступу. Але при всіх зазначених видах оперативних втручань досить часто спостерігаються різноманітні ускладнення у вигляді кровотеч, жовчовитікання із залишкової порожнини, її нагноєння із формуванням печінкових або навколпечінкових абсцесів, які трапляються, за даними різних авторів, в 10-30% [1, 2]. Ці ускладнення значно погіршують перебіг післяопераційного періоду, збільшують тривалість лікування та матеріальні витрати, часто призводять до інвалідизації

хворих та, у деяких випадках, можуть стати причиною смерті [3, 4].

Якщо при виконанні традиційних лапаротомних оперативних втручань при ехінококозі основні заходи щодо профілактики виникнення ускладнень розроблені і вони є досить ефективними, то при лапароскопічних операціях ця проблема залишається невирішеною.

Вирішенням цієї проблеми займаються фахівці у центрі абдомінальної ендоскопічної хірургії МОЗ Російської федерації (Москва), науковому центрі хірургії ім.академіка Вахідова МОЗ Республіки Узбекистан, Азербайжанському медичному університеті ім.Н.Нариманова, Московській медичній академії ім.І.М.Сеченова.

Ціль роботи: розробити принципи попередження розвитку інтраопераційних та післяопераційних ускладнень при лапароскопічному лікуванні ехінококозу печінки.

Матеріали та методи. Із 1998 року по теперішній час у регіональному центрі хірургічної паразитології прооперовано 217 хворих на ехінококоз печінки. По-

еднане ураження печінки і легень було у 22 хворих (10,1%), дисемінований ехінококоз печінки і черевної порожнини – у 11 хворих (5,1%).

Ураження правої частки печінки було у 126 хворих (58,1%), лівої частки – у 57 пацієнтів (26,3%), правої і лівої – у 34 хворих (15,7%). Одна паразитарна кіста була у 118 хворих (54,4%), дві кісти – у 43 (19,8%), три кісти – у 35 (16,1%), чотири і більш кіст – у 21 пацієнта (9,7%). Серед оперованих хворих було 105 чоловіків і 112 жінок у віці від 6 до 72 років. Середній вік пацієнтів – $32,3 \pm 6,8$ роки.

Всім хворим виконували загальноклінічні обстеження, рентгенографію органів грудної клітки, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, 28 хворим – комп'ютерну томографію органів черевної порожнини. При виконанні оперативних втручань для гістологічного дослідження бралися ділянки стінки паразитарної кісти.

У 53 хворих (24,4%) виконані лапароскопічні ехінококектомії, у 94 (43,3%) – пункційне лікування паразитарних кіст та у 70 (32,3%) – традиційні лапаротомні ехінококектомії. Показаннями до лапароскопічної ехінококектомії служили поверхнево розташовані паразитарні кісти по вісцеральній або діафрагмальній поверхні печінки, кісти лівої частки печінки. Пункційне лікування паразитарних кіст виконувалось при їх внутрішньопаренхімному розташуванні переважно у I, VII, VIII сегментах, діаметрі до 5 см та при рецидивному ехінококозі печінки. В інших випадках ми використовували традиційні лапаротомні методики ехінококектомії печінки.

Результати та їх обговорення. Серед інтраопераційних ускладнень при виконанні лапароскопічної ехінококектомії нами діагностовано наступні: підтікання ехінококової рідини та хітинових оболонок в вільну черевну порожнину в 5 випадках (9,4%), кровотеча з печінкової паренхіми після розтину стінки кісти – в 3 випадках (5,7%), наявність широкої біліарної фістули після видалення вмісту кісти – в 1 випадку (1,9%).

Найбільш серйозним інтраопераційним ускладненням при виконанні лапароскопічної ехінококектомії, на нашу думку, є підтікання вмісту паразитарної кісти в вільну черевну порожнину. При наявності в ньому життєздатних ехінококових сколексів це може стати причиною післяопераційних рецидивів. Найбільші проблеми виникають при оперативному лікуванні старих, мультивезикулярних кіст із густим вмістом та ускладнених нагноєнням паразитарних кіст. Для попередження цього ускладнення в усіх випадках ми використовуємо попередню пункцію кісти товстою голкою на електровідсмоктувачі із повною аспірацією рідкого вмісту кісти, та,

не змінюючи положенні голки, наступну обробку вмісту кісти 1% розчином бетадину з експозицією 5 хвилин. Наступна аспірація рідкого вмісту кісти дозволяє зменшити тиск у її середині, розкрити стінку кісти електроножицями у найвищому місці, що попереджує підтікання вмісту кісти у черевну порожнину.

Наступним прийомом, який попереджає дисемінацію ехінококових елементів є видалення вмісту кісти, у тому числі – хітинових оболонок товстим (10 – 12 мм у діаметрі) електровідсмоктувачем. При створенні негативного тиску у системі до 1 атмосфери настає фрагментація хітинових оболонок та їх повне видалення без дисемінації. Торезь відсмоктувача ми зробили скошеним під кутом 30° . Це дозволяє збільшити площу отвору та підвищити ефективність роботи відсмоктувача.

Важливим фактором попередження підтікання вмісту паразитарної кісти в черевну порожнину є правильний вибір розташування троакара, через який вводиться електровідсмоктувач, та проводиться дренирування залишкової порожнини. Він повинен бути розташований в максимальній близькості від кісти. У деяких випадках (при розташуванні кісти по діафрагмальній поверхні печінки) ми виконували мобілізацію печінки з перетинанням серпоподібної та круглої зв'язок. Це дозволило зробити пункцію кісти та видалити її вміст електровідсмоктувачем під більш зручним кутом.

Кровотеча при розтині стінки паразитарної кісти спостерігається практично в усіх випадках, але її припинити досить легко з використанням біполярної електрокоагуляції або монополярної коагуляції із використанням змоченого фізіологічним розчином мерлевого тупфера. Через високий ризик виникнення масивної кровотечі ми утримуємось від розширеного висічення стінок паразитарної кісти із прилеглою до них печінковою паренхімою, особливо у проекції великих венозних судин.

Виникнення жовчних норниць, які відкриваються в залишкову порожнину після виконання ехінококектомії, є досить поширеним ускладненням, яке при невеликих розмірах фістули та відсутності біліарної гіпертензії не потребує ніякої додаткової корекції, окрім адекватного дренирування залишкової порожнини. В одному випадку при наявності великої фістули ми були вимушені виконати зовнішнє дренирування загальної жовчної протоки за Кером, після чого на стало видужання.

Серед післяопераційних ускладнень на першому місці за частотою знаходяться гнійно-септичні ускладнення, насамперед – нагноєння залишкової порожнини, яке спостерігалось після лапароскопічної ехінококектомії у 3 хворих (5,7%), після лапаротомних

оперативних втручань – у 9 (12,9%), пункційного дренивання ехінококових кіст – у 14 (14,9%).

На частоту виникнення нагноєння залишкової порожнини впливають ряд факторів: стадія життєдіяльності паразита, наявність нагноєння або інфікування кісти в доопераційному періоді, наявність цистобілярних норичь, спосіб обробки стінок залишкової порожнини та спосіб її закриття або дренивання. Найчастіше нагноєння залишкової порожнини спостерігається при старих, великих за розмірами мультивезикулярних паразитарних кістах з загиблим паразитом, товстою та ригідною фіброзною капсулою. Вірогідність нагноєння залишкової порожнини підвищується при наявності цистобілярних норичь, особливо при неадекватному дрениванні або спробах закриття залишкової порожнини методом капітонажу чи інвагінації. Так, із 12 хворих, у яких було діагностовано нагноєння залишкової порожнини після оперативного втручання, 10 (83%) можна віднести до цієї групи.

Важливим фактором попередження нагноєння залишкової порожнини після ехінококектомії є ефективна бактерицидна обробка стінок залишкової порожнини. З цією метою протягом останніх 2 років ми використовуємо 1% розчин повідон-йодиду (бетадину), яким виконуємо знезараження вмісту кісти та обробку стінок залишкової порожнини після видалення вмісту кісти двічі з експозицією 5 хвилин. Ця методика обробки більш ефективна та безпечна, ніж використання розчинів формаліну, хлоргексидину, йоду, перекису водню.

До нагноєння залишкової порожнини у значній частині пацієнтів призводить неповне видалення хітинових оболонок паразита, які порушують нормальну роботу дренажу. Тому обов'язковим є ретельний контроль за повнотою видалення усіх фрагментів хітинових оболонок та цілих дрібних міхурів.

Важливим фактором попередження нагноєння залишкових порожнин є ефективне та достатнє за тривалістю їх зовнішнє дренивання. Ми використовуємо дренивання поліхлорвініловими дренажами залежно від розмірів залишкової порожнини діамет-

ром 4-10 мм з 3-8 отворами на робочому кінці. Більш ефективно працюють дренажі із зігнутим робочим кінцем за типом "pig-tail". Тривалість дренивання залишкової порожнини вибирається індивідуально, залежно від її розмірів, стану життєдіяльності паразита, наявності ускладнень, ультрасонографічної динаміки зменшення розмірів залишкової порожнини. Тривалість дренивання складала у середньому $21,5 \pm 3,8$ доби (від 7 до 43 дб). Важливою є санація залишкової порожнини 1% розчином бетадину з 3-4 доби післяопераційного періоду і до видалення дренажу.

Лапароскопічне видалення ехінококових кіст печінки вдалося у всіх 53 пацієнтів. Середня тривалість операції була $41,1 \pm 7,4$ хвилини (від 25 до 120 хвилин). У жодному випадку ми не перейшли до лапаротомії. Середня тривалість перебування в стаціонарі складала $3,5 \pm 1,2$ доби (від 2 до 9 дб). Летальність була нульовою. Всім пацієнтам з 2 доби післяопераційного періоду для профілактики рецидивів ми призначали альбендазол по 10 мг/кг маси тіла на добу протягом 4 тижнів. Пацієнтів спостерігали протягом 4-36 місяців після операції (у середньому, 18 місяців). Рецидив ехінококозу печінки діагностовано у 14 хворих (6,5%): у одного хворого після лапароскопічної ехінококектомії (1,9%), у 4 – після лапаротомної (5,7%) та у 9 хворих (9,6%) після пункційного лікування.

Висновки. Виникнення ускладнень при виконанні лапароскопічної ехінококектомії можна попередити ретельним відбором пацієнтів для виконання цього оперативного втручання та чітким виконанням всіх етапів оперативного втручання. Ефективна бактерицидна та сколексоцидна обробка стінок залишкової порожнини із використанням 1% розчину бетадину за умов повноцінного зовнішнього дренивання дозволяє попередити виникнення нагноєння та інших гнійно-септичних ускладнень. При нагноєнні залишкової порожнини після ехінококектомії ефективним є пункційне дренивання порожнини абсцесу під контролем УЗД з наступною санацією порожнини 1% розчином бетадину.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лапароскопическая эхинококэктомия печени / Хамидов А.И., Меджидов Р.Т., Хамидов М.А. и др. // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С.16.
2. Магомедов А.З., Османов А. О., Тимошин А. Д. Хирургия осложненного эхинококкоза печени. – Махачкала, 1997. – 126 с.
3. Ордабеков С.О. Послеоперационные осложнения при хирургическом лечении эхинококкоза печени и их профилактика // Хирургия Казахстана. – 1995. – № 3-4. – С. 38-42.
4. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts / R. Seven, E. Berber, S. Mercan et al. // Surgery. – 2000. – №1, Vol. 128. – P. 36-40.