

## ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТА ПУНКЦІЙНІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ

Четвериков 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  $100^{\circ}\text{C}$  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.