

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Муртазаев Зафар Исрафулович, Байсариев Шовкат Усмонович

Самаркандский государственный медицинский университет.

г. Самарканд, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10029691>

Аннотация: Нами проведен анализ результатов обследования и лечения 165 больных с эхинококкозом печени, поступивших за последние 10 лет в клинику общей хирургии Самаркандского медицинского университета. Из 165 оперированных больных эхинококкозом печени у 23 (13,94%) произведено лапароскопическое удаление (через троакарные доступы) эхинококковых кист, удаление эхинококковых кист через минилапаротомию – у 78 (47,27%) пациентов. 64 (38,79%) больным эхинококкэктомия из печени проведена из лапаротомного доступа. Выполнены различные варианты эхинококкэктомии. Использованы 5 типов операций: экстирпация кисты (перицистэктомия), закрытая эхинококкэктомия, полужакрытая эхинококкэктомия, открытая эхинококкэктомия, оментопломбировка по Аскерханову.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, минилапаротомная эхинококкэктомия, видеолапароскопическая эхинококкэктомия

CHOICE OF SURGICAL ACCESS FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS

Abstract: We analyzed the results of examination and treatment of 165 patients with liver echinococcosis who were admitted to the General Surgery Clinic of Samarkand Medical University over the past 10 years. Of the 165 operated patients with liver echinococcosis, 23 (13.94%) underwent laparoscopic removal (through trocar access) of hydatid cysts, and hydatid cysts were removed through minilaparotomy in 78 (47.27%) patients. In 64 (38.79%) patients, liver echinococcectomy was performed through laparotomy access. Various versions of echinococcectomy were performed. Five types of operations were used: cyst extirpation (pericystectomy), closed echinococcectomy, semi-closed echinococcectomy, open echinococcectomy, omentoplasty according to Askerkhanov.

Keywords: liver echinococcosis, minilaparotomy echinococcectomy, videolaparoscopic echinococcectomy

ВВЕДЕНИЕ

Частота развития эхинококкоза печени к сожалению не имеет тенденции к уменьшению. На этапе развития высоких хирургических технологий оперативный доступ к кисте печени должен быть чётко спланирован. Травматичность хирургических доступов не должна превышать травматичность самих хирургических вмешательств, однако на данном этапе развития хирургической паразитологии наиболее показанным следует считать эхинококкэктомию из брюшной полости через мини доступы, поскольку при этом имеются наиболее благоприятные условия для соблюдения принципов апаразитарности и антипаразитарности. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени, как лапароскопически и через минилапаратомный доступ отличается минимальной травматичностью. Выполнение эхинококкэктомии через минилапаратомный доступ требует определенных навыков хирурга, использования малого ранорасширителя и инструментов с длинными браншами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ результатов обследования и лечения 165 больных с эхинококкозом печени, поступивших за последние 10 лет в клинику общей хирургии Самаркандского медицинского университета. Распределение больных на возрастные группы показало, что 90,89% больных составили лица трудоспособного возраста.

Основным методом диагностики эхинококкоза печени являлось ультразвуковое исследование (УЗИ), которое дает полную достаточную информацию о локализации, распространенности, размеров поражения. Из 165 оперированных больных эхинококкозом печени у 23 (13,94%) произведено лапароскопическое удаление (через троакарные доступы) эхинококковых кист, удаление эхинококковых кист через минилапаротомию – у 78 (47,27%) пациентов. 64 (38,79%) больным эхинококкэктомия из печени проведена из лапаротомного доступа. Выполнены различные варианты эхинококкэктомии. Использованы 5 типов операций: экстирпация кисты (перицистэктомия), закрытая эхинококкэктомия, полужакрытая эхинококкэктомия, открытая эхинококкэктомия, оментопломбировка по Аскерханову.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.

Лапароскопическая эхинококкэктомия из печени. С самого начала работы первостепенное значение придавали отбору больных. Помимо размеров кист (до 10 см) и их доступной локализации (сегменты печени III, IV, V, VI, частично VII), важным в плане эффективной пункции и эвакуации содержимого гидатидной кисты является период жизнедеятельности паразита. Для лапароскопического лечения отбирали больных с эхинококкозом печени в первом периоде жизнедеятельности - живой паразит. Для проведения лапароскопических операций использовали видеоэндоскопический комплекс фирмы «Karl Storz», стандартный набор которого включал оптические трубки, камеру, монитор, осветитель, инсуффлятор, аквапуратор и электрохирургический блок.

Оперативная техника: Положение больного на операционном столе на спине с разведенными ногами. Хирург стоит между ними, ассистент - справа (при локализации кисты в левой доле печени) или слева (если киста расположена в правой доле). Пациенту придают положение Фаулера. Операцию проводили под эндотрахеальным обезболиванием. Иглу Вереша и первый троакар вводили параумбиликально, выполняя разрез ниже или выше пупка. После обзорной лапароскопии достаточно поддержание внутрибрюшного давления на уровне 8-10 мм рт. ст. Вводили два 10-миллиметровых троакара в топографически выгодных по отношению к кисте печени точках для введения в брюшную полость пункционных устройств, рабочих инструментов (зажимов, ножниц и др.), отсосной трубки, эндоконтейнера. При локализации кисты на висцеральной поверхности печени для отведения ее доли ретрактором вводили дополнительный 5- или 10-миллиметровый троакар. Этапы операции: Пункция кисты является первым этапом лапароскопической операции при эхинококкозе печени. Техника пункции и соответствующие устройства имеют первостепенное значение для соблюдения принципа апаразитарности операции. Перед пункцией зону операции обкладывали марлевыми салфетками, смоченными 20- 25% раствором поваренной соли

Киста пунктировалась и содержимое эвакуировали отсосом. Затем через ту же иглу отсоса в полость вводили 100% раствор глицерина, экспозицией 5 минут, который также эвакуировался. При помощи крючка производилась кистотомия и хитиновая оболочка удалялась в специальном резиновом контейнере. После этапа удаления хитиновой

оболочки стенки кисты, т.е. фиброзная капсула, на поверхности печени иссекались крючком или ножницами с электрокоагуляцией. Фрагменты фиброзной капсулы также удалялись через эпигастральный троакар. Ложе кисты в печени подвергалось коагуляции при помощи лопатки. Операцию завершали подведением дренажной трубки к ложу кисты.

Показаниями к лапароскопической эхинококкэктомии являлись:

- неосложненные эхинококковые кисты без наличия включений в виде дочерних пузырей;
- эхинококковые кисты в диаметре до 10 см;
- локализация кист в III, IV, V, VI сегментах печени.

Противопоказания:

- перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости;
- кисты более 10 см в диаметре;
- наличие дочерних пузырей внутри кисты;
- локализация кист в I, VIII сегментах печени.

Эхинококкэктомия из печени через минилапаротомный доступ.

Технические трудности, связанные с удалением хитиновой оболочки эхинококковой кисты и соблюдения апаразитарности явились поводом для разработки и внедрения операции эхинококкэктомии из печени через минилапаротомный доступ.

Техника выполнения:

Под эндотрахеальным наркозом накладывали пневмоперитонеум. Первым этапом производилась диагностическая лапароскопия, во время которой устанавливали точную локализацию кисты и место на передней брюшной стенке, где планировалось проведение минилапаротомного разреза.

Для доступа использовали транс-, параректальные разрезы в эпигастрии. Нами разработаны специальные минидоступы ко всем сегментам печени, а также к селезенке. Длина кожного разреза варьировала в пределах 5 см. (Рис 1-2).

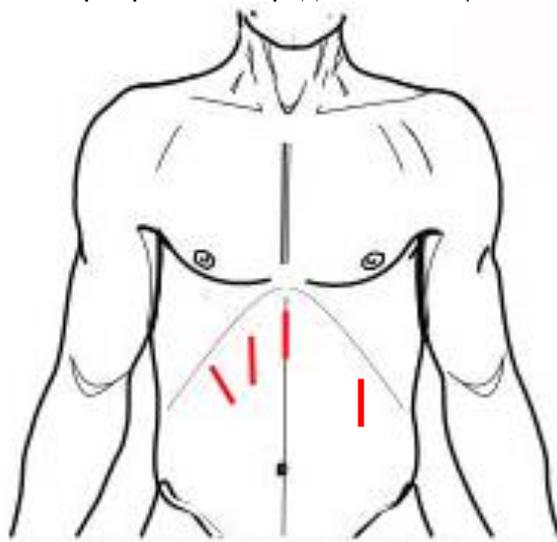


Рис 1. Минидоступы к передним сегментам печени (рац. пред. № 1210)



Рис 2. Минидоступ к задней поверхности печени (рац. пред. № 1510)

Устанавливали малый ранорасширитель и киста изолировалась от брюшной полости салфетками. Поднятый валик на уровне нижнегрудных позвонков приближал печень к ране. Пневмоперитонеум не продолжителен – только на период диагностического этапа, а само вмешательство выполняли после эвакуации газа. Инструменты для манипулирования в ране имели длинные бранши. Яркое освещение лапароскопом со стороны брюшной полости является несомненным преимуществом операции.

Этапы операции не отличались от традиционной эхинококкэктомии при лапаротомном доступе:

- пункция с эвакуацией эхинококковой жидкости;
- кистотомия с удалением хитиновой оболочки (Рис 3);
- обработка фиброзной капсулы 100% глицерином;
- иссечение фиброзной капсулы, выступающей над паренхимой печени
- шовная пластика остаточной полости (капитонаж) или оментопломбировка.

Показаниями к проведению эхинококкэктомии из минилапаротомного доступа являлись:

- одиночные кисты;
- кисты в диаметре до 15 см;
- локализация кист во II, III, IV, V, VI и частично в VII сегментах печени.

Противопоказания:

- наличие множественного эхинококкоза печени;
- кисты больших размеров (диаметром более 15 см);
- локализация кист в I, VIII сегментах печени;
- осложненное течение заболевания;
- рецидив болезни или перенесенные лапаротомии.

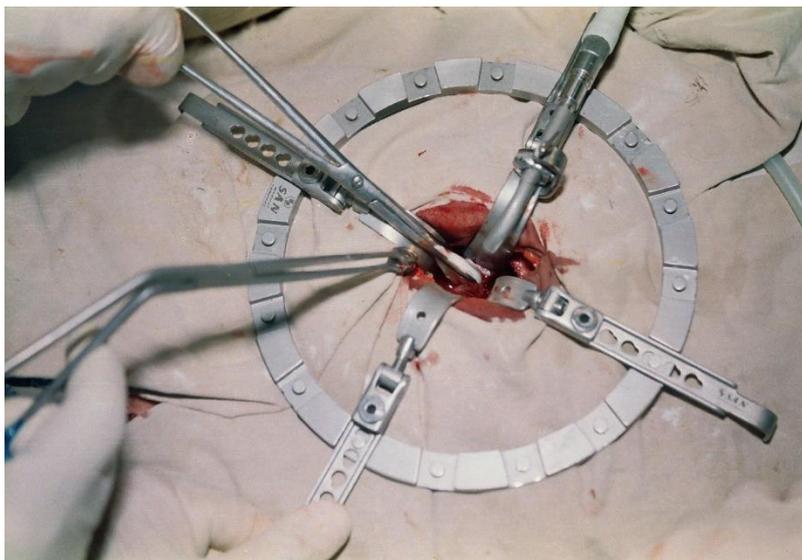


Рис 3. Кистотомия с удалением хитиновой оболочки

Эхинококкэктомия из печени традиционным лапаротомным доступом. 94 (69,62%) больным эхинококкэктомия из печени проведена из лапаротомного доступа.

Нашими исследованиями выявлено, что с использованием ретрактора Сигала при современной анестезии с достаточной миорелаксацией и приподнятым валиком на уровне нижнегрудных позвонков больного возможно создание адекватного доступа ко всем сегментам печени, в том числе и к VI, VII, VIII сегментам при верхнесрединной лапаротомии. Ретрактором Сигала, который крепится к операционному столу и устанавливается под нужным углом к оси операционной раны, можно добиться открытия раны в положении наиболее выгодном на данный момент операции.

Из традиционных лапаротомных доступов для выполнения эхинококкэктомии из печени предпочитаем верхнесрединную лапаротомию при необходимости с установкой ретрактора Сигала.

Показанием к выполнению эхинококкэктомии из печени через верхнесрединную лапаротомию считаем:

- множественный эхинококкоз;
- рецидив эхинококкоза или перенесенные лапаротомии;
- осложненное течение болезни;
- локализация кист в труднодоступных сегментах печени (VII, VIII сегменты).

ВЫВОДЫ

Таким образом, при локализации неосложненных эхинококковых кист в размере до 5 см в III, IV, V, VI сегментах печени возможно проведение лапароскопической эхинококкэктомии. Одиночные кисты в диаметре до 15 см, с локализацией во II, III, IV, V, VI, сегментах печени могут быть удалены через минилапаротомный доступ.

При множественном эхинококкозе печени, рецидиве заболевания или перенесенной лапаротомии, наличии осложнений, локализации кист в труднодоступных сегментах печени и больших размерах кист показана эхинококкэктомия через широкий лапаротомный доступ.

Использованная литература

1. Al-Saeedi M, Khajeh E, Hoffmann K, Ghamarnejad O, Stojkovic M, Weber TF, Golriz M, Strobel O, Junghanss T, Büchler MW, Mehrabi A. Standardized endocystectomy technique for surgical treatment of uncomplicated hepatic cystic echinococcosis. PLoSNegl Trop Dis. 2019 Jun 21;13(6):0007516. doi: 10.1371/journal.pntd.0007516. Collection 2019 Jun. PMID: 31226109 Free PMC article.
2. Aydin U, Yazici P, Onen Z, Ozsoy M, Zeytunlu M, Kiliç M, Coker A. The optimal treatment of hydatid cyst of the liver: radical surgery with a significant reduced risk of recurrence. Turk J. Gastroenterol. 2008 Mar;19(1):33-9.PMID: 18386238
3. El Malki HO, Souadka A, Benkabbou A, Mohsine R, Ifrine L, Abouqal R, et al. Radical versus conservative surgical treatment of liver hydatid cysts. The British journal of surgery. 2014;101(6):669–75. Epub 2014/05/21. pmid:24843869.
4. Milićević M. Radical versus conservative surgical treatment of liver hydatid cysts. (Br J Surg 2014;101:669-675). Br J Surg. 2014 May;101(6):676. doi: 10.1002/bjs.9487.PMID: 24723021.