

ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРАСКОПИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Байсариев Ш.У., Муртазаев З.И.

Самаркандский Государственный медицинский университет
(кафедра общей хирургии).

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11397154>

Аннотация: Эхинококкозом печени оперировано 269 больных. Основную группу составили 165 больных, которые условно разделены на 3 группы: первая – 23 (13,94%) больных оперированных лапароскопическим путем, вторая - 78 (47,27%) больных оперированных минилапаротомным и третья - 64 (38,79%) больных оперированных лапаротомным доступом. Использованы 5 типов операций: экстирпация кисты (перицистэктомия), закрытая эхинококкэктомия, полужакрытая эхинококкэктомия, открытая эхинококкэктомия, оментопломбировка по Аскерханову. У 34 (20,61%) больных с множественным эхинококкозом печени одновременно использовались 2-3 типа указанных операций, что диктовалось различиями в характеристике кист.

Ключевые слова: Видеолапароскопия, Эхинококкоз, Печень, Лечение, Хирургия, Минимально инвазивные методы, Диагностика, Паразитарные заболевания, Оперативное вмешательство, Рецидив, Удаление кисты, Печеночная эхинококкэктомия, Печеночные кисты, Медицина, Лапароскопическая хирургия, Хирургические методы, Восстановление, Осложнения, Безопасность, Эффективность

POSSIBILITIES OF VIDEOLAPAROSCOPY FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS

Abstract: 269 patients were operated on for liver echinococcosis. The main group consisted of 165 patients, who were conditionally divided into 3 groups: the first - 23 (13.94%) patients operated on laparoscopically, the second - 78 (47.27%) patients operated on by minilaparotomy and the third - 64 (38.79%) patients operated by laparotomy access. Five types of operations were used: cyst extirpation (pericystectomy), closed echinococcectomy, semi-closed echinococcectomy, open echinococcectomy, omentoplasty according to Askerkhanov. In 34 (20.61%) patients with multiple liver echinococcosis, 2-3 types of these operations were simultaneously used, which was dictated by differences in the characteristics of the cysts.

Keywords: Videolaparoscopy, Echinococcosis, Liver, Treatment, Surgery, Minimally invasive methods, Diagnostics, Parasitic diseases, Surgery, Relapse, Cyst removal, Hepatic echinococcectomy, Hepatic cysts, Medicine, Laparoscopic surgery, Surgical methods, Recovery, Complications, Safety, Efficiency

ВВЕДЕНИЕ

На этапе развития высоких хирургических технологий оперативный доступ к кисте печени должен быть четко спланирован. Травматичность хирургических доступов не должна превышать тяжесть самих хирургических вмешательств. За минувшее десятилетие в хирургии произошли события существенно изменившие принципы оперативного лечения многих заболеваний, развилась техника эндоскопической хирургии. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени, как лапароскопически и через минилапаротомный доступ отличается минимальной травматичностью. При всех неоспоримых преимуществах лапароскопической технологии ей присущи определенные недостатки, что не позволяет ей вытеснять конкурирующие

традиционные методики при проведении эхинококкэктомии из печени. В настоящее время активно ведутся научные дебаты относительно хирургических вмешательств по поводу эхинококковой болезни печени.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Эхинококкозом печени оперировано 269 больных. Основную группу составили 165 больных, которые условно разделены на 3 группы: первая – 23 (13,94%) больных оперированных лапароскопическим путем, вторая - 78 (47,27%) больных оперированных минилапаротомным и третья - 64 (38,79%) больных оперированных лапаротомным доступом. 104 больных составили контрольную группу, которым в настоящее время можно было применение миниинвазивных оперативных вмешательств. 64 больным эхинококкэктомия из печени произведена через широкие лапаротомные доступы. При этом в основной группе больных использовалась только верхнесрединная лапаротомия. Одним из наиболее важных преимуществ лапароскопической хирургии является то, что лапароскоп может входить в полость кисты и проводить детальное обследование.

Лапароскопическая эхинококкэктомия с соблюдением принципов апаразитарности была предпринята у 25 больных с солитарными неосложненными гидатидными кистами печени. Важным этапом нашей тактики является лапароскопическая ревизия брюшной полости, после определения точной локализации и оценки состояния кисты предпринимали дальнейшую тактику. Все манипуляции по эвакуации содержимого и введению антипаразитарных растворов в полость кисты осуществляли переключением двухходового краника, прикрепленного к пункционной игле. Антипаразитарную обработку проводили 100% глицерином. После пункции, эвакуации содержимого, антипаразитарной обработки кисты удаляли хитиновую оболочку. Для ревизии остаточных полостей, полного удаления кутикулярной оболочки и выявления желчных свищей во всех случаях проводили эндовидеоскопию остаточной полости печени. Ликвидация остаточной полости печени является заключительным этапом оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Чаще всего использовали вариант абдоминализации остаточной полости с оментопломбировкой.

Минилапаротомный доступ применен у 78 больных эхинококкозом з печени. Показаниями к выполнению этой операции являлись одиночные кисты в печени, диаметром до 15 см, расположенные во II,III,IV,V,VI, VII сегментах печени. При этом, операции завершали капитонажем остаточной полости.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

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.

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.

165 больным, оперированным эхинококкозом печени, выполнены различные варианты эхинококкэктомии. Использованы 5 типов операций: экстирпация кисты (перицистэктомия), закрытая эхинококкэктомия, полужакрытая эхинококкэктомия, открытая эхинококкэктомия, оментопломбировка по Аскерханову. У 34 (20,61%) больных с множественным эхинококкозом печени одновременно использовались 2-3 типа указанных операций, что диктовалось различиями в характеристике кист.

Показаниями к выполнению закрытой эхинококкэктомии являлись кисты без признаков воспаления с податливыми стенками фиброзной капсулы. Эта операция выполнена 70 (42,42%) пациентам.

Чаще всего закрытая эхинококкэктомия выполнялась путем шовной пластики. Ликвидация фиброзной полости по Дельбе выполнена при кистах малых и средних размеров в 28 (40%) случаях.

Ликвидация остаточной полости инвагинацией вворачивающими швами по Ю.С. Гилевичу показана при наличии ригидной фиброзной капсулы и расположении эхинококковых кист вблизи магистральных сосудов и желчных протоков и выполнена у 26 (37,14%) больных. А у 16 (22,86%) больных капитонаж проведен по нашей методике (рац. предложение № 1508).

Весьма эффективным и простым методом закрытия остаточной полости являлась пломбировка сальником на питающей ножке, которая выполнена у 35 (21,21%) больных.

При эхинококкозе печени, осложненном нагноением кист и цистобилиарными свищами, чаще всего проводили полужакрытую эхинококкэктомию. Этот тип операций выполнен 25 (15,15%) пациентам. Сущность операции заключалась в оставлении дренажей в ушиваемой остаточной полости печени. При необходимости в послеоперационном периоде дренаж подключали к вакуум отсосу.

При локализации кист у ворот печени, или из-за возможности повреждения внутрипеченочных протоков вынужденным методом операции является открытая эхинококкэктомия, которая выполнена у 22 (13,33%) больных.

Операция перицистэктомия (экстирпация кисты) – удаление эхинококковой кисты вместе с фиброзной капсулой, производилась при краевом расположении кист и их кальцинации. Операция заключается в полном иссечении фиброзной капсулы и она выполнена у 13 (7,88%) больных.

У 34 (20,61%) больных произведены операции по поводу осложненного эхинококкоза печени. 25 (15,15%) больным с нагноением кисты произведена полужакрытая эхинококкэктомия. Через дренаж проводили санацию с введением раствора антисептика (1% раствор Диоксидина). Активное введение дренажей в послеоперационном периоде после полужакрытой эхинококкэктомии позволяло существенно сократить число послеоперационных осложнений.

9 (5,45%) больных оперировано по поводу эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути. Клиническая картина перфорации кист в желчные пути протекала в 2 вариантах: тяжелая форма с клиникой механической желтухи и холангита и стертая форма с малозаметным началом и скудными симптомами.

Стертая форма заболевания наблюдалась у 6 больных. В этой группе больных клинические симптомы цистобилиарного свища были скудными или вовсе отсутствовали. Приступы болей в правом подреберье проходили быстро и в некоторых случаях отмечалась легкая субиктеричность. А у некоторых больных цистобилиарный свищ обнаруживался лишь во время операции.

При тяжелой форме заболевания, которая наблюдалась у 3 больных, клиническая картина характеризовалась выраженной симптоматикой и тяжестью течения. У всех больных отмечалась механическая желтуха, которая развивалась в результате обтурации желчных путей содержимым эхинококковой кисты. Присоединение инфекции проявлялось клиникой холангита. У больных отмечался выраженный болевой синдром, признаки интоксикации, повышение температуры тела до 39⁰. Тактика и объем операции при прорыве эхинококковой кисты в желчные пути зависел от степени поражения желчных протоков.

У 6 больных со стертой клиникой прорыва эхинококковых кист в желчные ходы во время операции и после проведения кистотомии обнаруживалось содержимое кист, окрашенные желчью. При ревизии фиброзной капсулы выявлялся цистобилиарный свищ. Свищ ушивался атравматической иглой с нерассасывающейся нитью и во всех случаях производилась полузакрытая эхинококкэктомия.

При эхинококкозе печени, осложненном механической желтухой и холангитом, у 3 больных произведена полузакрытая эхинококкэктомия с ушиванием устья цистобилиарного свища, холецистэктомия, холедохотомия и санация желчных протоков. Операция завершалась наружным дренированием холедоха.

При эхинококкозе печени, осложненным прорывом кист в желчные пути, механической желтухой и холангитом с признаками сужения терминального отдела холедоха, у 2 больных операция завершена проведением съемного транспеченочного дренажа. Оментопластика по Аскерханову абсорбирует остаточную жидкость в фиброзной полости и стимулирует миграцию макрофагов в операционную область [9,10]. Большинству пациентам была выполнена оментопластика. Одним из наиболее важных преимуществ лапароскопической хирургии является то, что лапароскоп может входить в полость кисты и проводить детальное обследование.

ВЫВОДЫ

Лапароскопическая эхинококкэктомия отличается минимальной травматичностью. Однако, технические трудности, связанные с удалением хитиновой оболочки и других включений препятствовали широкому применению этой операции.

Список литературы.

1. Ахмедов И.Г. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза: методологические аспекты. *Анналы хирургической гепатологии*. 2016; 21 (4): 113–118. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.20164113-118>.
2. Ахмадалиев С.М., Кадиров Ш.Н. Принципы и современные методы обработки полости эхинококковой кисты. *Re-health Journal*. 2020; 3-2(7): 163-165. doi: 10.24411/21810443/2020-10141.
3. Бабакулов К.К., Алиев М.Ж., Каниетов А.К. Химиопрофилактика рецидива эхинококкоза. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева* – 2014. - №4. – С. 162-165.

4. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы). *Анналы ирургической гепатологии*. 2015; 20 (3): 47–53. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2015347-53>.
5. Кузнецов Н.А. “Новая хирургическая технология - малоинвазивная хирургия” - Эндоскопическая хирургия.- № 2. - 1995., стр.75-76.
6. Назыров Ф.Г. [и др.] // Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени *Анналы хирургической гепатологии* . - 2011. Т.16, № 4.- С.19 - 24.
7. Шевченко Ю. Л., Назыров Ф. Г. Хирургия эхинококкоза. М. : Династия, 2016. 288с.
8. Dalvi A.N; Deshpande A.A; Prabhu R. et al. Laparoscopic management of hydatid cyst of liver. // *Indian J Gastroenterol* 2000 Apr-Jun; 19 (2): 81
9. Tuxun T, Zhang JH, Zhao JM, Tai QW, Abudurexti M, Ma HZ, et al. World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis--914 patients. *Int J Infect Dis*. 2014;24:43–50. doi: 10.1016/j.ijid.2014.01.012.
10. Dziri C, Paquet JC, Hay JM, Fingerhut A, Msika S, Zeitoun G, et al. Omentoplasty in the prevention of deep abdominal complications after surgery for hydatid disease of the liver: a multicenter, prospective, randomized trial. *French Associations for Surgical Research J Am Coll Surg*. 1999;188(3):281–289.