

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ПЕЧЕНИ - ПЕРВЫЕ ШАГИ

Ф.Ш. Рашидов, Д.С. Сангов, Ш.Н. Амонов, Ф.А. Туракулов, Д.А. Рахмонов
Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии;
кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье приведены результаты видеолaparоскопической эхинококкэктомии печени у 24 больных. Определены основные показания к операции, подробно изложены особенности оперативной техники с анализом возможных вариантов. Большое внимание уделяется профилактике диссеминации паразита во время операции. Указываются преимущества видеолaparоскопической эхинококкэктомии.

Ключевые слова: эхинококкоз, киста печени, видеолaparоскопия, эхинококкэктомия

Введение. Внедрение видеоэндоскопической хирургии в практику открыло новую страницу в хирургии в целом, и в хирургии органов брюшной полости - в частности. Это касается хирургии эхинококкоза печени. В недавнем прошлом любые лапароскопические вмешательства при эхинококкозе органов брюшной полости считались абсолютно противопоказанными. Возможности эндовидеохирургических вмешательств при непаразитарных кистах печени способствовали использованию данного метода при эхинококкозе печени. В литературе последних лет имеются лишь единичные сообщения о видеолaparоскопической эхинококкэктомии печени (ВЛЭП), которые свидетельствуют о сдержанном отношении хирургов к данному методу, прежде всего из-за боязни диссеминации паразита [3,4]. По этой же причине продолжаются дискуссии в определении показаний и противопоказаний к данному методу, уточняются и совершенствуются детали хирургической техники, изучаются результаты операций [1,2,4,5].

Цель: показать возможности видеолaparоскопической технологии при хирургическом лечении эхинококкоза печени.

Материал и методы исследования. За последние 5 лет (начиная с 2003 год) в РНЦСС и ГХ отделении эндохирургии под нашим наблюдением находились 29 больных, которым были выставлены показания к ВЛЭП. После диагностической лапароскопии (рис. 1) в 24 случаях операции завершены лапароскопическим способом, в 5 - открытым. Возраст больных колебался от 16 до 45 лет.

Основным методом диагностики и контрольного обследования был УЗИ, 8 больным также произведена КТ. Предоперационное обследование и подготовка были общепринятыми. Диаметр эхинококковых кист (ЭК) колебался от 5 до 12см. У 25 больных ЭК были оди-ночными, у 4 - были дочерние кисты. Из общего числа у 3 были погибшие ЭК, без признаков нагноения, с утолщением фиброзной капсулы и густым содержимым. ЭК локализовались в III сегменте у 3, на границе III-IV сегментов - у 4, в IV - у 2, в V - у 10, в VI - у 8, в V-VI - у 2 больных.

Особенностями оперативной техники были следующие. В основном использовали 4 троакара (2-10мм, 2-5мм), в 4 случаях возникла необходимость в наложении 5 (10мм) троакара. Первый троакар накладывали над верхней параумбиликальной точкой. При правосторонней локализации ЭК рабочие троакары накладывали в тех же точках как при холецистэктомии, а при левосторонней - в правом и левом подреберьях по среднеключичной линии, в эпигастральной точке ниже мечевидного отростка с проведением его слева от круглой связки печени. При локализации кисты на границе III-IV сегментов продольно рассекали серповидную связку почти на всём протяжении. Вокруг кисту обкладывали турундой с 100% глицерином. Путём пункции ЭК толстой иглой максимально аспирировали содержимое (рис. 2) и во избежание



Рис. 1 Общий вид эхинококковой кисты VI сегмента после выделения сращений



Рис. 2 Пункция эхинококковой кисты

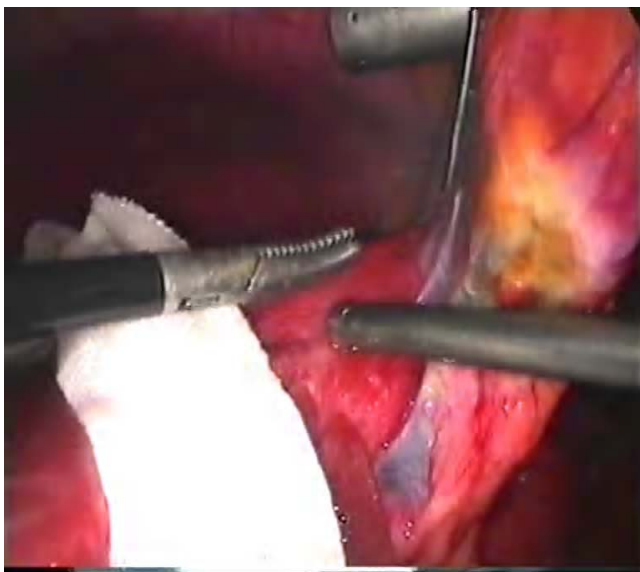


Рис. 3 Пункция эхинококковой кисты с подведением отсоса к месту пункции

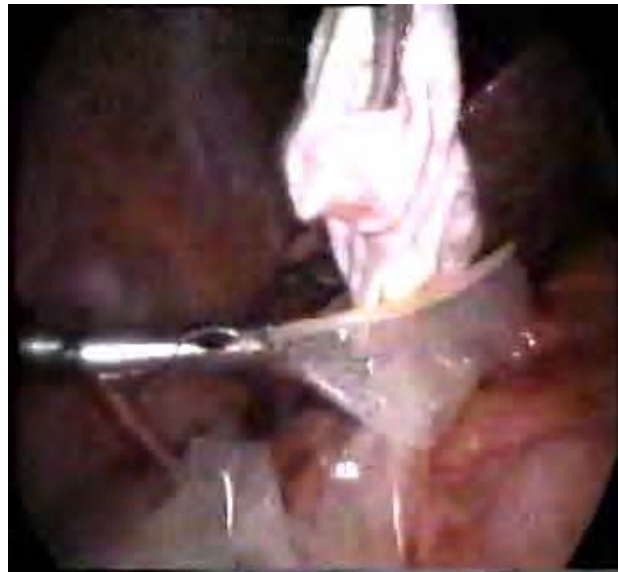


Рис. 4 Размещение хитиновой оболочки

стекания жидкости рядом с пункционной иглой устанавливали трубку отсоса (рис. 3). Не вынимая иглу, в полость кисты с расчётом на половину её объёма вводили 100% раствор глицерина, затем - 96% этиловый спирт с экспозициями 10 и 5 минут соответственно.

Хитиновую оболочку удаляли в контейнере (рис. 4). Повторно обработав остаточную полость спиртом, осматривали её лапароскопом. Обнаруженные остатки хитиновой оболочки удаляли. Хитиновую оболочку можно также эвакуировать с помощью отсоса более крупного диаметра, при этом второй отсос использовали как страховочный. В двух случаях жёлчные свищи ушивали интракорпоральным швом (рис. 5). Края фиброзной капсулы иссекали путём диатермокоагуляции.

Зону вмешательства, а также остаточную полость до её ликвидации 2-3 раза промывали 0,5% раствором диоксида (рис.6). В 5 случаях полость тампонируют прядью большого



Рис. 5 Ушивание жёлчного свища остаточной полости

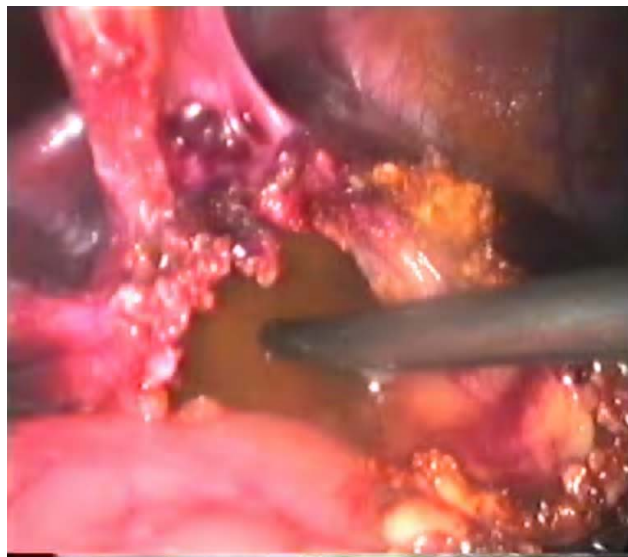


Рис. 6 Промывание остаточной

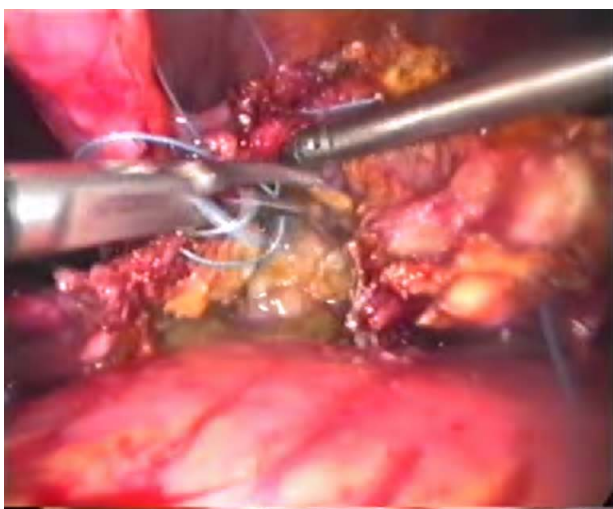


Рис. 7 Ушивание остаточной полости полости эхинококковой кисты



Рис. 8 Тампонада остаточной полости эхинококковой кисты прядью большого сальника

сальника (рис.8), в 16 - не ушивали, в 3 - ушивали с ликвидацией остаточной полости (рис.7).

Длительность операции составила от 45 минут до 95 минут. Дренаж в брюшной полости устанавливали ближе к остаточной полости, удаляли его на 3-6 сутки. Всем больным во время операции, и в последующие 3 дня, назначили раствор метрогила внутривенно, и амбулаторно - курс профилактической химиотерапии (Албендазол из расчёта 10-15мг/кг в течении 21 дней). Койко - дни ВЛЭП составили от 5 до 8 суток, что в среднем составило $6,1 \pm 1,2$ дней, а при традиционной эхинококкэктомии было 10-14 дней, в среднем $12,1 \pm 1,3$ дней.

Результаты и их обсуждение. Длительность стационарного периода была от 3 до 6 суток. Скопления жидкости в остаточной полости и в подпечёночной области не отмечены. Умеренное желчеистечение 50-150мл в первые сутки имело место у 5 больных, которое самостоятельно прекратилось. В ближайшем послеоперационном периоде других осложнений не было.

Отдалённые результаты нами изучены у 19 больных в сроки от 6 мес. до 4 лет. Случаев

рецидива эхинококкоза не было. У 4 больных через 3-6 месяцев, при УЗИ было выявлено наличие небольшой остаточной полости. Больные жалоб не предъявляли.

Основным условием для проведения ВЛЭП, на наш взгляд, является тщательный отбор больных на основании проведения (иногда неоднократных) целенаправленных УЗИ. Расположение ЭК должно быть в пределах хорошего визуального обзора, т.е. в III, IV, V, VI сегментах, относительно небольшие размеры (до 8-10см) и поверхностное расположение ЭК, которые не затрудняют эвакуацию содержимого и хитиновой оболочки.

Основные опасения о последствиях операции обусловлены не техническими возможностями выполнения эхинококкэктомии, а опасностью диссеминации паразита и рецидива заболевания. Поэтому окончательное решение о возможности ВЛЭП принимали после диагностической лапароскопии. При малейшем сомнении в благополучном завершении операции у 5 больных выбирали конверсию.

Следовательно, от начала до конца операции необходимо уделять достаточное внимание профилактике диссеминации и рецидива эхинококкоза. Конверсия при неуверенности в соблюдении этих требований при эхинококкозе печени не умаляет достоинства хирурга. Естественно, эти операции должен выполнять хирург, не только достаточно владеющий техникой видеоэндоскопических вмешательств на органах брюшной полости, но и свободно владеющий техникой традиционной эхинококкэктомии печени.

Вывод. Видеолапароскопическая эхинококкэктомия печени является совершенно новым, высокотехнологическим малоинвазивным методом лечения и передовым достижением современной хирургии. Залогом успешного и более широкого применения данного малотравматического метода, прежде всего, является правильное и тщательное определение показаний и противопоказаний к нему. Основными показаниями к операции являются наличие одиночных, неосложнённых эхинококковых кист небольших размеров, расположенных в зонах хорошего обзора и достаточный опыт хирурга по видеолапароскопическим вмешательствам. Безупречное соблюдение антипаразитарных требований, грамотное и аккуратное техническое выполнение операции позволяют достигать наилучших результатов. Малая травматичность, высокая экономическая эффективность, соблюдение косметических требований считаются основными преимуществами данного метода.

Литература

1. Ачилов Ш.Д., Шамирзаев Б.Н. Эндоскопические операции при эхинококкозе печени //8-й межд. конгр. по эндохирургии. М. 2004. С.23-25
2. Рашидов Ф.Ш., Амонов Ш.Н., Туракулов Ф.А. Лапароскопическая эхинококкэктомия печени // 4-й межд. конгр. по эндохирургии. М. 2000. С. 340-342
3. Хамидов М.А. Предупреждение осложнений при лапароскопической эхинококкэктомии печени //7-й межд. конгр. по эндохирургии. М. 2003. С.320-321
4. Seven R., Berber E., Mercan S., Emidoglu L., Budak D., Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts //Surgery, 2000, Vol.128, N. 1, p. 36-40
5. Khoury G., Jabbour-Khoury S., Bikhazi K., Results of laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver // Surg.Endosc. 1996. p. 57-59

Хулоса

Эхинококкэктомияи чигар тавассути видеолапароскоп - кадамҳои нахустин Ф.Ш. Рашидов, Д.С. Сангов, Ш.Н. Амонов, Ф.А. Туракулов, Д.А. Рахмонов

Дар мақола натиҷаҳои эхинококкэктомияи (изолаи эхинококки) чигар тавассути видеолапароскоп дар 24 нафар бемор оварда шудааст. Муаллифон нишондодҳои асосиро ба амали-

ёти ҷарроҳӣ муайян карданд, хусусиятҳои техникаи амалиёти ҷарроҳиро бо таҳлили роҳҳои имконпазири он муфассал баён намуданд. Ҳангоми ҷарроҳӣ ба пешгирии паҳншавии паразит таваҷҷӯҳи махсус дода мешавад. Афзалиятҳои эхинококкэктомия тавассути видеолaparоскоп нишон дода шудааст.

Summary

VIDEOLAPAROSCOPIC ECHINOCOCECTOMY OF LIVER - FIRST STEPS

F.Sh. Rashidov, D.S. Sangov, Sh.N. Amonov, F.A. Turakulov, D.A. Rahmonov

In the article the results of videolaparoscopic echinococcectomy of the liver in 24 patients are given. The principal indications to operation are determined, the peculiarities of operation-technic with the analysis of possible variations are stated in detail. Big attention is given to prophylaxis of the parasite-dissimination during of the operation. The advantage of videolaparoscopic echinococcectomy is determined.

Key words: echinococcosis, videolaparoscopy, echinococcectomy



ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КАРДИОПЕРИКАРДИАЛЬНОГО ЭХИНОКОККОЗА

**Р.С. Аминов, З.З. Абдурахимов, А.А. Абдужабборов,
А.А. Ворисов, Ф.Д. Пулотов**

**Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной
хирургии; кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ
им.Абуали ибни Сино**

Эхинококк сердца и перикарда является редко встречающимся, трудно диагностируемым и довольно серьёзным заболеванием.

Трудность диагностики обусловлена длительностью от момента инвазии паразита до появления первых признаков заболевания, а также отсутствием специфических клинических симптомов. Чаще эхинококк сердца диагностируется на основании данных ЭхоКГ, компьютерной томографии, рентгенографии грудной клетки и ЭКГ.

Основным методом лечения является хирургической, т.е. эхинококкэктомия из сердца и перикарда.

Ключевые слова: эхинококкоз сердце, паразитарные заболевания

Введение. Несмотря на широкую распространённость эхинококкоза таких жизненно-важных органов человека, как печень, лёгкие, в последнее время нередко встречается эхинококкоз сердца и перикарда. Эхинококковые кисты сердца выявляют только в 0,2-2% случаев