

УДК 616.36+616.995.121-072.1-089

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ГИДАТИДОЗНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, С.В. Межаков, А.Е. Кузьменко, Е.И. Гоц

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Реферат. Цель работы – улучшение результатов лечения гидатидозных эхинококковых кист печени путем применения лапароскопических вмешательств. Материал и методы. Обобщен опыт 12 эндовидеохирургических операций при гидатидозном эхинококкозе печени (ГЭП). Среди пациентов были 8 женщин и 4 мужчины в возрасте от 32 до 53 лет. Всем больным выполнялись общеклинические лабораторные исследования, иммунологические реакции (РИА), УЗИ, у 9 чел. – компьютерная или магнитно-резонансная томография. Эхинококковая киста локализовалась в правой доле печени у 9 пациентов, в левой доле – у 3. Результаты и обсуждение. Структура лапароскопических вмешательств была следующая: идеальная эхинококкэктомия – у 6 (52%) чел., перицистэктомия – у 4 (31,1%), краевая резекция печени с кистой – у 2 (16,9%). Диагностирован рецидив после перицистэктомии у 1 пациента, который ликвидирован с помощью пункции под УЗ-контролем. Таким образом, лапароскопические операции являются методом выбора при ГЭП.

Ключевые слова: эндовидеохирургические операции, гидатидозный эхинококкоз печени.

Количество больных с эхинококкозом печени увеличивается во многих странах мира вследствие совершенной диагностики, проведения активных массовых осмотров населения и повышения темпов трансмиссии. Иногда длительное время заболевание протекает бессимптомно (доклиническая стадия), что может быть обусловлено медленным ростом паразита, генетическими особенностями иммунитета коренного населения в эндемичных очагах. В клинически выраженной стадии симптоматика малоспецифична и определяется объемом паразитарного поражения, его локализацией и наличием осложнений [1-4].

Проблема эхинококкоза весьма актуальна в связи с трудностями ранней и дифференциальной диагностики, большой частотой послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Одной из основных проблем хирургического лечения ГЭП является отношение хирургов к фиброзной капсуле, формирующейся вокруг паразитарной кисты. По настоящее время применяются различные способы операций: эхинококкэктомия с полной или частичной ликвидацией остаточной полости при помощи капитонажа, тампонады сальником на ножке, а также марсупализации кисты; перицистэктомия с криодеструкцией, лазерной

и плазменной обработкой фиброзной капсулы; чрескожное пункционно-дренирующее лечение паразитарных кист под ультразвуковым и КТ контролем; лапароскопическая эхинококкэктомия [1, 2, 4]. К сожалению, при чрескожных пункционно-дренирующих вмешательствах сохраняется не только фиброзная капсула, но и зачастую хитиновая оболочка паразитарной кисты.

На современном этапе диагностика и лечение ГЭП остается сложной и далеко не полностью решенной проблемой, в частности, неудовлетворительные исходы хирургического лечения не имеют тенденции к снижению. Послеоперационные осложнения в группе пожилого и старческого возраста колеблются в пределах 26 – 30%, а общая летальность после хирургического вмешательства составляет от 2,5 до 7%, при этом у лиц гериатрической группы эта цифра достигает 25 – 30% [1, 3].

В настоящее время широкое внедрение в хирургическую практику малоинвазивных лечебных вмешательств (пункция, дренирование эхинококковой кисты печени с последующей обработкой ее гермицидацией) свидетельствуют о значительном прогрессе медицинской технологии в решении проблемы хирургического лечения эхинококкоза печени. Однако, нельзя признать, что окончательно и однозначно решены все вопросы, связанные с применением пункционных методов (PAIR и PEVAC) лечения эхинококковых кист. Наблюдения негативных последствий пункционного лечения крупных эхинококковых подкапсулярно расположенных кист [3] показали, что наиболее острыми остаются вопросы выбора показаний и противопоказаний к подобным вмешательствам. Не менее актуальны проблемы безопасности доступа, исключающего опасность диссеминации, способы обработки остаточной полости и удаления хитиновой оболочки препаратов (альбендазол и др.) и сроки их применения в до- и послеоперационном периоде. Недостаточно проанализированы отдаленные результаты таких интервенционных вмешательств у больных эхинококкозом печени.

Цель исследования – улучшение результатов лечения гидатидозных эхи-

нококковых кист печени путем применения видеоэндоскопических вмешательств.

Материал и методы

Проведен анализ результатов обследования и видеоэндоскопического лечения у 12 больных гидатидозным эхинококкозом печени (ГЭП), находившихся на лечении в клинике факультетской хирургии с 1998 по 2004 гг. Мужчин было 4 (33,4%), женщин - 8 (66,6%) в возрасте от 32 до 53 лет. Больных с первичным эхинококкозом было 11 (91,7%), рецидивным - 1 (8,3%).

Пациентам применяли комплексное общеклиническое и лабораторно-инструментальное обследование. Серологические пробы (реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) и иммуноферментного анализа (ИФА) на эхинококкоз были выполнены всем пациентам. Основными инструментальными методами исследования являлись рентгенография грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ).

С помощью УЗИ больным выполнялось комплексное трансабдоминальное исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства по стандартной программе, с использованием секторных и конвексных датчиков с частотой 2,5 - 5,0 МГц. Васкуляризация кист и ход основных сосудов печени оценивались в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) и энергетического доплера. Исследования выполняли на сонографическом аппарате "Dornier - 5200". Компьютерную томографию на томографе фирмы "Siemens" применяли у 9 пациентов, из них в 8 случаях с использованием внутривенного контрастирования. Для сопоставления информативности определяли чувствительность, специфичность и общую диагностическую точность УЗ- и КТ - параметров. Для лапароскопии и вмешательств под ее контролем использовали аппараты и инструменты фирм "Wolf" и "Karl Storz" (Германия). Диагностические пункции выполняли иглами 18 - 22 G. Траекторию выбирали в зоне безопасного акустического окна. Дренирование кисты проводилось по Сельдингеру с помощью самофиксирующихся дренажей "Meadox" и "Cook". Для оценки возраста кисты мы пользовались классификацией Gharbi (1981).

Диагноз верифицирован патоморфологическим исследованием операционного материала. Статистическую обработку материала осуществляли с помощью Microsoft Excel (уровень $p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

По нашим данным, солитарные эхинокок-

ковые кисты отмечены у 10 чел., множественные - у 2. Правая доля печени была поражена в 9 наблюдениях, левая - в 3. Сочетанный эхинококкоз печени и других органов был отмечен у 1 пациента. У 7 чел. было частичное или полное обызвествление фиброзной капсулы, у 2 - нагноение кисты. Размеры кист варьировали от 3 до 17 см в диаметре.

Отличительные признаки эхинококковой кисты печени при УЗИ - это неправильная форма, гиперэхогенные перегородчатые структуры, кальцинаты по периферии. Реже на паразитарный характер поражения указывает многослойный контур капсулы либо мелкодисперсная эхогенная взвесь. Цветовое доплеровское картирование показывало бессосудистость паразитарной кисты и плавное оттеснение сосудов по периферии. Ультразвуковое исследование в режиме серой шкалы давало наиболее постоянные и узнаваемые признаки паразитарных кист. На паразитарный характер кисты, как правило, указывает наличие дочерних кист и внутрикистозных обызвествлений.

На компьютерных томограммах кисты печени имеют достаточно типичную картину четких округлых гиподенсных образований. Денситометрические показатели эхинококковых и непаразитарных кист различались при больших размерах кисты, составляя 10 - 25 ед. Н при эхинококковой кисте 0 - 15 ед. Н при непаразитарной кисте. Плотность содержимого эхинококковой кисты значительно повышается (20 ед. Н и более) после гибели паразита. КТ достаточно надежно выявляет даже мельчайшие обызвествления, что имеет особое значение для диагностики непаразитарных кист, однако обызвествленная стенка кисты не является патогномичным симптомом ее паразитарного происхождения. При КТ с болюсным контрастным усилением кисты печени не изменяют свою плотность в отличие от эхинококковых кист, которые имеют умеренно выраженное контрастирование по периферии, обусловленное накоплением контрастного вещества в фиброзной оболочке кисты.

В 9 из 12 случаев при эхинококкозе выявлялась капсула кисты, толщина которой составляла 2 - 3 мм, у 7 чел. - наличие дочерних кист.

При проведении МРТ на T2ВИ в 6 случаях кисту выявляли как участок с повышенной интенсивностью МР - сигнала, неправильно округлой формы, с четкими, ровными контурами. Гидатидная жидкость имела равномерный гиперинтенсивный сигнал с умеренной его гипоинтенсивностью в базальных отделах при наличии большого количества "гидатидного песка" в кисте. Перегородки в просвете

кисты, стенки дочерних и внучатых кист имели гипоинтенсивный сигнал. Хитиновая оболочка кисты давала гипоинтенсивный сигнал. При этом различие гипоинтенсивности фиброзной капсулы и хитиновой оболочки паразита создавало на томограммах двухслойное изображение стенки кисты, что было характерно только для паразитарной кисты. Кальцинаты в стенках кисты выявляли как области с отсутствием МР - сигнала.

При эхинококковой кисте максимальное значение общей диагностической точности ультразвуковых параметров достигало 83,8% (анэхогенность образования). Максимальное значение общей диагностической точности КТ - параметров достигало 71,0% (четкий контур образований), а чувствительности – 100,0% (гиподенсный характер образования).

Следует отметить, что УЗИ показало наибольшую диагностическую информативность при эхинококковой кисте печени. МРТ не может рассматриваться как метод выбора в диагностике ГЭП. Однако кисты могут быть случайно обнаружены при проведении МРТ печени по другим показаниям.

Видеоэндоскопические операции выполнены у 12 пациентов с гидатидозным эхинококкозом печени. С соблюдением правил апаритарности и антипаразитарности последовательно выполнялись пункция кисты, удаление ее содержимого при помощи вакуум - экстрактора повышенной мощности, обработка остаточной полости 20 – 30% раствором хлорида натрия. Далее выделяли фиброзную капсулу по периметру кисты от прилежащей печеночной ткани с помощью ультразвукового скальпеля, а при необходимости - с последовательной перевязкой и клипированием прилежащих трубчатых элементов. При расположении эхинококковой кисты вблизи крупных кровеносных сосудов и желчных протоков часть фиброзной капсулы оставляли на поверхности и производили их дополнительную обработку термопневмокоагуляцией. Характер лапароскопических операций: эхинококкэктомия – 6, перицистэктомия – 5, краевая резекция печени с кистой – 1.

При больших размерах (более 15 см) кист и их внутриорганным расположении эхинококкэктомию целесообразно делать открытым способом. Показаниями к лапароскопической перицистэктомии явились кисты I - II типов до 7 см в диаметре, расположенные субкапсульно. Лапароскопическую эхинококкэктомию выполняли при кистах I-II типов диаметром до 15 см, с локализацией в III-IV сегментах печени. Остаточную полость после эхинокок-

кэктомии ликвидировали путем наружного дренирования у 7 чел. и оментопластики – у 5.

Специфическое осложнение в виде желчного свища, функционировавшего в течение 11 дней, наблюдалось после лапароскопической открытой эхинококкэктомии у 1 больного. Средняя длительность лапароскопической эхинококкэктомии составила $67,2 \pm 3,1$ мин. Лапароскопическая перицистэктомия длилась в среднем $76 \pm 4,7$ мин., краевая резекция печени – $77 \pm 3,8$ мин. Кровопотеря составила в среднем 80 ± 12 мл. После открытой лапароскопической эхинококкэктомии сроки нахождения дренажей в остаточной полости составили $8,4 \pm 1,3$ дня. Длительность пребывания больных в стационаре после такой операции составила $7,8 \pm 2,2$ дня. Максимальный срок наблюдения после операции был 2 года. Диагностирован рецидив после открытой эхинококкэктомии у 1 пациента.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, диагностический комплекс целесообразно дополнять компьютерной томографией при наличии технических проблем проведения предварительного УЗИ (ожирение, метеоризм и др.) и положительном результате специфичного иммуноферментного тестирования для выбора наиболее адекватной хирургической тактики. МРТ можно рекомендовать как второй (после УЗИ или КТ) уточняющей метод, который может применяться в диагностически сложных случаях, для выявления морфологических характеристик развития паразита, для определения взаимосвязи кист с сосудами печени и желчными протоками. При выборе способа лечения предпочтение следует отдавать органосохраняющим радикальным вмешательствам. Малоинвазивные лапароскопические методы диагностики и лечения целесообразно шире использовать при ГЭП в специализированных хирургических гепатологических центрах.

ЕНДОВІДЕОХІРУРГІЧНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ГІДАТИДОЗНОМУ ЕХІНОКОККОЗІ ПЕЧІНКИ

В.В. Хацко, О.Д. Шаталов, С.В. Межаков, О.Є. Кузьменко, Є.І. Гоц

Реферат. Мета роботи – покращання результатів лікування гідатидозних ехінококових кіст печінки шляхом застосування лапароскопічних втручань. Матеріал і методи. Узагальнено досвід 12 ендовідеохирургічних операцій при гідатидозному ехінококкозі печінки (ГЕП). Серед пацієнтів були 8 жінок і 4 чоловіків у віці від 32 до 53 років. Усім хворим виконувалися загальноклінічні лабораторні дослідження, імунологічні реакції (РІА), УЗД, у 9 чол. – комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія. Ехінококкова кіста локалізувалася в правій частині печінки у 9 чол., у лівій – у 3. Результати та

обговорення. Структура лапароскопічних втручань була наступна: ідеальна ехінококкектомія - у 6 (52%) chol., періцистектомія - у 4 (31,1%), крайова резекція печінки з кистою - у 2 (16,9%). Спостерігали рецидив після періцистектомії у 1 пацієнта, який ліквідований за допомогою пункції під УЗД-контролем. Таким чином, лапароскопічні операції є методом вибору при ГЕП.

Ключові слова: ендовідеохірургічні операції, гідатидозний ехінококкоз печінки.

ENDOVideoscOPICS OPERATIONS AT GIDATIDA'S ECHINOCOCCUS OF A LIVER

V.V. Khatsko, AD. Shatalov, S.V. Mejakov, A.E. Kuzmenko, E.I. Gots

Abstract. The purpose of work - enriching of results of treatment gidatida's echinococcus of cysts of a liver by application of endovideosurgical operations. Stuff and methods. The experience of 12 endovideosurgical operations is generalized at gidatida's echinococcus of a liver (GEL). Among the patients there were 8 women and 4 men in the age of from 32 till 53 years. All patient carried out laboratory researches, immunological reactions, ultrasonography, at 9 patients - computer or nuclear tomography. The echinococcus cyst was localized in a dextral hepatic lobe at 9 man., in the left lobe - at 3. Results and discussion. The frame of

laparoscopies operations was next: ideal echinococectomy - at 6 (52%), pericystectomy - at 4 (31,1%), regional resection of a liver with a cyst - at 2 (16,9%). The relapse after pericystectomy at 1 patient is diagnosed which is liquidated with the help of a puncture under the ultrasound-control. Thus laparoscopic operations are a method of a choice at GEL.

Key words: endovideosurgical operations, gidatida's echinococcus of a liver.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акилов Х.А. Лапароскопическая кистэктомия при паразитарных и непаразитарных кистах печени / Х.А. Акилов, Е.М.Сайдазимов, С.С.Агзамход-жаев // *Анналы хир. гепатологии.* - 2002. - Т. 7, № 1. - С. 302.
2. Иванов С.А. Устройство универсальное для эхинококэктомии при лапароскопических и видеоассистированных вмешательствах / С.А.Иванов С.А, И.Г.Игнатович, А.В.Хохлов // *Анналы хир. гепатологии.* - 2002. - Т. , № 1. - С. 314.
3. Макаров В.И. Видеолапароскопия при больших и гигантских кистах печени / В.И.Макаров, Б.А.Сотниченко, О.И.Щепетильникова // *Анналы хир. гепатологии.* - 2004. - Т. 9, № 2. - С. 90.
4. Ничитайло М.Е. Эндовидеохирургия гидатидного эхинококкоза печени / М.Е.Ничитайло, Л.Н.Литвиненко, О.П.Гулько // *Анналы хир. гепатологии.* - 2004. - Т. 9, № 2. - С. 94.