

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКВІДАЦІЇ ЕХІНОКОКОВИХ КІСТ ІV СЕГМЕНТА ПЕЧІНКИ ПРИ ВІДКРИТОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ВТРУЧАННІ У ДІТЕЙ

В.П. Притула

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ
Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ

ОСОБЕННОСТИ ЛИКВИДАЦИИ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ІV СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ ПРИ ОТКРЫТОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ У ДЕТЕЙ

В.П. Притула

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев
Национальная детская специализированная больница «Охматдет», г. Киев

THE PECULIARITIES OF THE ELIMINATION OF THE ECHINOCOCCAL CYSTS OF THE ІV LIVER SEGMENT UNDER THE OPEN SURGERY IN CHILDREN

V.P. Prytula

O.O. Bohomolets National Medical University, Kyiv
National Specialized Children's Hospital, Kyiv

Резюме. Запропоновано оригінальні способи ліквідації порожнини ехінококової кісти ІV сегмента печінки малих і великих розмірів при відкритому хірургічному втручанні. Такі втручання виконані у 16 пацієнтів з кістами малих розмірів і у 8 дітей з кістами великих розмірів. Завдяки створенню оптимальних умов вдалося запобігти післяопераційним ускладненням та появи рецидиву захворювання у пацієнтів з ехінококовими кістами, які локалізуються в ІV сегменті печінки, чим було забезпечено успішне лікування.

Ключові слова: ехінококові кісти печінки, лікування, результати, діти.

Резюме. Предложены оригинальные способы ликвидации полости эхинококковой кисты ІV сегмента печени малых и больших размеров при открытом хирургическом вмешательстве. Такие вмешательства выполнены у 16 пациентов с кистами малых размеров и у 8 детей с кистами больших размеров. Благодаря созданию оптимальных условий, удалось предотвратить послеоперационные осложнения и появления рецидива заболевания у пациентов с эхинококковыми кистами, которые локализируются в ІV сегменте печени, чем было обеспечено успешное лечение.

Ключевые слова: эхинококковые кисты печени, лечение, результаты, дети.

Abstract. The original methods of elimination of small and large echinococcal cyst's cavity in the ІV liver segment under the open surgery were proposed. Such interventions were performed to 16 patients with small cysts of and to 8 children with large cysts. Owing to the creation of optimal conditions which prevent the occurrence of postoperative complications and recurrence of the disease by means of increasing the reliability of cyst's cavity stitching it was succeed to prevent postoperative complications and the occurrence of relapse in patients with echinococcal cysts, which are located in segment ІV of the liver with which was achieved successful treatment.

Keywords: echinococcal liver cyst, treatment, outcomes, and children.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Ехінококові кісти печінки (ЕКП) відносно часто локалізуються в ІV сегменті печінки. Таке розташування кіст спостерігається до 32,1% від загальної кількості пацієнтів на ехінококозу печінки [1, 3].

ІV сегмент печінки – це анатомічна частина цього органу, лівий орієнтир якої проходить по серповидній зв'язці, а правий: з діафрагмальної поверхні – по серединній щілині (від середини ямки жовчного міхура до нижньої порожнинної вени), з вісцеральної поверхні – по лінії Рекса-Кантля, яка проходить спереду до заду від середини ямки жовчного міхура через ямку нижньої порожнинної вени. Даний сегмент знаходиться в центрі печінки, оточений щільною паренхімою, що до певної міри перешкоджає швидкому збільшенню паразитарної кісти. Тому частіше в цій локалізації зустрічаються кісти малого розміру - діаметром до 70 мм [2, 4].

При хірургічному лікуванні ехінококозу ІV сегмента печінки виникають особливі труднощі, пов'язані з анатомо-фізіологічними особливостями цієї ділянки. По ходу хірургічного втручання, а саме після пункції та евакуації рідкого вмісту напруженої кісти ІV сегмента печінки проходить спадання стінок фіброзної капсули і деформація положення (перегин) жовчного міхура та зовнішніх жовчних проток. Довготривалий високий внутрішньо-кістозний тиск сприяє витонченню прилеглих до хітинової оболонки печінкових жовчних проток та утворенню зрост між ними. Після вилучення хітинової оболонки в порожнині фіброзної капсули часто виявляють жовчні нориці різних розмірів.

Залишкові порожнини ІV сегмента печінки після ехіно-

кокетомії мають ригідні стінки і тяжко піддаються або не піддаються зшиванню. Для ліквідації порожнини кісти ІV сегмента печінки найчастіше використовують оментопластику або капітонаж за Дельбе чи за Н.Ф.Березкіним, які, на нашу думку, мають ті ж самі недоліки, про які ми вказували вище [5].

Мета роботи – розробити та впровадити в практику нові способи ліквідації ехінококових кіст ІV сегмента печінки при відкритому хірургічному втручанні у дітей.

Матеріали і методи

Проаналізовані дані при лікуванні 212 дітей з ЕКП, які знаходилися у відділеннях хірургії Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит». Серед них – у 24 пацієнтів кісти локалізувалися в ІV сегменті печінки.

Результати та їх обговорення

Нами запропоновано спосіб ліквідації порожнини ехінококової кісти ІV сегмента печінки малих розмірів при відкритому хірургічному втручанні (Патент України №66347) (рис. 1).

Згідно з цим методом проводили лапаротомію, пункцію кісти та аспірацію паразитарної рідини, знезаражували порожнину кісти сколецидними препаратами, відсмоктували їх, а потім розкривали фіброзну капсулу, видаляли хітинову оболонку та висікали поверхневу частину фіброзної капсули. Капітонаж кісти полягав в тому, що з протилежного боку від кісти прошивали стінку серповидної зв'язки печінки, на відстані 10-15 мм від межі фіброзної капсули ззовні лівого краю порожнини кісти проводили черезпечінковий укол з

«Архів клінічної медицини»

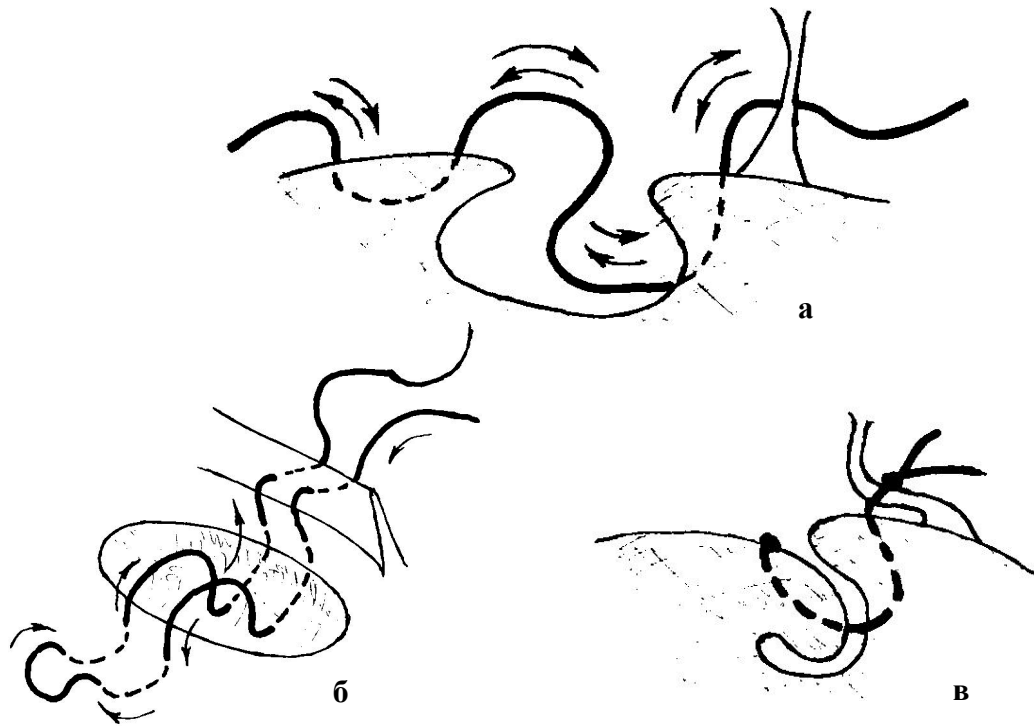


Рис. 1. Етапи ліквідації порожнини ехінококової кісти IV сегмента печінки малих розмірів при відкритому хірургічному втручанні (схема): а - хід накладання лігатур (вказано стрілками) при зашиванні порожнини кісти (в поперечному зрізі); б - хід накладання лігатур (вказано стрілками) при зашиванні порожнини кісти (в об'ємному зображенні); в - залишкова порожнина ліквідована

виколом на глибину до 25-30 мм всередині порожнини кісти, і цією ж голкою ззовні протилежного (правого) краю проводили поверхневий проксимальний укол глибиною 5 мм і на відстані до 20 мм дистальніше – викол.

На зворотному шляху, формуючи поперечний П-шов шириною 10-15 см, ззовні правого краю проводили поверхневий дистальний укол глибиною 5 мм і на відстані до 20 мм проксимальніше – викол, а потім з внутрішньої поверхні фіброзної капсули лівого краю порожнини кісти, на ширину 10-15 см паралельно попередньому виколу, проводили черезпечінковий укол з наступним виколом назовні на таку ж ширину на відстані 10-15 мм від межі фіброзної капсули та прошивали стінку серповидної зв'язки печінки в протилежному напрямку. При затягуванні лігатури скручували і укладали край порожнини кісти у вигляді рулету з наступним зав'язуванням шва при максимальному скручуванні країв і натягу нитки.

Такий спосіб капітонажу можливий не лише при достатній еластичності обох країв кісти, бо дана методика якраз передбачає наявність ригідних країв. Крім того, такий спосіб доступний при глибокій вузькій порожнині ЕКП. Даний метод накладання подібних лігатур гарантує достатнє затягування швів і стуляння стінок фіброзної капсули, що запобігає формуванню залишкової порожнини кісти. Міцність такого шва підтримується додатковим прошиванням серповидної зв'язки, яка запобігає прорізуванню паренхіми печінки лігатурою під П-швом. При такій операції немає необхідності для надмірного затягування лігатур, що запобігає прорізанням фіброзної капсули з можливою кровотечею в порожнину кісти, що важливо для уникнення появи чи нагноєння залишкової порожнини кісти, або витікання жовчі з формуванням жовчної нориці.

Нами проведено відкрите хірургічне втручання, з ліквідацією порожнини ехінококової кісти IV сегмента печінки малих розмірів за цим способом у 16 пацієнтів. Дана методика дозволила гарантовано ліквідувати порожнину ЕКП і в жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання та побічних ускладнень.

Існують також певні особливості корекції порожнини ехінококової кісти IV сегмента печінки великих розмірів при відкритому хірургічному втручанні.

Велика кіста IV сегмента печінки викликає компресію гілок ворітної вени і внутрішньо-печінкових жовчних проток, які проходять в цьому сегменті, що призводить до застою та збільшення об'єму печінки, та є причиною різного ступеня порушень функціонального стану печінки, пригнічень кістково-мозкового кровотворення, підвищення алергічного фону.

Нами запропоновано спосіб ліквідації порожнини ехінококової кісти IV сегмента печінки великих розмірів при відкритому хірургічному втручанні (Патент України №66348) (рис. 2).

Даний спосіб полягав у тому, що проводили лапаротомію, пункцію кісти та аспірацію паразитарної рідини, знезаражували порожнину кісти скелецидними препаратами, відсмоктували їх, а потім розкривали фіброзну капсулу, видаляли хітинову оболонку та висікали поверхневу частину фіброзної капсули. Капітонаж порожнини полягав в тому, що з протилежного боку від кісти прошивали стінку серповидної зв'язки печінки, на відстані 10-15 мм від межі фіброзної капсули ззовні лівого краю порожнини кісти проводили черезпечінковий укол з виколом на глибину до 25-30 мм всередині порожнини кісти, і цією ж голкою ззовні протилежного (правого) краю проводили поверхневий проксимальний укол глибиною 5 мм і на відстані до 20 мм дистальніше – викол. Прошивали по полюсах у вигляді прокладки підготовлений (висічений із фіброзної оболонки кісти) клапоть 20x10 мм.

На зворотному шляху, формуючи поперечний П-шов шириною 10-15 см, ззовні протилежного (правого) краю проводили поверхневий дистальний укол глибиною 5 мм і на відстані до 20 мм проксимальніше - викол, а потім з внутрішньої поверхні фіброзної капсули лівого краю порожнини кісти, на ширину 10-15 см паралельно попередньому виколу, проводили черезпечінковий укол з наступним виколом назовні на таку ж ширину на відстані 10-15 мм від межі

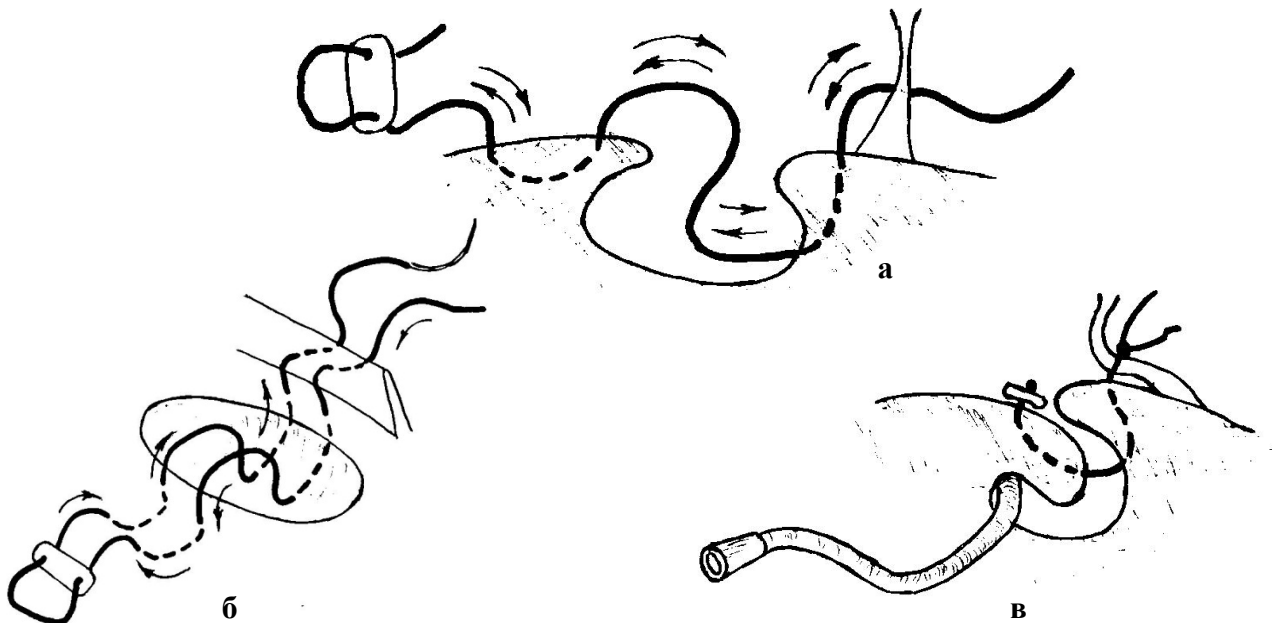


Рис. 2. Етапи ліквідації порожнини ехінококової кісти IV сегмента печінки великих розмірів при відкритому хірургічному втручанні (схема): а – хід накладання лігатур (вказано стрілками) при зашиванні порожнини кісти (в поперечному зрізі); б - хід накладання лігатур (вказано стрілками) при зашиванні порожнини кісти (в об'ємному зображенні); в - залишкова порожнина ліквідована, дренаж в зашитій порожнині кісти

фіброзної капсули та прошивали стінку серповидної зв'язки печінки в протилежному напрямку. Завівши дренажну трубку в просвіт порожнини кісти, затягували лігатури, скручували і укладали краї порожнини кісти у вигляді рулету з наступним зав'язуванням шва при максимальному скручуванні країв та натягу нитки, і таких швів наклали кілька, із відстанню між ними до 1 см.

Такий спосіб капітонажу передбачав наявність ригідних країв порожнини кісти. Даний метод накладання подібних лігатур гарантував достатнє затягування швів і стуляння стінок фіброзної капсули, що запобігало формуванню залишкової порожнини кісти. Міцність такого шва підтримується додатковим прошиванням серповидної зв'язки печінки з одного боку та прошиванням по полюсах підготовленого (висіченого із фіброзної оболонки кісти) клаптя 20x10 мм у вигляді прокладки, що запобігало прорізуванню паренхіми печінки лігатурою під П-швом. При такій операції немає необхідності для надмірного затягування лігатур, що запобігає прорізанням фіброзної капсули з можливою кровотечею в порожнину кісти, що важливо для уникнення появи чи нагноєння залишкової порожнини кісти, або витікання жовчі з формуванням жовчної нориці.

Ми провели відкрите хірургічне втручання, з ліквідацією порожнини ехінококової кісти IV сегмента печінки великих розмірів таким способом у 8 пацієнтів. Дана методика також дозволила нам гарантовано ліквідувати порожнину ЕКП і в жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання та побічних ускладнень.

Висновок

Завдяки створенню оптимальних умов, які запобігають

післяопераційним ускладненням та появі рецидиву захворювання, шляхом підвищення надійності зашивання порожнини кісти, вдалося запобігти післяопераційним ускладненням та появі рецидиву захворювання, чим було забезпечено успішне лікування.

Перспективи подальших досліджень

Наші дослідження дозволяють вказувати на наявність проблем в лікуванні дітей з ЕКП. Не менш важливим є подальший пошук найбільш ефективних способів хірургічного лікування цієї патології при накопиченні клінічного матеріалу.

Література

1. Echinococcal disease in Alberta, Canada: more than a calcified opacity / A.Somily, J.L.Robinson, L.J.Miedzinski et al. // BMC Inf. Dis. – 2005. - Vol. 5. – P.34-43.
2. Hydatid disease involving some rare locations in the body: a pictorial essay / M.Yuksel, G.Demirpolat, A.Sever et al. // Korean J. Radiol. – 2007. – Vol. 8. –P.531-540.
3. Moro P. Cystic echinococcosis in the Americas / P.Moro, P.M.Schantz // Parasitology International. – 2006. - Vol. 55. – P.181-186.
4. Percutaneous imaging-guided treatment of hydatid liver cysts: Do long-term results make it a first choice? / A.Kabaalioglu, K.Ceken, E.Alimoglu, A.Apaydin // Eur. J. Radiol. – 2006. – Vol. 59. – P.65-73.
5. Smego Jr. R.A. Treatment options for hepatic cystic Echinococcosis / R.A. Smego Jr., P.Sebanago // Intern. J. Infect. Dis. – 2005. – Vol. 9. – P.69-76.

Надійшла 01.07.2014 року.