

## ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ З ВИКОРИСТАННЯМ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ

*М.А.Каштальян,  
С.О.Пастерначенко, О.Б.Тимчук*

Військово-медичний клінічний центр Південного регіону,  
Одеський національний медичний університет  
Одеса, Україна

---

У роботі проаналізовано 12-річний досвід лікування хворих на ехінококоз печінки у ВМКЦ Південного регіону. Спираючись на наведені результати лікування, можна зробити висновок, що лапароскопічна ехінококектомія є операцією вибору при лікуванні хворих на ехінококоз печінки, при чому післяопераційні ускладнення та віддалені наслідки є співставними в порівнянні з операцією через традиційний лапаротомний доступ, однак лапароскопічні втручання більш доцільні за рахунок меншої тривалості, меншої інтраопераційної крововтрати та швидшого відновлення працездатності хворого.

**Ключові слова:** *ехінококоз печінки, лапароскопічна ехінококектомія, «ідеальна» ехінококектомія*

---

### **Вступ**

Лікування ехінококозу печінки повинно бути виключно хірургічним. Воно показане як при живому паразиті, так і при його загибелі, і тим більше при розвитку ускладнень, таких як нагноєння, прорив в жовчовивідні шляхи, сусідні порожнисті органи та вільну черевну порожнину [3, 4, 8].

Однак сама проблема вибору методу хірургічного лікування даної патології до кінця не вирішена, так як існують різні підходи до вибору методу хірургічного лікування в залежності від локалізації, розмірів паразитарної кисти та її зв'язку з жовчними протоками, судинами печінки та сусідніми органами.

Доведено, що в процесі росту паразитарної кисти зародкові елементи знаходяться як у внутрішній хітиновій оболонці, так і відмічено їх проникнення у фіброзну капсулу кисти [5]. Виходячи з вищевказаного, слід зробити висновок, що найбільш правильним та радикальним методом лікування паразитарних кист печінки повинна бути перицистектомія (ідеальна ехінококектомія), коли, крім хітинової оболонки, видаляється і фіброзна капсула кисти [1, 6]. Однак, як показує практика і наш досвід, подібний метод лікування є можливим до виконання лиш у 15-20% хворих, і це пов'язано як з розмірами самої кисти, так і з її локалізацією, близькістю розташування кисти до воріт печінки, а відповідно, до крупних судин та жовчних протоків, що створює високий ризик інтра- та післяопераційних ускладнень при виконанні «ідеальної» ехінококектомії [2]. Радикальною операцією також є і резекція печінки, однак вона показана при значних розмірах кисти чи при наявності кількох утворень в одній долі печінки.

Альтернативою виконання відкритих радикальних операцій є лапароскопічна ехінококектомія, коли видаляється лише внутрішня хітинова та гермінативна оболонка в межах фіброзної капсули, досвідом виконання якої ми і хочемо поділитись.

Метою дослідження було оцінити ефективність лапароскопічної ехінококектомії в порівнянні з традиційними оперативними втручаннями при даній патології.

### ***Матеріали та методи дослідження***

За період з 2000 до 2012 р. на базі відділення абдомінальної та пластичної хірургії ВМКЦ Південного регіону проліковано 104 хворих з паразитарними кистами печінки. З них чоловіків було 65, жінок — 39. Середній вік склав  $38 \pm 4,2$  року, тобто майже всі хворі були працездатного віку.

Обстеження хворих було стандартним та включало в себе загальноклінічні, біохімічні аналізи, ЕКГ, ФГ ОГК, УЗД та КТ органів черевної порожнини, ФГДС. У разі сумнівів у характері кисти виконували специфічні серологічні реакції.

У 74 хворих паразитарні кисти були в правій долі печінки, у 23 хворих — у лівій долі, у 7 хворих ехінококом були уражені обидві долі печінки. Розміри паразитарних кист складали від 3 до 18 см в діаметрі.

Усього було виконано 116 оперативних втручань, з них 94 операції виконані лапароскопічно та 22 традиційним лапаротомним способом.

Серед лапароскопічних операцій: лапароскопічна ехінокоектомія — 70 операцій, «ідеальна ехінокоектомія» лапароскопічним доступом — 9 операцій, атипова лапароскопічна резекція печінки — 5 операцій, лапароскопічна санація та дренування залишкових порожнини та черевної порожнини — 5 операцій

Операції, виконані лапаротомним доступом: «ідеальна ехінокоектомія» — 10 операцій, атипова резекція печінки — 10 операцій, санація та дренування залишкових порожнин та черевної порожнини — 2 операції.

При виконанні лапароскопічної ехінокоектомії після ревізії органів черевної порожнини та уточнення локалізації кисти виконували пункцію останньої для евакуації рідкого вмісту та вводили в порожнину кисти концентрований розчин повідон-йоду («Бетадин») з експозицією 15 хв. Під час експозиції додатково обкладали кисту по периметру марлевими серветками, змоченими в розчині повідон-йоду для відмежування від сусідніх органів та попередження потрапляння вмісту кисти в вільну черевну порожнину. Після чого L-подібним електродом або гармонійним скальпелем видаляється «дах» кисти, тобто та її стінка, що виступає над поверхнею печінки. Видалення проводили до здорової печінкової тканини. Наступним етапом операції було видалення хітинової та гермінативної оболонки. Для чого нами був сконструйований пристрій (патент на корисну модель №41667, Бюл. №10 А61В 17/22, від 25.05.2009), який являє собою трубчастий металевий наконечник, діаметром 10 мм, зрізаний під кутом 45 градусів, під'єднаний до хірургічного електровідсмоктувача. Діаметр 10 мм дозволяє використовувати його через 10 мм лапаропорт та безперешкодно евакуювати хітинову оболонку. Після чого проводили ретельний огляд ложа кисти тобто її фіброзної оболонки, гемостаз проводили за допомогою електрокоагуляції, гармонійного скальпеля, гемостатичної губки «Тахокомб» та сітки «Сурджисел» при потребі. При виявленні в ложі кисти дрібних жовчних протоків останні ушивали з інтракорпоральною фіксацією лігатур або при розташуванні поверхнево кліпували. Дренування ложа кисти проводили, як правило, двома силіконовими дренажами та ПХВ-дренажем достатнього діаметра за Реддоном.

Тривалість лапароскопічної операції —  $50 \pm 12$  хв, при відкритій ехінокоектомії —  $68 \pm 13,5$  хв. Тривалість післяопераційного періоду (перебування хворого в стаціонарі) при лапароскопічній ехінокоектомії склала  $7 \pm 2,5$  доби, у той час як при ехінокоектомії з лапаротомного доступу —  $10 \pm 2,8$  доби.

Дренажі в обох випадках знаходилися в порожнині кисти та черевній порожнині 5-7 діб з метою контролю наявності жовчовиділення чи кровотечі з ложа кисти.

### *Результати дослідження та їх обговорення*

У післяопераційному періоді рецидив ехінококової кисти мав місце в 2-х випадках серед хворих, прооперованих лапароскопічно, та в 1 випадку у хворого, прооперованого традиційним відкритим доступом.

Післяопераційні ускладнення у вигляді жовчовиділення з ложа кисти відмічались у 21 (25%) хворого, прооперованого лапароскопічно, що протребувало повторного лапароскопічного втручання у 3 (3,5%) хворих, в інших 18 хворих жовчовиділення зупинилось самостійно в результаті консервативної терапії та ендоскопічної папілосфінктеротомії. Ще 1 хворого було прооперовано повторно із-за потрапляння жовчі у вільну черевну порожнину, що стало причиною розвитку жовчного перитоніту. В одного хворого мала місце кровотеча з ложа кисти, що також протребувало релапароскопії та зупинки кровотечі. Летальних наслідків серед хворих, яким була виконана лапароскопічна ехінококектомія не було.

Серед хворих, прооперованих традиційним відкритим доступом, післяопераційні ускладнення в вигляді жовчовиділення з ложа кисти мали місце в 4 (20%) випадках, яке було припинене консервативними методами та ЕПСТ. В одного хворого мала місце кровотеча з тканини печінки, що протребувала релапаротомії та зупинки кровотечі. Та в одному випадку хворий був прооперований повторно із-за розвитку у нього підпечінкового абсцесу.

### *Висновки*

Таким чином, відсоток післяопераційних ускладнень при виконанні лапароскопічних та відкритих операцій у лікуванні хворих на ехінококоз печінки є співставним, однак лапароскопічна ехінококектомія має свої вагомі переваги, а саме: менша тривалість операції та інтраопераційної крововтрати відповідно, скорочення терміну перебування хворого на ліжку та швидшого відновлення працездатності, що робить її операцією вибору для лікування хворих на ехінококоз печінки.

## *Література*

1. Ахметов Д.Г., Молдоташев Д.У. Радикальные оперативне вмешательства при гидатидозном эхинококкозе печени // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2007. — №3. — С. 41.
2. Паллаев М.Г., Саидов Р.Х., Мирзоев А.Ф., Гульмурадов У.Т. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного механической желтухой // *Тез. докл. I конгресса московских хирургов.* — М., 2005. — С. 320.
3. Иванов А.М., Новиков С.Д., Чуфистов К.В. Оперативное лечение эхинококкоза печени // *Тез. докл. I конгр. московских хирургов.* — М., 2005. — С. 297-298.
4. Махмадов Ф.И., Муминов Б.Г., Холов К.Р. Хирургическое лечение больших эхинококковых кист печени // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2007. — №3. — С. 14-17.
5. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Федотовских Г.В. и др. Морфологическое выявление зародышевых элементов эхинококка в фиброзной капсуле печени, оценка эффективности обработки остаточной полости печени комбинированным способом // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2007. — №3. — С. 33-34.
6. Насиров М.Я., Панахов Д.М., Ахмедов Г.Х. Пути улучшения результатов лечения эхинококкоза печени // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2002. — №1. — С. 23-26.
7. Аталиев А.Е., Шукуров А.А., Хаитов И.Б. и др. Пункционно-дренажное лечение эхинококкоза печени как альтернатива хирургического лечения // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2007. — №3. — С. 40.
8. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Кахаров М.А. и др. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2002. — №1. — С. 18-22.

*М.А.Каштальян, С.О.Пастерначенко, О.Б.Тимчук. Хирургическое лечение эхинококкоза печени с использованием лапароскопической техники. Одесса, Украина.*

*Ключевые слова: эхинококкоз печени, лапароскопическая эхинококкэктомия, «идеальная» эхинококкэктомия.*

В статье проанализирован 12-летний опыт лечения больных эхинококкозом печени в ВМКЦ Южного региона. Опираясь на приведенные результаты лечения, можно сделать вывод, что лапароскопическая эхинококкэктомия является операцией выбора при лечении больных эхинококкозом печени, причем послеоперационные осложнения и отдаленные последствия являются сопоставимыми по сравнению с операцией через традиционный лапаротомный

доступ, однако лапароскопические вмешательства более целесообразны за счет меньшей продолжительности, меньшей интраоперационной кровопотери и быстрого восстановления трудоспособности больного.

***M.A.Kashtalyan, S.O.Pasternachenko, O.B.Timchuk. Surgical treatment of echinococcosis of the liver using laparoscopic techniques. Odessa, Ukraine.***

***Key words: hydatid liver, laparoscopic echinococcectomy, «ideal» echinococcectomy.***

The article analyzed 12 years of experience in treating patients with liver echinococcosis VMKTS Southern Region. Based on the results of treatment can be concluded that laparoscopic surgery is echinococcectomy choice in the treatment of hepatic echinococcosis, with postoperative complications and long-term effects are comparable in comparison with the operation through traditional laparotomy access, but laparoscopic intervention more feasible due to shorter duration, less intraoperative blood loss and quicker rehabilitation of the patient.