

УДК 616.36-002.3-006-089

© Я.Г. КОЛКІН, В.В. ХАЦКО, О.Д. ШАТАЛОВ, Ф.А. ГРЕДЖЕВ, О.Є. КУЗЬМЕНКО, Р.Є. ПІЩАНСЬКИЙ, К.І. ПАВЛОВ, Н.К. БАЗІЯН

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Удосконалення лапароскопічних і традиційних відкритих втручань у хворих на доброякісні осередкові утвори печінки

Ya.H. KOLKIN, V.V. KHATSKO, O.D. SHATALOV, F.A. HREDZHEV, O.YE. KUZMENKO, R.YE. PISHCHANSKYI, K.I. PAVLOV, N.K. BAZIYAN

Donetsk National Medical University by M. Horky

IMPROVEMENT OF LAPAROSCOPIC AND TRADITIONAL OPEN SURGERIES IN PATIENTS WITH BENING FOCAL FORMATIONS OF LIVER

На підставі 158 спостережень проведено порівняльний аналіз результатів лікування хворих на бактеріальні абсцеси (БАП) – 72 особи, непаразитарні кісти печінки (НКП) – 66 хворих, гемангіоми печінки – 20, вік пацієнтів 15–77 років. Найбільш інформативними діагностичними методами були: сонографічний, комп'ютерна томографія, лапароскопія. 67 хворим виконані малоінвазивні втручання під контролем УЗД, КТ або лапароскопії, 91 пацієнту – відкриті операції. Після малоінвазивних втручань у 17,9 % хворих спостерігали різні ускладнення, після відкритих операцій – у 27 % (помер 1 пацієнт). Малоінвазивні операції із застосуванням розроблених у клініці 6 винаходів доцільно ширше використовувати при доброякісних утворах печінки у спеціалізованих хірургічних гепатологічних центрах.

On the basis of 158 cases the comparative analysis of results of patients' treatment with bacterial abscess (BAL) – 72 patients, not parasitogenic cysts of a liver (NPCL) – 66 patients, hemangiomas of liver – 20 patient, in the age of 15-77 years was carried out. Most important diagnostic methods were: sonography, computer tomography, laparoscopy. 67 patients were executed miniinvasive intervention under the control of ultrasonic investigation, computer tomography or laparoscopy, 91 patients - open operations. After miniinvasive interventions in 17,9 % of the patients were observed different complications, after the open operations - in 27 % (1 patient died). Miniinvasive intervention, using 6 inventions developed in clinic, expediently to use more widely at nonmalignant tumors of liver in specialized surgical hepatological centers.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Доброякісні осередкові утвори печінки дотепер є актуальною проблемою хірургії, деякі питання ще не вирішені. Аналіз сучасних даних літератури і клінічного досвіду свідчить про необхідність критичного визначення патогенезу цих захворювань, розробки чітких диференційно-діагностичних і прогностичних критеріїв і показань до консервативного та хірургічного лікування.

З кожним роком частота виявлення доброякісних утворів печінки значно зростає у зв'язку з широким застосуванням ультразвукового дослідження (УЗД) і комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ), що відкрило шлях до розвитку малоінвазивної хірургії. За даними автопсії, частота виявлення кіст печінки складає 0,15–1,86 % [4, 7, 8, 9]. Абсцес печінки виявля-

ють у 0,08–1 % випадків серед госпіталізованих пацієнтів [6, 10, 1, 7].

Частота діагностичних помилок у хворих на абсцес печінки складає 50–70 % [1, 7], внаслідок пізньої діагностики летальність може сягати 30–80 % [7, 10]. Чутливість і ефективність УЗД при процесах і кістах печінки складає 91 %, КТ – 98 % [3, 10]. Перевага КТ і МРТ особливо відчутна при виявленні малих кіст, гемангіом і абсцесів, а також порожнистих утворів, що містяться в зоні воріт печінки. Лапароскопія дозволяє виявити абсцеси і кісти в доступних огляду зонах печінки [10, 7, 9] з використанням малоінвазивної пункції.

Гемангіома – судинна пухлина печінки, складає 2,3–3 % серед усіх доброякісних утворів печінки, а під час автопсії – 0,7–7,3 % [2, 6, 5]. Автори свідчать, що майже 2 % населення має гемангіому печінки, яка після народження повільно росте.

Вибір тактики лікування кіст і гемангіом печінки також є предметом дискусії – від динамічного спостереження (при кістах діаметром до 5 см) – до резекції печінки [4, 3, 9]. Багато хірургів при гемангіомах печінки операцією вибору вважає енуклеацію або клиноподібну резекцію печінки, бо остання менш травматична, ніж великі резекції печінки [2, 5, 8]. Паліативними втручаннями є селективна емболізація судин біля гемангіоми, кріодеструкція пухлини, перев'язка гілок печінкової артерії і ворітної вени [2, 5].

Мета роботи: порівняльне вивчення ефективності відкритого хірургічного втручання і лапароскопічного вдосконаленого лікування хворих на доброякісні осередкові утвори печінки.

Матеріали і методи. За останні 10 років у клініці лікували 72 хворих на бактеріальні абсцеси печінки (БАП), чоловіків було 41 (58%), жінок – 31 (42%), вік пацієнтів 19–74 роки. Хворих на НКП було 66: 39 (59,9%) жінок і 27 (40,1%) чоловіків, на гемангіоми печінки – 20 осіб у віці 15–77 років. Застосовані (у різних поєднаннях) такі методи дослідження: клініко-лабораторні, ультразвуковий (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ), лапароскопія, цитологічне і бактеріологічне дослідження рідини печінки. Для УЗД використовували сонографічний апарат “Dornier – 5200” у режимі кольорового доплера із датчиками 3,5 і 5 мГц, для КТ – апарат “Siemens”. Для лапароскопії і втручань під її контролем використовували апарати та інструменти фірм “Wolf” і “Karl Storz” (Німеччина). При підозрі на ехінокок печінки використовували реакцію латекс-аглютинації та імуноферментний аналіз.

Під час обстеження найбільш точними методами диференційної діагностики доброякісних утворів печінки, особливо при їх невеликому розмірі (діаметром до 2 см), є КТ і УЗД.

Результати досліджень та їх обговорення. При кістозних утворах печінки у 55 хворих були виявлені непаразитарні кісти, в 11 – ехінококова кіста, розміри кіст – від 2 до 15 см у діаметрі. Локалізація кіст: в правій частці печінки – 48, лівій – 8, множинні – 10. На ехограмах кісти були представлені анехогенними утворами з чіткими контурами, що дають латеральне УЗ-посилення, вираженою капсулою, однорідним вмістом.

Для лікування НКП використовували лапароскопічні, відкриті операції, а також черезшкірні втручання під контролем УЗД або КТ. У 17 пацієнтів проведені пункції кісти із зовнішнім дренажуванням під контролем УЗД або КТ. Пункційний метод ліку-

вання доцільно проводити при кістах або абсцесах (діаметром до 4-8 см) печінки, що розташовані у глибині її паренхіми. У 3 хворих (17,9%) спостерігали різні ускладнення (кровотеча в порожнину кісти – 1, пневмонія – 2), які були ліквідовані консервативним лікуванням.

Лапароскопічні операції виконані 10 хворим на НКП: резекція стінок кісти, електрокоагуляція, дренажування – 7-ми, резекція стінок кісти, електрокоагуляція, цистооментопексія – 3 пацієнтам. Показанням до цих операцій вважаємо наявність кіст діаметром 5–15 см, що локалізовані на вісцеральній і передньодіафрагмальній поверхнях печінки. Після цих операцій в 1 випадку спостерігали незначну кровотечу. Двом пацієнтам із гемангіомою печінки виконали лапароскопічну атипичну резекцію без ускладнень. У порожнину ехінококової кісти вводили 86% розчин гліцерину або 10–20% хлориду натрію. Після цього висікали стінку кісти з видаленням сколексів, хітинової капсули і дренажували.

Показаннями до відкритих операцій у 44 пацієнтів були: кісти з множинними перетинками, щільною капсулою, неоднорідною структурою (при підозрі на ехінокок чи цистаденому); кісти воріт печінки, які мають сполучення з жовчаними протоками; перфорація кісти, гемоперитонеум із клінічною картиною гострого живота, гемангіоми печінки. Способи операцій: видалення кіст – 35 хворих, перицистектомія – 6, розріз кісти, зовнішнє дренажування – 2 пацієнти, резекція кісти, оментопексія – 1 хворий.

Найбільшу кількість післяопераційних ускладнень (11–27%) спостерігали після відкритих операцій (нагноєння рани – 6, холангіт – 4, абсцес печінки – 1). Враховуючи це і доброякісний характер зазначеного осередкового ураження печінки, з 2000 року перевагу віддаємо малоінвазивним методам хірургічного втручання.

72 хворих на БАП розподілені на 2 групи відповідно до статі, віку, локалізації абсцесу, тяжкості початкового стану. До першої групи потрапили 34 хворих, яких оперували за період 1994–1997 років, з використанням загальноприйнятого способу хірургічного доступу за Кохером або через серединну лапаротомію, уточненням локалізації абсцесу, виконанням гепатотомії, санації і дренажуванням гнійного осередку. До другої групи увійшли 38 пацієнтів, госпіталізованих у 1998–2006 роках, яким виконані малоінвазивні вдосконалені втручання під сонографічним (33) або лапароскопічним (5) контролем. Холангіогенних БАП було 45 (62,9%), метастатичних – 20 (27%), післятравматичних – 7 (10,1). У 91% випадків абсцес знаходився у правій частці печінки, у 9% – у лівій, у 4 хворих абсцеси були множинні.

У клініці розроблено і впроваджено в практичну охорону здоров'я 6 нових способів діагностики і малоінвазивного лікування вогнищевих утворів печінки. “Спосіб диференціальної діагностики вогнищевих утворів печінки при спіральній комп'ютерній томографії” (декларацийний патент на корисну модель UA 12375 від 15.02.2006 р.) включає проведення цього дослідження зі стандартної методики з додатковим болюсним контрастним посиленням – уведенням 90–100 мл неіонної контрастної речовини в кубітальну вену зі швидкістю 3 мл/с, з аналізом томограм в артеріальній, венозній і відстроєній фазах контрастування і порівнянням зображень із попередньо проведеною тривимірною реконструкцією ультразвукового зображення в режимі сірої шкали.

“Спосіб хірургічного лікування кісти паренхіматозного органа” (декларацийний патент на корисну модель UA 12656 від 15.02.2006 р.) включає розсічення капсули кісти по всьому діаметру, причому виконують радіальні розрізи від розсіченої частини кісти до периферичної, обробляють ультразвуковим скальпелем внутрішню поверхню кісти. Потім розсічені стінки кісти фіксують до дна її порожнини кетгуттовими швами або кліпсами під час лапароскопічної операції. Спосіб дозволяє виключити небезпечні післяопераційні ускладнення і рецидиви кісти, значно зменшити ранову поверхню паренхіматозного органа, зменшити травматичність і термін виконання операції.

“Лапароскопічна пункційна голка” (декларацийний патент на корисну модель UA 16961 від 15.09.2006 р.) представляє тонкостінну металеву трубку з загостреним кінцем, що має герметизуючий елемент для попередження кровотечі з пункційного каналу і герметичної аспірації вмісту кісти або абсцесу. Робочий кінець голки має конічне закінчення без країв, що ріжуть, і щілиноподібні отвори. Пункція такою голкою особливо показана при ехінококозі печінки.

“Пристрій для лапароскопічної обробки і дренажу рідинних утворів органів черевної порожнини” (декларацийний патент на корисну модель UA 18243 від 15.11.2006 р.) має вигляд тонкостінної трубки з надувними герметизуючими манжетами на робочому кінці. Пристрій виключає витік рідини по пункційному каналу за рахунок надувних манжет, що також забезпечують його надійну фіксацію. Це усуває небезпеку інфікування і розвиток перитоніту.

“Спосіб ліквідації залишкових порожнин печінки” (патент на корисну модель UA 35718 від 10.10.2008 р.) включає введення під час операції

тромбоцитарного концентрату в залишкову порожнину печінки, що прискорює процес регенерації.

Нами розроблений також “Пристрій для видалення жовчного міхура або кісти паренхіматозного органа” (патент на корисну модель № 42186 від 25.06.2009 р.). Він складається з рухливого ріжучого елемента, що має дві бранші, довжина яких може змінюватися їх просуванням по головному і силовому важелях і фіксацією необхідної довжини за допомогою двох гвинтів, кожний із яких розташований, відповідно, на нижній і верхній браншах. Остання виконана рифленою, а ріжучий інструмент – у вигляді дугоподібного леза із заокругленим кінцем, яке шарнірно з'єднане із силовим важелем за допомогою штовхачів.

Переваги даного пристрою: зменшується вірогідність і ступінь травматизації тканини печінки; виділення жовчного міхура або осередкового утвору печінки виконується рівномірно, більш якісно; можна працювати “на різній глибині рани”, регулюючи довжину бранш.

У першій групі хворих (34) після лапаротомії, гепатотомії, санації і дренажу гнійного осередку у 7 (20,6 %) пацієнтів спостерігали ускладнення (нагноєння рани, пневмонія), помер 1 хворий від сепсису. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі склала (27±1,1) доби.

У другій групі пацієнтів після малоінвазивних операцій ускладнення були у 3 (7,9 %) хворих: пневмонія – у 2, дислокація і вихід дренажу із порожнини абсцесу – в 1 пацієнта. Тривалість лікування склала (14±1,9) доби, летальних випадків не було.

Висновки. Для діагностики доброякісних осередкових утворів печінки слід використовувати сучасні методи – УЗД, КТ, МРТ, лапароскопію, розроблений у клініці спосіб диференційної діагностики. При гемангіомах печінки доцільно робити енуклеацію або клиноподібну резекцію. Малоінвазивні удосконалені методи діагностики і лікування, із застосуванням 6 розроблених винаходів, під ультразвуковим та лапароскопічним контролем доцільно ширше виконувати при НКП, гемангіомах і БАП у спеціалізованих хірургічних гепатологічних центрах. Такі методи сприяють зниженню частоти ускладнень і летальності.

Перспективи подальших досліджень. У перспективі необхідно виявляти осередкові утвори печінки малих розмірів, застосовувати під час операції нові апарати для біологічного з'єднання тканин.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Запорожченко Б.С. Криодеструкция в лечении эхинококкоза печени / Б.С. Запорожченко, О.Б. Зубков, И.В. Шарапов [и др.] // Матер. XXII з'їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 169–170.
2. Колкин Я.Г. Доброкачественные очаговые образования печени (научный обзор) / Я.Г. Колкин, В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, К.И. Павлов, Е.И. Гоц // Вестн. неотл. и восстанов. медицины. – 2008. – Т. 9, № 4. – С. 584–587.
3. Кондратенко П.Г. Інтервенційна сонографія в лікуванні гепатопанкреатобіліарної патології / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, О.О. Васильев // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль, 2002. – Т. 2. – С. 169–171.
4. Ничитайло М.Е. Лапароскопическое лечение кавернозных гемангиом печени / М.Е. Ничитайло, А.Н. Литвиненко, О.Н. Гулько // Анналы хир. гепатологии. – 2002. – Т. 7, № 1. – С. 259–260.
5. Отарашвили К.Н. Лечение непаразитарных кист печени / К.Н. Отарашвили // Матер. XXII з'їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 72.
6. Павлюк Г.В. Наш опыт лечения диссеминированного и рецидивного эхинококкоза / Г.В. Павлюк // Матер. XXII з'їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 74–75.
7. Хацко В.В. Отдаленные результаты хирургического лечения больных по поводу неопухолевых очаговых образований печени / В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, Н.К. Базиян // Клін. хірургія. – 2009. – № 7–8. – С. 1214–1226.
8. Шаталов А.Д. Использование тромбоцитарного концентрата в хирургии доброкачественных очаговых образований печени / А.Д. Шаталов // Матер. XXII з'їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С. 233–234.
9. Шаталов А.Д. Наш опыт эндовидеохирургических операций при непаразитарных кистах печени / А.Д. Шаталов, В.В. Хацко, В.Н. Войтюк, Н.К. Базиян, А.В. Чернецкая // Вестн. неотл. и восстанов. медицины. – 2009. – Т. 10, № 3. – С. 305–308.
10. Puskas T., Kiraly I. Percutaneous gallbladder puncture and drainage / T. Puskas, I. Kiraly // Orv. Hetil. – 2000. – № 22. – P. 2343–2346.

Отримано 17.08.10