

А.А. Денищик

БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ И ОТКРЫТЫХ СЕГМЕНЭКТОМИЙ ПО ПОВОДУ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Научный руководитель: ассистент Р.С. Шило

Кафедра 1-я хирургических болезней

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

A.A. Denishchik

IMMEDIATE RESULTS OF LAPAROSCOPIC AND OPEN SEGMENTECTOMIES FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS

Tutor: assistant R.S. Shyla

Department of 1st Surgical Diseases

Grodno State Medical University, Grodno

Резюме. В статье представлены результаты хирургического лечения 16 пациентов с эхинококкозом печени, которые были в плановом порядке госпитализированы в УЗ «Гродненская университетская клиника». Лапароскопическая сегментэктомия выполнена в 7 пациентам, лапаротомия – 9. Применение малоинвазивного доступа в удалении эхинококковых кист позволило снизить количество дней пребывания пациентов в стационаре и уровень послеоперационной боли.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, эхинококковая киста, лапароскопическая резекция печени, сегментэктомия печени.

Resume. The article presents the results of surgical treatment of 16 patients with liver echinococcosis, who were routinely hospitalized at the Grodno University Clinic. Laparoscopic segmentectomy was performed in seven patients, laparotomy in nine. The use of a minimally invasive approach to remove hydatid cysts made it possible to reduce the number of days patients spent in the hospital and the level of postoperative pain.

Keywords: liver echinococcosis, hydatid cyst, laparoscopic liver resection, segmentectomy.

Актуальность. Эхинококковая болезнь — это паразитарное заболевание, возбудителем которого является *Echinococcus granulosus*. Наиболее часто поражается печень [1]. Несмотря на то, что данное заболевание имеет доброкачественное течение, оно может вызывать серьезные осложнения вследствие сдавления окружающих тканей и структур увеличивающейся в размерах эхинококковой кистой [2]. Хотя и в некоторых случаях имеет место спонтанное выздоровление, лечение остается обязательным в современной хирургической практике [3]. Однако продолжают дискуссии о выборе метода хирургической операции, до сих пор оцениваются риски послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания после лапароскопической и открытой резекций печени [4, 5].

Цель: оценить ближайшие результаты хирургического лечения эхинококкоза печени.

Задачи:

1. Изучить 16 историй болезни пациентов, оперированных по поводу эхинококкоза печени.

2. Вычислить среднюю продолжительность лапароскопических и открытых оперативных вмешательств, количество койко-дней, уровень послеоперационной

боли у отобранных групп пациентов.

3. Сравнить полученные результаты между группой оперированных лапароскопическим и открытым доступом.

Материалы и методы. Изучены истории болезни 16 пациентов, проходивших лечение в отделении хирургической гепатологии, панкреатологии и трансплантации органов и тканей Гродненской университетской клиники по поводу эхинококкоза печени. Среди пациентов преобладали лица женского пола – 9 человек, мужчин было 7. Средний возраст пациентов составил $52,5 \pm 5$ лет.

Всем пациентам был назначен комплекс лабораторно-инструментальных методов диагностики, который включал в себя общий анализ крови, биохимический анализ крови, иммуноферментный анализ крови на антитела к антигенам эхинококка, ультразвуковое, компьютерное, магнитно-резонансное исследование органов брюшной полости, а также органов грудной клетки и головного мозга для поиска дополнительных очагов поражения. В результате исследований были выявлены эхинококковые кисты печени, их средний размер составил – $80,6 \times 56,4$ мм. Поражения легких и головного мозга на томограммах не зарегистрировано. После подтверждения диагноза 7 пациентам была выполнена сегментэктомия печени с применением лапароскопического доступа, 9 – открытого (в том числе с применением тотальной сосудистой изоляции в двух случаях). Для оценки уровня послеоперационной боли использована 10-балльная визуально-аналоговая шкала боли.

Результаты и их обсуждение. Использование при лапароскопической резекции печени водоструйного диссектора, аппарата LigaSure и ультразвукового скальпеля позволило добиться эффективного гемостаза. Для профилактики значимой кровопотери (в случае повреждения сосудов печени) нами была применена техника тотальной сосудистой изоляции. Данная методика позволила осуществить безопасный подход с минимальной кровопотерей при выполнении сегментэктомии при локализации эхинококковой кисты рядом с правой печеночной веной.

Анатомичность проведенных сегментэктомий позволила удалить только те сегменты, которые были вовлечены в патологический процесс, и сохранить здоровые участки печени в максимальном объеме. Продолжительность лапароскопической операции составила в среднем 160 ± 25 минут, открытой – 195 ± 21 минут. Неконтролируемого кровотечения и желчеистечения в брюшную полость во время операции в наших случаях не было.

Пациенты после открытого оперативного вмешательства были выписаны из стационара на 16 ± 3 день, после лапароскопической операции – на 10 ± 2 дня. Послеоперационные раны заживали первичным натяжением. На 5 день после операции пациенты из группы оперированных лапароскопическим доступом в среднем оценивали своё чувство боли на 2 балла. Во второй группе пациенты в среднем оценили уровень своей боли в 5 баллов.

Выводы:

1. Пациентам с эхинококкозом печени следует проводить хирургическое лечение в специализированных учреждениях.
2. Перед операцией необходимо выполнение компьютерной и магнитно-

резонансной томографии для уточнения локализации кист и прилегания к ним крупных сосудов.

3. Предпочтение следует отдавать лапароскопической операции, так как она ускоряет продолжительность операции, способствует ранней активизации пациентов после операции, обладает большей косметичностью рубцов и меньшим уровнем послеоперационной боли.

4. Применение техники тотальной сосудистой изоляции позволяет безопасно удалять эхиноккоковые кисты, интимно располагающиеся вблизи к крупным сосудам.

Литература

1. Grosso, G. Worldwide epidemiology of liver hydatidosis including the Mediterranean area // G. Grosso, S. Gruttadauria, A. Biondi, S. Marventano, A. Mistretta // *World J Gastroenterol.* – 2012. – №18. – P. 1425–1437. doi: 10.3748/wjg.v18.i13.1425.
2. McManus, DP. Diagnosis, treatment, and management of echinococcosis // DP. McManus, DJ. Gray, W. Zhang, Y. Yang // *BMJ.* – 2012. – № 34 (4). – P. 38–66. doi: 10.1136/bmj.e3866.
3. Gomez, I. Review of the treatment of liver hydatid cysts // I. Gomez, C. Gavara, R. López-Andújar, T. Belda Ibáñez, JM. Ramia Ángel, Á. Moya Herraiz, F. Orbis Castellanos, E. Pareja Ibars, F. San Juan Rodríguez // *World J Gastroenterol.* – 2015. – № 21. – P. 124–131. doi: 10.3748/wjg.v21.i1.124.
4. Zaharie, F. Surgical management of hydatid cyst disease of the liver: An improvement from our previous experience? // F. Zaharie, D. Valean, R. Zaharie, C. Popa, E. Mois, D. Schlanger, A. Fetti, C. Zdrehus, A. Ciocan, N. Al-Hajjar // *World J Gastrointest Surg.* – 2023. – № 15(5). – P. 847-858. doi: 10.4240/wjgs.v15.i5.847.
5. Brunetti, E. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans // E. Brunetti, P. Kern, DA. Vuitton // *Acta Trop.* – 2010. – № 114. – P. 1–16. doi: 10.1016/j.actatropica.2009.11.001.