

НОВЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ



Бабаджанов Азам Хасанович¹, Махмудов Улугбек Марифджонович¹, Туксанов Алишер Искандарович²

1 - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии имени академика В.Вахидова, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - РУ "Навои" ГУ "Фонд" НГМК, Республика Узбекистан, г. Навои

ЖИГАР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯСИДАН СЎНГ ҚОЛДИҚ БЎШЛИҚНИ ҚАЙТА ИШЛАШНИНГ ЯНГИ УСУЛИ

Бабаджанов Азам Хасанович¹, Махмудов Улугбек Марифджонович¹, Туксанов Алишер Искандарович²

1 - Академик В.Воҳидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - "Навоий" "НТМК" ДТ, Ўзбекистон Республикаси, Навои ш.

A NEW METHOD OF TREATMENT OF RESIDUAL CAVITY AFTER ECHINOCOCCOSTOMY FROM THE LIVER

Babajanov Azam Khasanovich¹, Makhmudov Ulugbek Marifjonovich¹, Tuksanov Alisher Iskandarovich²

1 - Republican specialized scientific and practical medical center for surgery named after academician V.Vakhidov, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - RU "Navoi" "NMMC", Republic of Uzbekistan, Navoi

e-mail: surgery@rscs.uz

Резюме. Жигар резекциясини амалга ошириши имконияти бўлмаган тақдирда, эхинококкоз хирургияси учун асосий қийинчилик тикиши имкони бўлмаган зич фиброз деворли қолдиқ бўшлиқлардир. Бундай ҳолларда операция фақат қолдиқ бўшлиқни дренажлаш билан чекланади, кўпчилик ҳолларда унинг узоқ муддатли облитерацияси турли хил асоратлар билан бирга келади, хусусан, қолдиқ бўшлиқда суюқлик тўпланиши ёки йиринглаши, узоқ вақт давомида битмайдиган сафроли оқмалар, ёки диафрагма ости ва жигар ости абсцессларининг шаклланиши. Шу нуқтаи назардан, ушбу мақолада жигардан эхинококк кистасини олиб ташланганидан кейин зич, қалин фиброз капсулани қайта ишлаш усулининг техник жиҳатлари келтирилган. Тавсия этилган усул мустаҳкам фиброз капсулани қолдиқ бўшлиқни етарли даражада тикишга ёрдам беради, шунингдек, қолдиқ бўшлиқларнинг йиринглаши ва касалликнинг қайталаниши каби операциядан кейинги асоратлар частотасини камайтиради.

Калим сўзлар: жигар эхинококкози, қолдиқ бўшлиқ, операциядан кейинги асоратлар, қайталаниши.

Abstract. A particular difficulty for echinococcosis surgery in the absence of the possibility of performing resection intervention on the liver are residual cavities with dense fibrous walls that do not lend themselves to suturing. In these cases, the operation is limited only to drainage of the residual cavity, which is often accompanied by various complications due to the prolonged period of its obliteration, in particular, fluid accumulation or suppuration of the residual cavity, long-term non-healing biliary fistulas, the formation of subdiaphragmatic or subhepatic abscesses. In this aspect, this article presents the technical aspects of the method of processing a dense, decaying fibrous capsule after removal of an echinococcal cyst from the liver. The proposed method promotes adequate suturing of the residual cavity with rigidity of the fibrous capsule, and also reduces the frequency of postoperative complications in the form of suppuration of residual cavities and relapses of the disease.

Keywords: liver echinococcosis, residual cavity, postoperative complications, relapse.

Актуальность. В настоящее время эхинококковая болезнь (ЭБ) остается в ряду тяжелых паразитарных заболеваний, представляющих серьезную медицинскую, социальную и даже народнохозяйственную

проблему для многих, в том числе и высокоразвитых, стран мира (Вафин А.З. с соавт., 2000; Гилевич М.Ю., 1987; Шевченко Ю.Л. с соавт., 2016; Brunetti E. et al., 2010).

Несмотря на значительные достижения в современной паразитологии, внедрение методов ранней диагностики, заметный прогресс, наметившийся в сфере использования альтернативных способов воздействия на эту биологическую форму паразита, хирургический способ лечения остается доминирующим, позволяющим выполнить значительные объемы вмешательств вплоть до обширной резекции и удаления органа (Ветшев П.С соавт., 2015; Шевченко Ю.Л. с соавт., 2016; Нартайлаков, М.А., 2006; Abdelraouf A. . et al., 2016).

Операция при ЭП преследует цель удаление паразитарной кисты с ее содержимым и при этом, ключевыми задачами профилактики рецидивов эхинококкоза остаются недопущение рассеивания сколексов, а так же химическое или физическое антипаразитарное воздействие на зародышевые элементы (ЗЭ) эхинококковой кисты (ЭК).

Одним из основных принципов лечения эхинококкоза печени (ЭП) является инактивация ЗЭ, при этом основополагающей задачей при эхинококкэктомии (ЭЭ) остается вопрос антипаразитарной обработки остаточной полости (ОП). Однако известные методики обработки и ликвидации ОП малоэффективны при кальцификации или повышенной ригидности фиброзной капсулы (ФК).

Важную роль в профилактике и предупреждении рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений у больных ЭП играет выбор оптимального метода обработки ОП (Ахмедов И.Г., 216; Гилевич М.Ю., 1987; Назиров Ф.Г. с соавт., 2018).

Однако оценка данных литературы касающейся обработки ОП после ЭЭ из печени крайне затруднена из-за различия методов самой обработки и отсутствия объективных критериев их терапевтической эффективности (Гилевич М.Ю., 1987; Назиров Ф.Г. с соавт., 2018).

Данные литературы антипаразитарной обработки ОП химическими агентами указывает на не всегда успешный поиск менее раздражающих и токсичных средств: 2% раствор формалин; 96% раствор этанола; 20% гипертонический солевой раствор; 5% раствор йода; 30% раствор натрия тиосульфата; 1% раствор диоксида; 0,05% хлоргексидина; 0,1% фурагина, 3% раствор перекиси водорода, протеолитические ферменты, Бетадин (Ветшев П.С соавт., 2015; Шевченко Ю.Л. с соавт., 2016).

В конце XX века стали широко применять физические методы обработки ОП - ультразвук, крио- или, наоборот, воздействие высокой температурой, лазерное излучение (Шевченко Ю.Л. с соавт., 2016). Применяется, но не получила широкого распространения

криодеструкция ЭК печени (Альперович Б.И., 1999).

Все вышеописанные методики сопровождаются применением высокодействующих агентов, имеющих несомненное побочное гепатотоксичное воздействие на саму паренхиму печени. В большинстве случаев необходимость в антисептической обработке ФК возникает, в основном, когда имеет место осложнение со стороны ЭК - ее нагноение, т.е. в третью фазу жизнедеятельности паразита (Байбеков И.М. с соавт., 1994; Гилевич М.Ю., 1987), или при наличии поздних осложнений хирургического лечения ЭП - при нагноении ОП. Известно, что именно в III фазе жизнедеятельности паразита и при нагноении ОП развиваются наиболее выраженные изменения в перикистозной зоне, наблюдается перипортальный хронический гепатит с фибротизацией междольковой стромы, с обратимыми изменениями мелкоочагового характера (Шахназаров А.М. с соавт., 2000). Как видно из вышесказанного, использование в этот период для обработки ФК печени препаратов и действующих факторов с антипаразитарной и антисептической целью, которые обладают выраженными гепатотоксическими эффектами, крайне нежелательно во избежание усугубления развивающихся дистрофических, метаболических нарушений в паренхиме печени - дисрегенераторных, цирротических процессов.

Особую сложность для хирургии эхинококкоза при отсутствии возможности выполнения резекционного вмешательства на печени составляют ОП с плотными фиброзными стенками, которые не поддаются ушиванию, что зачастую бывает при осложненных формах заболевания. В этих случаях операция ограничивается только дренированием ОП, что нередко ввиду затяжного периода ее облитерации сопровождается различными осложнениями, в частности, жидкостным скоплением или нагноением ОП, длительно незаживающими желчными свищами, формированием поддиафрагмальных или подпеченочных абсцессов. Эти осложнения существенно удлиняют период реабилитации пациентов и нередко требуют повторных вмешательств, как пункционных, так и открытых санационных операций.

Таким образом, перед нами поставлена цель - повышение клинической эффективности хирургического лечения ЭП за счет снижения числа инфекционных осложнений, сокращения сроков облитерации ригидной ОП после ЭЭ из печени, когда ОП после ЭЭ имеют плотные фиброзные стенки, которые не спадаются и не поддаются ушиванию.

Поставленная задача решена способом обработки ригидной ФК после ЭЭ из печени, включающим пункцию ЭК, эвакуацию содержимого, вскрытие полости ЭК с удалением хитиновой оболочки, антипаразитарную обработку ОП, ревизию на наличие желчных свищей, иссечение свободных краев ФК, проведение лазерного воздействия, дренирование и послойное ушивание, в котором лазерное воздействие проводят высокоэнергетическим лазерным аппаратом «Лахта-Милон» через моноволоконный световод с длиной волны 980 нм, в импульсном режиме 10 Гц, с мощностью 10 Вт, в расфокусированном режиме на площадь пятна до 3-5 мм в диаметре в течение 15-20 секунд и количестве воздействий 25-30 на 9 см² площади обрабатываемой поверхности, после чего внутреннюю поверхность ФК орошают антисептическим средством «ФарГАЛС», разведенным в воде для инъекций в соотношении 1:1, общим объемом 50 мл, и обрабатывают марлевой салфеткой, остаток антисептического средства «ФарГАЛС» удаляют отсосом, на внутреннюю поверхность ФК наносят порошкообразную композицию «НЕМОВЕН», содержащую Na-карбоксиметилцеллюлозу, окисленную вискозу, окисленную целлюлозу, хлористый кальций в соотношении, масс. % соответственно: 46,5, 10,5, 19,0, 24,0, в количестве 10 мг на 1 см² обрабатываемой поверхности, после ее полимеризации в течение 2-3 минут производят дренирование ОП.

Для реализации описываемого способа использовано отечественное биоабсорбируемое хирургическое гемостатическое средство из композиционного полимерного материала из производных хлопковой целлюлозы «НЕМОВЕН», разработанный в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В.Вахидова», на который получен патент «Биоабсорбируемое хирургическое гемостатическое средство» Агентства интеллектуальной собственности Республики Узбекистан (IAP 05906 от 24.04.2015г.).

Местное производство и низкая цена препарата обеспечивает его доступность для лечебно-профилактических учреждений и для широкого слоя населения.

Гемостатическое средство «НЕМОВЕН» обладает способностью быстрой остановки кровотечения, высокой биосовместимостью, легко разлагается и оказывает положительное влияние на заживление раны, ускоряя процесс заживления и восстановления слизистой, позволяет улучшить регенераторную функцию. Отечественное биоабсорбируемое средство «НЕМОВЕН» - композиция, содержащая Na-карбоксиметилцеллюлозу, окисленную вискозу, окисленную целлюлозу, хлористый кальций в

соотношении, масс. % соответственно: 46,5%, 10,5%, 19,0%, 24,0%.

При этом Na-КМЦ - гидрофильный компонент, обладает повышенной адгезией к тканям. Быстро растворяется в воде и физиологических жидкостях. Биорастворение в течение 1 суток.

Окисленная целлюлоза - гидрофильный компонент препарата. Обладает гемостатическим свойством. В водных растворах принимает дисперсную форму. Биодegradация в сроки 2-3 недели.

Ионы Ca⁺ - являются наиболее мощным фактором гемостаза, обеспечивают быстрый гемостаз путем формирования тромба.

Вискоза - искусственный полимер целлюлозы. Обладает свойством биодegradации в более длительные сроки, чем КМЦ (до 3-4 недель). Биосовместима. Обладает гемостатическим действием. Обеспечивает пролонгированное действие покрытия.

В предлагаемом способе также используют антисептическое и ранозаживляющее средство ФарГАЛС.

Характеристики препарата «ФарГАЛС»: имеет высокую активность против полирезистентных штаммов возбудителей (грамположительная микрофлора, грамотрицательная микрофлора, грибы), противовоспалительные и репаративные свойства. Препарат «ФарГАЛС» разработан и запатентован в Республике Узбекистан, не имеет аналогов в мире.

Его фармакологические характеристики (<http://fargals.com/user/files/upload/Instruction%20rus.PDF~>)

Действующее вещество - Водная вытяжка из среды культивирования автотрофных железобактерий

Страна производитель - Узбекистан

Дозировка - 100 мл

Производитель - ООО «NPAF FarGALS», Узбекистан

Рецептурный препарат - Нет

Форма выпуска - Жидкость

Фармакотерапевтическая группа:

Антисептические и ранозаживляющие средства.

Фармакологические свойства: Препарат обладает широким спектром антимикробного действия: активен в отношении грамположительных и грамотрицательных, аэробных и анаэробных, неспорообразующих и споро образующих бактерий (*Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacillus subtilis*, *Clostridium perfringens*, *Citrobacter freundii*, *Enterobacter agglomerans*, *Serratia marcescens*, *Morganella morganii*, *Acinetobacter calcoaceticus*), а также грибов рода *Candida*.

Кроме того, оказывает ранозаживляющее и противовоспалительное действие. При местном нанесении усиливает обмен веществ ткани, повышает потребление ею кислорода, ускоряет регенерацию поврежденных клеток и тканей, способствует улучшению васкуляризации ишемизированных участков; уменьшает обсемененность раны, ускоряет очищение от гноя грануляцию, реэпителизацию и закрытие раны.

В предлагаемом способе используют устройство - лазерный аппарат «ЛАХТА-МИЛОН» (Аппарат лазерный хирургический фотодинамического и гипертермического режимов воздействия, программируемый «ЛАХТА-МИЛОН»), характеристики которого можно найти по ссылке: <https://fortek.uz/ru/lazernye-apparaty/282-khirurgicheskij-apparat-lakhta-milon.html>.

Способ обработки/плиссировки ригидной ФК после ЭЭ из печени включает следующие этапы:

1. Доступ к кисте может быть лапаротомным или лапароскопическим;

2. После ревизии производят удаление ЭК путем пункции оболочки кисты с отсасыванием эхинококковой жидкости, вскрытии полости кисты с удалением хитиновой оболочки и при наличии - дочерних пузырей;

3. Выполняют антипаразитарную обработку ОП 3% раствором H₂O₂, спиртом и йодом;

4. Ревизия ФК на наличие желчных свищей и ушивание последних;

5. Далее иссекают свободные края ФК в пределах здоровой ткани печени;

6. Производят лазерное воздействие высокоэнергетическим лазером Лахта-Милон через моноволоконный световод с длиной волны 980 нм, в импульсном режиме 10 Гц с мощностью 10 Вт в расфокусированном режиме на площадь пятна до 3-5 мм в диаметре в течение 15-20 секунд и количестве воздействий 25-30 на 9 см² площади;

7. После чего производят дополнительную антипаразитарную химическую обработку антисептическим средством «ФарГАЛС», разведенным в воде для инъекций в соотношении 1:1 в общем объеме 50 мл. Раствор вводят в ОП и салфеткой обрабатывают всю внутреннюю поверхность ФК, после чего излишки жидкости удаляют отсосом;

8. На внутреннюю поверхность ОП наносят порошкообразную композицию НЕМОБЕН из расчета 10 мг на 1 см², и после ее полимеризации в течение 2-3 минут производят дренирование ОП и операционную рану ушивают.

Преимущества способа, влияющие на решение поставленной задачи:

1. Способ может применяться при ЭП, когда ОП после ЭЭ имеют плотные фиброзные стенки, которые не спадаются и не поддаются ушиванию, включая случаи, когда невозможно выполнить их полное иссечение (атипичная или анатомическая резекция печени);

2. Использование гибкого световода позволяет выполнять операции не только традиционным, но и лапароскопическим способом;

3. Излучение лазерного аппарата Лахта-Милон в спектре 980 нм глубоко проникает в ткани, тем самым обеспечивая дозированную деструкцию плотной, ригидной (неспадающейся) ФК, смягчая ее для обеспечения в последующем спадения стенок за счет создания складок в зонах деструкции (по типу плиссировки) и ускорение ее облитерации;

4. Облучение локальных зон ФК обеспечивает возможность не только ее спадения, но и формирует зоны усиленной регенерации;

5. Орошение внутренней поверхности ОП раствором ФарГАЛС обеспечивает дополнительную антипаразитарную химическую обработку, причем благодаря предварительной лазерной деструкции раствор проникает в глубокие слои утолщенной ФК, где могут сохраняться ЗЭ паразита;

6. Также обработка ОП раствором ФарГАЛС обеспечивает ускорение процессов регенерации и облитерации ФК;

7. Нанесение на ФК после лазерного воздействия и обработки раствором ФарГАЛС порошкообразной композиции НЕМОБЕН обеспечивает гемо- и лимфостаз, а также герметизацию микросвищей желчных протоков.

Предлагаемый способ иллюстрируется следующими клиническими примерами:

Клинический пример №1

История болезни № 4667

Умирова Севара Фарход кизи 1993 г.р., (30 лет).

Дата поступления: 03.07.2023 г.

Дата выписки: 12.07.2023г

Диагноз: Эхинококкоз правой доли печени, осложненный прорывом в брюшную полость.

Поступила в плановом порядке.

Жалобы при поступлении: *на тяжесть, периодические умеренные боли и дискомфорт в правом подреберье, периодическую тошноту, общую слабость.*

Анамнез заболевания: *Со слов больной о данном заболевании знает в течении одного года, когда после приступов болей в правом подреберье было проведено УЗИ исследование на котором обнаружена киста печени, после чего была направлена на МСКТ исследование органов брюшной полости, на котором признаки кистозного образования правой доли печени (паразитарного генеза).*

В связи с этим, больная с целью дальнейшего обследования и лечения направлена в РСНГМЦХ.

Больная госпитализирована в плановом порядке на

обследование и оперативное лечение.



Рис. 1. МСКТ. Эхинококкоз печени, осложненный прорывом

Анамнез жизни: Со слов больной гепатитом не болела. Операции не переносила. Другие перенесенные заболевания больная отрицает. Наследственность и аллергоанамнез не отягощена.

Эпиданамнез: перенесенные вирусные и инфекционные заболевания отрицает, за последние 6 месяцев за границу не выезжала, препараты крови не получала. Препараты крови не получала. Контакт с инфекционными больными отрицает. За послед. 14 дней признаков ОРВИ не отмечала.

Общее состояние при поступлении: Общее состояние больной на момент осмотра удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Склеры белые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Больная нормостенического телосложения, умеренного питания. Костно-суставная система без деформации. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 80 уд. в мин. ритмичный. А/Д 120/80 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот - равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области правого подреберья. Селезенка не увеличена. Стул и диурез регулярный. Кал и моча обычной окраски.

Обследования: Общий анализ крови: Нв-118 г/л; эрит- 4.3 млн, лейкоц-10.7 тыс., тромбоциты- 276, эозинофилы – 30%. Биохимический анализ крови: глюкоза- 5.3 ммоль/л., билируб. общ-8 мкмоль/л, прямой-0 мкмоль/л., АСТ-23, АЛТ-25, общ.белок- 69 г/л., калий- 3.7 ммоль/л., натрий-129 ммоль/л. Коагулограмма - фибриноген- 361 %, ПТИ-106%, МНО – 0.97. ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 87 в мин.

УЗИ: Признаки полостного образования печени. В 5-6-7 сегментах виз-ся полостное образование с капсулой размерами 120x100 мм.

ЭГДС: Диффузный катаральный гастрит. Слизистая пищевода и 12-п.к. без изменений. Эрозивно-язвенного процесса не имеется. Нарушения проходимости просветов не имеется.

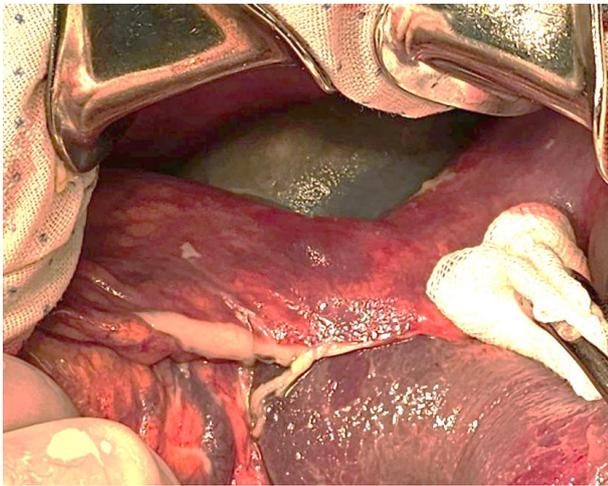
МСКТ: В области 5-6-7 сегментов печени визуализируется полостное образование (паразитарного генеза), с капсулой, часть которого пролабирует в брюшную полость (рис. 1).

Больная осмотрена анестезиологом абсолютных противопоказаний к операции нет. Дата операции: 04.07.2023г.

Название операции: Лапаротомия. Санация брюшной полости. Эхинококкэктомия из правой доли печени. Перикистэктомия. Ушивание остаточной полости наглухо. Дренаживание правой поддиафрагмальной области и малого таза.

Протокол операции. Выполнена верхнесрединная лапаротомия длиной разреза около 13 см. Гемостаз. Послойно вскрыта брюшная полость. При ревизии: печень обычных размеров, цвета и консистенции. Селезенка не увеличена. В брюшной полости имеется до 300 мл свободной жидкости. При ревизии исходя из правой доли печени в брюшную полость вследствие надрыва фиброзной капсулы пролабирует полостное образование – часть хитиновой оболочки, вокруг которой имеется свободная жидкость, а также фибриновый налет с региональным воспалением тканей (сальник).

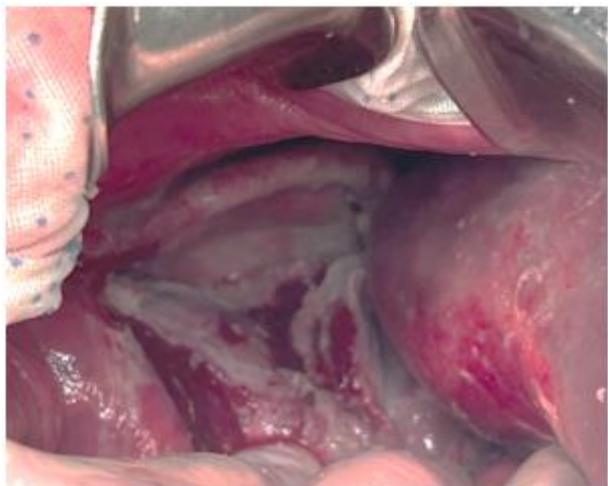
Установлен прорыв фиброзной капсулы эхинококкоза в правый боковой канал, где часть визуализируется часть хитиновой оболочки размерами 8x6 см, при этом в проекции V-VI-VII сегментов печени пальпируется образование, размерами до 15x10 см, имеется частичный надрыв и хитиновой оболочки, через который поступает эхинококковая жидкость. Желчный пузырь обычной формы, в полости конкременты не пальпируются. Киста обложена салфетками, пунктирована, эвакуирована мутная жидкость около 500 мл. Киста вскрыта, удалена хитиновая оболочка. Полость обработана растворами перекиси водорода, спирта, бетадина.



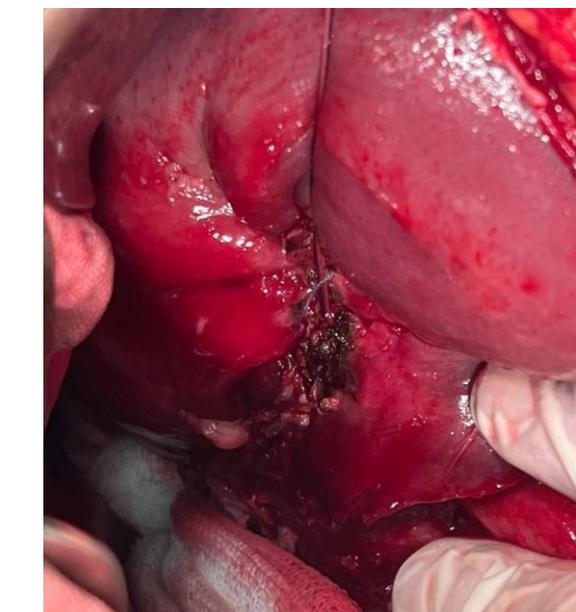
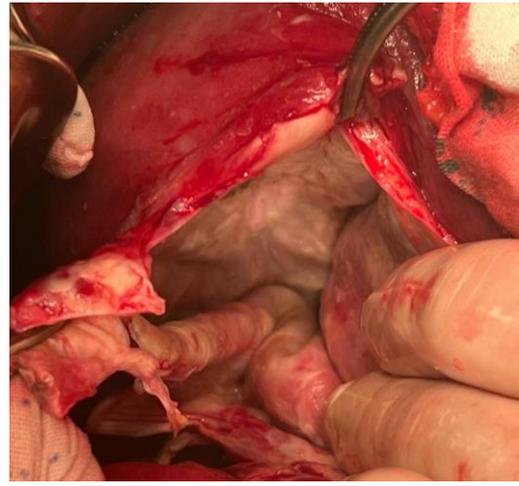
Часть хитиновой оболочки находится подпеченочно вследствие надрыва фиброзной капсулы



Вид фиброзной капсулы изнутри



Ложе части кисты, находящейся в брюшной полости, перифокальное воспалением с фибриновым налетом



Внутренняя поверхность фиброзной капсулы подвергнута лазерному воздействию аппаратом «Лакста-Милон» и обработана раствором ФарГАЛС

После нанесения порошка Хемобен остаточная полость ушита наглухо

Рис. 2. Этапы эхинококкэктомии из печени

Фиброзная капсула толщиной до 1 см, спадает незначительно за счет упругости стенок, в связи с чем после иссечения свободных краев фиброзной капсулы произведено воздействие лазерным аппаратом «Лакта-Милон» через моноволоконный световод с длиной волны 980 нм, в импульсном режиме 10 Гц, с мощностью 10 Вт, в расфокусированном режиме на площадь пятна до 3-5 мм в диаметре в течение 15-20 секунд и количестве воздействий 25 на 9 см² площади обрабатываемой поверхности. После чего фиброзная капсула стала более податливой для ушивания. Затем внутреннюю поверхность фиброзной капсулы орошали антисептическим средством «ФарГАЛС», разведенным в воде для инъекций в соотношении 1:1, общим объемом 50 мл, и обрабатывали марлевой салфеткой. Остаток антисептического средства «ФарГАЛС» удалили отсосом. На внутреннюю поверхность фиброзной капсулы нанесли порошкообразную композицию «НЕМОВЕН», содержащую Накарбоксиметилцеллюлозу, окисленную вискозу, окисленную целлюлозу, хлористый кальций в количестве 3 гр.. После полимеризации порошка в течение 2 минут выполнено ушивание узловыми швами остаточной полости наглухо, нитью викрил 2/0. Гемостаз. Сухо. Других кист или патологических образований в остальных частях печени и брюшной полости не выявлено. Брюшная полость санирована (в малом тазу около 200 мл). Дренаживание правой поддиафрагмальной области с выведением через прокол в правой подреберной области. Дренаживание малого таза, дренаж выведен справа (нижний). Операционная рана ушита наглухо. Швы на кожу. Асептические наклейки (рис. 2).

Послеоперационный период протекал гладко. Дренажи удалены на 2 (малый таз) и 3 сутки. Больная выписана на 6 сутки с рекомендацией проведения химиотерапевтического курса противопаразитарной терапии.

Клинический пример №2

История болезни № 7320

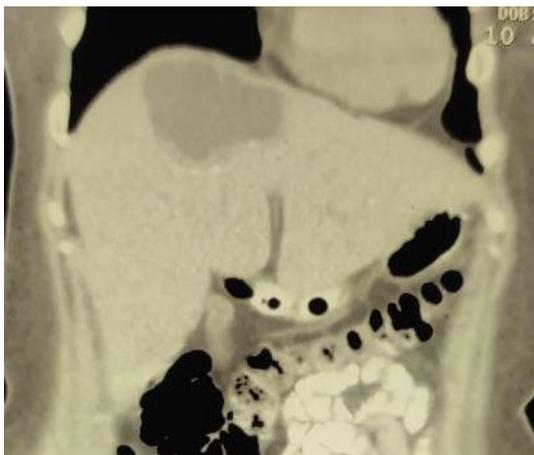
Юсупова Гузал Фархатовна, 1985 г.р., (36 лет).

Дата поступления: 17.11.2022 г. Дата выписки: 26.11.2022 г.

Диагноз: Эхинококкоз правой доли печени.

Поступила в плановом порядке.

Жалобы при поступлении: на тяжесть, периодические умеренные боли и дискомфорт в правом подреберье, периодическую тошноту, общую слабость.



Анамнез заболевания: Со слов больной о данном заболевании узнала при проведении УЗИ печени. Была направлена на МСКТ исследование органов брюшной полости, на котором признаки крупного кистозного образования правой доли печени (паразитарного генеза). В связи с этим, больная с целью дальнейшего обследования и лечения направлена в РСНПМЦХ. Больная госпитализирована в плановом порядке на обследование и оперативное лечение.

Анамнез жизни: Со слов больной в детстве перенесла аппендэктомию. В 2014 и 2016 перенесла кесарево сечение. Со слов больной гепатитом не болела. Операции не переносила. Другие перенесенные заболевания больная отрицает. Наследственность и аллергоанамнез неотягощена.

Эпиданамнез: перенесенные вирусные и инфекционные заболевания отрицает, за последние 6 месяцев за границу не выезжала, препараты крови не получала. Препараты крови не получала. Контакт с инфекционными больными отрицает. За послед. 14 дней признаков ОРВИ не отмечала.

Общее состояние при поступлении: на момент осмотра удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Склеры белые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Больная нормостенического телосложения, умеренного питания. Костно-суставная система без деформации. Над легкими дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные. Пульс 80 уд. в мин. ритмичный. А/Д 120/80 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот – равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области правого подреберья и в эпигастрии. Селезенка не увеличена. Стул и диурез регулярный. Кал и моча обычной окраски.

Обследования: Общий анализ крови: Нв-111 г/л; эрит-3.5 млн, лейкоц-6.7 тыс., эозинофилы – 8. Биохимический анализ крови: глюкоза-5.1 ммоль/л., билируб.общ - 4 мкмоль/л, прямой-0 мкмоль/л., АСТ-28, АЛТ-18, общ.белок-84 г/л., калий- 4.2 ммоль/л., натрий-149 ммоль/л.

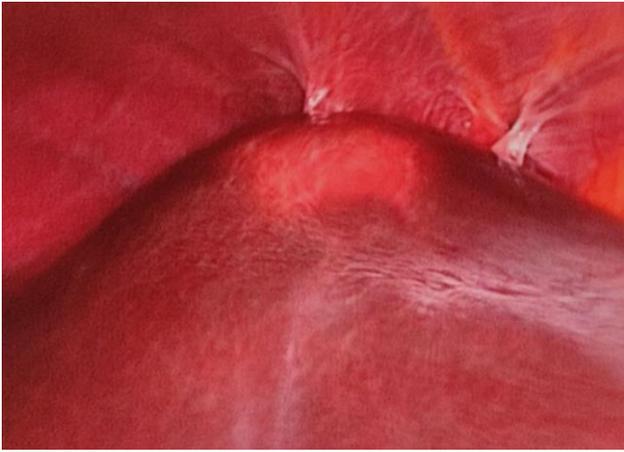
Коагулограмма - фибриноген-519%, ПТИ-79%, МНО – 1.15

Рентгеноскопия гр. кл.- без особенностей.

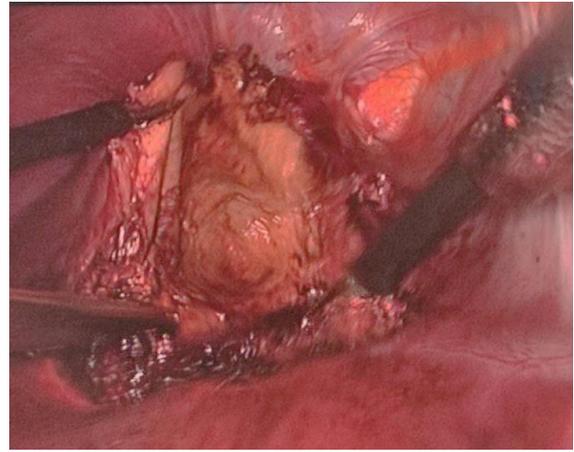
ЭКГ– Синусовая брадикардия. ЧСС 50 уд.в мин. Нормальное положение ЭОС.



Рис. 3. МСКТ. Эхинококкоз печени



Вид выступающей фиброзной капсулы эхинококковой кисты



Внутренняя поверхность фиброзной капсулы подвержнута лазерному воздействию аппаратом «Лакхта-Милон» и обработана раствором ФарГАЛС

Рис. 4. Этапы лапароскопической эхинококкэктомии из печени

ЭГДФС: Диффузный катаральный гастрит. Слизистая пищевода и 12-п.к. без изменений. Эрозивно-язвенного процесса не имеется. Нарушения проходимости просветов не имеется.

УЗИ: Признаки полостного образования в правой доле печени (эхинококк) размерами-75х60х55 мм.

ЭхоКГ: Сократительные функция ЛЖ сохранена. Клапаны intactны. ФВ – 57%. Вены н/к проходимы, кровоток определяется, тромбы не визуализируются.

МСКТ: Картина многокамерного кистозного образования правой доли печени в области 5-8 сегментов. Размерами – 7,5х6,2х5,4 см (рис. 3).

Дата операции: 21.11.2022г

Название операции: Лапароскопическая эхинококкэктомия из правой доли печени, перекистэктомия. Дренаживание остаточной полости и правой поддиафрагмальной области.

Под общим интубационным наркозом в стандартной параумбиликальной точке Калька ниже пупка иглой Вереша наложен пневмоперитонеум CO₂. Через данную точку в брюшную полость введен 10мм троакары с видеосистемой. Через дополнительные правоподреберную и эпигастральную точки введены 5 мм и 10 мм троакары с манипуляторами. Печень обычных размеров, цвета и консистенции. При ревизии печени в правой доле определяется полостное образование, выступающее над поверхностью и зоной внепеченочно расположенной фиброзной капсулы 3х4 см. При дальнейшей ревизии в остальных отделах печени и брюшной полости другой патологии и полостных образований не выявлено. Печень обложена салфетками, киста пунктирована, однако получено только около 20 мл жидкости, после чего киста вскрыта по месту пункции, установлено наличие погибшей кисты, содержащей разлагающуюся хитиновую оболочку. Содержимое кисты удалено. Остаточная полость неправильной формы, размерами около 8х6см, дно прилегает к нижней полой вене, обработана растворами антисептиков (3% перекись водорода и 70% этиловым спиртом, бетедином). Гемостаз. Сухо. Выполнена перикистэктомия, гемостаз, после иссечения свободных краев фиброзной капсулы произведено лазерное воздействие лазерным аппаратом «Лакхта-Милон»

через моноволоконный световод с длиной волны 980 нм, в импульсном режиме 10 Гц, с мощностью 10 Вт, в расфокусированном режиме на площадь пятна до 3-5 мм в диаметре в течение 20 секунд и количество воздействий 30 на 9 см² площади обрабатываемой поверхности. Затем внутреннюю поверхность фиброзной капсулы оросили антисептическим средством «ФарГАЛС», разведенным в воде для инъекций в соотношении 1:1, общим объемом 50 мл, и обработали марлевой салфеткой (рис. 4). Остаток антисептического средства «ФарГАЛС» удалили отсосом. На внутреннюю поверхность фиброзной капсулы нанесен порошок «НЕМОВЕН» в количестве 2 гр. После его полимеризации в течение 3 минут произвели дренирование остаточной полости. Также дренирование правой поддиафрагмальной области с выведением через проколы в правой подреберной области. Операционная рана ушита послойно, наглухо. Швы на кожу. Асептические наклейки.

После перевода больной из операционной к дренажу из остаточной полости подключена вакуум система. Послеоперационный период протекал гладко, дренаж из поддиафрагмальной области удален на 2 сутки, из остаточной полости на 4 сутки. Больная выписана на 5 сутки в удовлетворительном состоянии.

Заключение: Использование лазерного воздействия аппаратом Лакхта-Милон в спектре 980 нм обеспечивает дозированную деструкцию плотной, ригидной (неспадающейся) ФК, обеспечивая не только податливость её стенок за счет создания складок в зонах вызываемой деструкции (по типу плиссировки), но и формирования зон усиленной регенерации. Санационная обработка ОП раствором ФарГАЛС после предварительной лазерной деструкции обеспечивает дополнительное антипаразитарное химическое воздействие, вследствие проникновения антисептика в глубокие слои утолщенной ФК, где могут сохраняться ЗЭ паразита, а также ускоряет процессы регенерации и облитерации ФК. Нанесение порошкообразной

композиции НЕМОВЕН на ФК после лазерного воздействия и обработки раствором ФарГАЛС обеспечивает гемо- и лимфостаз, а также герметизацию микросвищей желчных протоков. Способ может применяться при ЭП, когда ОП после ЭЭ имеют плотные фиброзные стенки, которые не спадаются и не поддаются ушиванию, включая случаи, когда невозможно выполнить их полное иссечение (атипичная или анатомическая резекция печени).

Вывод: Предлагаемый способ, сочетающий в себе использование высокоэнергетического лазера, санационную и антипаразитарную обработку раствором ФарГАЛС и распыление порошкообразной композиции НЕМОВЕН способствует адекватному ушиванию остаточной полости при ригидной фиброзной капсуле, а также сокращает частоту послеоперационных осложнений в виде нагноения остаточных полостей и рецидивов заболевания.

Литература:

1. Альперович Б.И. Оперативные вмешательства при эхинококкозе и их классификация //Анналы хирургической гепатологии.-1999.-Том 4.-№1.-С.104-106.
2. Ахмедов И.Г. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза: методологические аспекты. Анналы хирургической гепатологии. 2016;21(4):113-118. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.20164113-118>.
3. Байбеков И.М., Леонов Ф.В. Феномен локализации зародышевых элементов эхинококка и микроорганизмов в фиброзной капсуле и его значение в лечении и профилактике рецидивов заболевания //Межд. симпозиум «Хирургия эхинококкоза», Узбекистан, Хива,1994.-С.6.
4. Вафин А.З., Байчоров Э.Х., Айдемиров А.Н. Социально-экономическая оценка эхинококкоза //Матер. межд. науч. прак. конф. «Проблемы эхинококкоза». -Махачкала, 2000. Тезисы докладов. С.38-39.
5. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х., Фатьянова А.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы). Анналы хирургической гепатологии. 2015;20(3):47-53. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2015347-53>.
6. Гилевич М.Ю. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.-М.,1987.-35с.
7. Назиров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Сирожитдинов К.К. Морфологические особенности взаимодействия зародышевых элементов эхинококка с фиброзной капсулой. // Материалы юбилейной научно-практической конференции «Инновационные технологии и мультидисциплинарные подходы в диагностике и

- лечении социально-значимых заболеваний», г.Санкт-Петербург, 17-20 октября 2018 стр. 80-81
8. Нартайлаков, М.А. Эхинококкоз печени. / М.А. Нартайлаков, В.В.Плечев, Д.Р.Мушарапов, Г.И.Лукманова – Уфа, 2006. - С. 24-51.
 9. Шахназаров А.М., Хамидов М.А., Шахназарова Х.А., Хамидова Х.А.. Морфологические и гистохимические изменения в печени при эхинококкозе в зависимости от биологического состояния паразита. Проблемы эхинококкоза. Материалы международной научно-практической конференции. Махачкала, 2000, с.139-140
 - 10.Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. – М.: Издательство «Династия», 2016. – 288 с.
 - 11.Abdelraouf A, Boraii S, Elgohary H, Mogahed M, Elkholi A, Hamdy H, Hassan AM, Hassany M, Abdellatif W. Evaluation of packing the residual cavity after total or partial cyst resection in management of hepatic hydatid cystic disease. J Egypt Soc Parasitol. 2016;46(2):453-460.
 - 12.Brunetti E, Kern P, Vuitton DA. Writing Panel for the WHO IWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. Acta Trop 2010; 114: 1–16
 - 13.Budke C.M., Carabin H., Ndimubanzi P., et al. A systematic review of the literature on cystic echinococcosis frequency worldwide and its associated clinical manifestations. Am. J. Trop. Med. Hyg. 2013;88(6):1011-27. doi:10.4269/ajtmh.12-0692.

НОВЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Бабаджанов А.Х., Махмудов У.М., Туксанов А.И.

Резюме. Особую сложность для хирургии эхинококкоза при отсутствии возможности выполнения резекционного вмешательства на печени составляют остаточные полости с плотными фиброзными стенками, которые не поддаются ушиванию. В этих случаях операция ограничивается только дренированием остаточной полости, что нередко ввиду затяжного периода ее облитерации сопровождается различными осложнениями, в частности, жидкостным скоплением или нагноением остаточной полости, длительно незаживающими желчными свищами, формированием поддиафрагмальных или подпеченочных абсцессов. В этом аспекте в данной статье представлены технические моменты способа обработки плотной, неспадающейся фиброзной капсулы после удаления эхинококковой кисты из печени. Предлагаемый способ способствует адекватному ушиванию остаточной полости при ригидной фиброзной капсуле, а также сокращает частоту послеоперационных осложнений в виде нагноения остаточных полостей и рецидивов заболевания.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, остаточная полость, послеоперационные осложнения, рецидив.