

ОСОБЛИВОСТІ САНАЦІЇ ТА ДЕЕПІТЕЛІЗАЦІЇ КІСТ ПЕЧІНКИ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ У ДІТЕЙ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит», м. Київ

Використання відомих сколецидних препаратів і фізичних методів впливу при хірургічному лікуванні кіст печінки (КП) не гарантують успішне лікування цієї патології. Мета роботи - розробити та впровадити в практику нові способи санації та деепітелізації порожнини КП при їх хірургічному втручанні. Проведено аналіз лікування 212 дітей, у яких виявлено 353 паразитарних і 75 пацієнтів, у яких діагностовано 88 непаразитарних КП. Запропонований ефективний метод антипаразитарної обробки ехінококових КП полягає в почерговому введенні 10% спиртового розчину йоду та 96% етилового спирту, з експозицією по 7 хвилин кожного з наступною повторною обробкою цими ж розчинами та 0,02% розчином хлорексидину біглюконату протягом 5 хвилин кожний з подальшим розкриттям порожнини кісти та видаленням хітинової оболонки зі сколексами. Відмічено, що для успішної деепітелізації непаразитарної КП достатньо почергової обробки її розкритої порожнини тампонами з 10% спиртовим розчином йоду, 96% етилового спиртом і 0,02% розчином хлорексидину біглюконату протягом 5 хвилин кожний. Після інтраопераційного знезараження та капітонажу КП середніх та більших розмірів, заштиту порожнину кісти необхідно дрениувати з пролонгованою санацією та активною аспірацією їх під ультрасонографічним моніторингом. Завдяки створенню оптимальних умов для підвищення надійності протипаразитарної обробки паразитарної КП та деепітелізації порожнини непаразитарної кісти при хірургічному втручанні вдається запобігти післяопераційним ускладненням та появі рецидиву захворювання.

Ключові слова: кісти печінки, лікування, профілактика ускладнень, діти.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри дитячої хірургії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця «Діагностика та лікування вад розвитку і захворювань органів грудної клітки та черевної порожнини у дітей» (реєстраційний № 0104U006207).

Вступ

Ехінококові кісти печінки (ЕКП) - результат ураження гідатидним ехінококом цього органу. Захворювання має ендемічний характер і поширене в основному в сільських районах у Південній Європі, Середземномор'ї, Північній Африці, Південній Америці, Австралії, Середній Азії, де представляє значну проблему охорони здоров'я. В ендемічних районах ЕКП зустрічаються в 0,3-9,0% населення. Разом з тим захворювання все частіше реєструється поза ендемічних вогнищ, що пов'язано з підвищенням рівня міграції населення, в тому числі робочої сили з інших країн, розвитком туризму [6, 8, 17].

Непаразитарні кісти печінки (НКП) - досить часта патологія, яка зустрічається у 5% від загальної кількості населення. Непаразитарні кісти бувають набутими та вродженими, тобто такі, які виникають при порушенні формування тканин і органів. За механізмом утворення розрізняють кісти ретенційні, травматичні, дизонтогенетичні, пухлинні, тощо. Існують справжні та несправжні НКП. Справжні кісти зсередини вистелені циліндричним або кубічним епітелієм. Внутрішня стінка несправжньої кісти складається із фіброзно-зміненої тканини печінки або має запальний характер, при якому внутрішній шар кісти представлений грануляційною тканиною. Елементи внутрішньої епітеліальної вистилки ЖП є джерелом продукування рідинного вмісту кісти, що є причиною її росту в об'ємі [8, 11, 17].

Єдиним ефективним радикальним методом лікування кіст печінки (КП) є хірургічний - відкритий (лапаротомія) або мініінвазивний - пункційно- дренажний (транскутанна пункція) та лапароскопічний.

Відкритий спосіб використовують при поверхневому розташуванні КП (коли частина фіброзної капсули виступає над капсулою печінки). Показаннями для транскутанної пункції та дренивання КП є глибоке інтрапаренхіматозне розташування кіст в складних анатомічних ділянках печінки, за умови, якщо можливо безпечно провести пункцію кісти таким способом. Якщо ж неможливо провести транскутанну пункцію глибоко розташованих КП, тоді використовують інтраабдомінальну пункцію та дренивання. Інтраабдомінальну пункцію та дренивання проводять або за допомогою інтраабдомінальної ультрасонофафії, або під дактилотактильним контролем.

Антипаразитарний принцип проведення хірургічного втручання зводиться до знезараження порожнини фіброзної капсули ЕКП різними сколецидними середниками: фенолом, спиртовим розчином йоду, етиловим спиртом, гліцерином, гіпертонічним розчином натрію хлориду або кальцію хлориду, кавітацією ультразвуком, надвисокою або наднизькою температурами, тощо. Враховуючи дубильні властивості хімічних речовин або дубильний ефект фізичних методів впливу на внутрішню оболонку кісти, дані засоби також використовують для деепітелізації НКП. Сколецидний і дубильний вплив на оболонки кіст та їх вміст служить профілактикою рецидиву захворювання. Крім

цього, вищевказані засоби мають антисептичні можливості, які запобігають появі ускладнень - нагноєнню залишкових порожнин кіст [2, 12, 15].

Основними позитивними характеристиками кожного методу санації та деепітелізації КП є його сколецидна ефективність, належні антисептичні властивості та мінімальний токсичний вплив на печінку та організм в цілому.

Не дивлячись на широкий спектр використання сколецидних препаратів і фізичних методів впливу, у 17,4-64,0% пацієнтів після хірургічного лікування КП зустрічаються післяопераційні ускладнення, а у 7,7-15,0% - рецидив захворювання, основною причиною якого є недоліки в санації та деепітелізації таких кіст під час операції [1,6, 14].

Беручи до уваги різноплановість локалізації, форми, походження, розмірів, вік пацієнтів та наявність супутньої патології, існує необхідність в розробці принципів антипаразитарної обробки (при ехінококозі) та деепітелізації (при непаразитарному походженні) КП під час виконання різних способів хірургічного втручання, як під час операції, так і при необхідності пролонгованої санації в післяопераційному періоді.

Мета роботи

Розробити та впровадити в практику нові способи санації та деепітелізації порожнини КП при їх хірургічному втручанні у дітей.

Матеріали та методи

Проведено аналіз лікування 212 дітей, у яких виявлено 353 ЕКП і 75 пацієнтів, у яких діагностовано 88 кіст печінки непаразитарного походження.

Всі пацієнти з ЕКП були проліковані - консервативно (n=20), відкритим способом (лапаротомія) (n=164), мініінвазивним - пункційно-дренажним (транскутанна пункція) (n=25) та лапароскопічно (n=3). Діти з НКП лікувались: відкритим способом (лапаротомія) (n=55), мініінвазивним - пункційно-дренажним (транскутанна пункція) (n=3) та лапароскопічно (n=9) а 9 із них знаходилось під спостереженням.

Результати та їх обговорення

Найбільш вживаними препаратами для протипаразитарної обробки ЕКП є 2% розчин формаліну, гіпертонічний (15- 30%) розчин натрію хлориду та 10% спиртовий розчин йоду в різних експозиціях по часу [3,9].

Розчин формаліну є високоефективним знезаражуючим препаратом при ехінококозі. Проте, при використанні 2% розчину формаліну для санації ЕКП, через його високу гепатотоксичність і нефротоксичність, в пацієнтів часто виникають різного ступеня алергічні реакції, аж до розвитку анафілактичного шоку та смерті [4, 10].

Гіпертонічний розчин натрію хлориду є менш токсичний, ніж формалін, проте описані ускладнення після використання гіпертонічного розчину у дитини з розвитком гіпернатріємії і летальним результатом. Крім того, гіпертонічний розчин натрію хлориду не є високоефективним знезаражуючим препаратом при ехінококозі, що є причиною рецидиву захворювання [1,8].

Використання 10% спиртового розчину йоду є більш ефективним за попередні, але гепатотоксичність і нефротоксичність його залишається досить високою, що також є причиною післяопераційних ускладнень у вигляді токсико-алергічних нефропатій та різного виду інших алергічних реакцій [7, 131].

Наслідками використання інших препаратів та фізичних методів впливу є часті рецидиви захворювання та нагноєння залишкових порожнин кіст при менш виражених токсико-алергічних реакціях, що менш акцентувало нашу увагу на доцільність щодо їхнього вживання. Ми брали до уваги досвід використання антипаразитарних методів впливу при хірургічному лікуванні ЕКП авторами з великою кількістю пролікованих пацієнтів, у яких також були проведені власні лікувально-дослідницькі паралелі застосування різних сколецидних препаратів [5, 10].

Для підвищення надійності протипаразитарної обробки кіст при відкритому хірургічному втручанні, окрім властивостей різних препаратів ми вважали за доцільне використовувати найбільш безпечну експозицію по часу при їх введенні в порожнину кісти, та використання комбінації подібних препаратів, які в свою чергу крім сколецидного та антисептичного впливу у вогнищі патології, зменшували би токсичний вплив на печінку та організм в цілому.

Санація ЕКП при відкритому хірургічному втручанні. Нами запропоновано спосіб санації ЕКП при відкритому хірургічному втручанні (Патент України №64726), який полягає в тому, що проводили лапаротомію, пунктували та аспірували вміст кісти, а після того в порожнину кісти почергово вводили 10% спиртовий розчин йоду та 96% етиловий спирт і 0,02% розчин хлоргексидину біглюконат, з експозицією по 7 хвилин з наступним відсмоктуванням кожного. Розкривши порожнину кісти та видаливши хітинову оболонку, порожнину кісти додатково обробляли тампонами, почергово змоченими 10% спиртовим розчином йоду, 96% етиловим спиртом і 0,02% розчином хлоргексидину біглюконат протягом 5 хвилин кожний.

Проте для успішного хірургічного лікування ЕКП інтраопераційної санації достатньо лише при наявності дрібних і малих кіст в ураженому органі. При КП середніх розмірів та більше, після знезараження та евакуації вмісту кісти - ехінококової рідини зі сколексами, хітинової оболонки, дочірних підатид) та ліквідації залишкової порожнини (капітонажу), заштиту порожнину кісти

необхідно дрениувати. Дренування в таких випадках необхідне для спонтанного витікання або налагодження активної аспірації залишкового вмісту кісти, та введення антисептиків для обробки зашитої порожнини в післяопераційному періоді.

Відомий спосіб пролонгованої санації порожнини ЕКП після відкритого хірургічного втручання, за яким після лапаротомії, пункції та аспірації паразитарної рідини кісти, знезараження її порожнини сколецидними препаратами, відсмоктування їх, розкриття порожнини кісти, видалення хітинової оболонки та зашивання порожнини кісти (капітонаж), в одних випадках в просвіті зашитої порожнини кісти залишають дренажну трубку, яку виводять через передню черевну стінку для спонтанного витікання залишків ексудату, який накопичується в порожнині кісти в післяопераційному періоді. В іншому випадку, через дренажну трубку в післяопераційному періоді порожнину кісти промивають фізіологічним розчином натрію хлориду або антибіотику [16].

Проте, залишений в просвіті зашитої кісти дренаж, направлений лише для спонтанного (пасивного) витікання залишків ексудату, не гарантує достатньої санації цієї порожнини, тому, що не передбачено місцевого впливу сколецидних препаратів на можливі залишки недостатньо знезаражених елементів паразитарної кісти в післяопераційному періоді. Стінки фіброзної капсули не є настільки еластичними, навіть при підвищенні внутрішньочеревного тиску, що перешкоджає швидкому щільному стулянню їх, і через те в порожнині кісти може накопичуватися надлишкова кількість ексудату, що сповільнює процес зрощення між стінками кісти. Крім того, при пасивному дрениванні може відбутися obturaція просвіту дренажної трубки детритом або залишками хітинової оболонки кісти, що заважає евакуації вмісту порожнини ЕКП. Все це може слугувати причиною рецидиву захворювання, появи залишкової порожнини кісти та можливості виникнення нагноєння в цьому місці.

Промивання фізіологічним розчином натрію хлориду дренажної трубки при пасивному дрениванні запобігає obturaції просвіту цієї трубки детритом або залишками хітинової оболонки кісти, що покращує евакуацію вмісту порожнини ЕКП, але такий підхід не гарантує гарантованої профілактики висхідного інфікування порожнини кісти, і даний препарат не володіє сколецидними властивостями.

Промивання розчином антибіотику дренажної трубки при пасивному дрениванні запобігає obturaції просвіту цієї трубки детритом або залишками хітинової оболонки кісти, покращує евакуацію вмісту порожнини ЕКП, а деякі антибіотики до певної міри володіють сколецидними властивостями. Крім того, такий підхід до певної міри запобігає висхідне інфікування порожнини кісти. Разом з тим, дана методика також передбачає пасивне дренивання порожнини кісти, що не гарантує достатньої санації її. Промивання зашитої порожнини кісти тільки розчином антибіотику не сприяє надійному зрощенню між стінками кісти. Все це може стати причиною рецидиву захворювання, появи залишкової порожнини кісти та можливості виникнення нагноєння в цьому місці.

Нами запропоновано спосіб пролонгованої санації порожнини ЕКП після відкритого хірургічного втручання (Патент України №64734), який полягає в тому, що проводять лапаротомію, пункцію кісти та аспірацію паразитарної рідини, знезараження порожнини кісти сколецидними препаратами, відсмоктування їх, розкриття фіброзної капсули, видалення хітинової оболонки та капітонаж, в просвіті зашитої порожнини кісти залишають дренажну трубку та промивають її розчином антибіотику. В післяопераційному періоді при достатній герметичності зашитої порожнини кісти до дренажної трубки під'єднують сільфон, щоденно інтенсивно промивають порожнину кісти розчином антибіотику з обов'язковим відсмоктуванням його, проводять ультрасонографічний моніторинг стану зашитої порожнини кісти, на 7 і 9 день в порожнину кісти вводять 1-3 мл (в залежності від об'єму залишкової порожнини) 96% етилового спирту і при відсутності виділень по дренажній трубці - останню видаляють.

Ми провели 140 відкритих хірургічних втручань при ЕКП з використанням вдосконаленого нами способу інтраопераційної санації кіст, а у 94 із них в післяопераційному періоді використано запропонований метод пролонгованої санації порожнини кіст після відкритого хірургічного втручання.

Дані методики дозволили гарантовано сапувати ЕКП і в жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання та побічних ускладнень у вигляді алергічних реакцій чи порушень функції організму іншого характеру.

Санація ЕКП при пункційно-дренажному втручанні. Пункційно- дренажні втручання при лікуванні ЕКП можуть бути у вигляді транскутанної або інтраабдомінальної пункції кісти. Основними моментами, на які слід вважати при пункційно-дренажних втручаннях у пацієнтів з КП є те, що дані операції не передбачають розкриття порожнини кісти, евакуації вмісту кісти - ехінококової рідини зі сколексами, хітинової оболонки, дочірніх гідатид) та ліквідації залишкової порожнини (капітонажу). Інтраопераційна та пролонгована (післяопераційна) санація порожнини ЕКП відбувається в закритій порожнині, інтрапаренхіматозній (оточеній шаром паренхіми печінки), і досить часто - поблизу крупних судин та жовчних шляхів. В такій ситуації вибір сколецидного препарату та експозиція його використання має надто важливе значення.

Для підвищення надійності протипаразитарної обробки кіст при пункційно-дренажному втручанні, окрім властивостей різних препаратів ми також (як і при відкритій операції) вважали за доцільне використовувати найбільш безпечну експозицію по часу при введенні сколецидних

препаратів в порожнину кісти, та використання оптимальної комбінації подібних речовин, які в свою чергу крім сколецидного та антисептичного впливу у вогнищі патології, зменшували би токсичний вплив на печінку та організм в цілому.

Нами запропоновано спосіб санації ЕКП при транскутанній пункції (Патент України №64727), який полягає в тому, що транскутанно проводили дренажну трубку в просвіт кісти, аспірували її вміст, а після того в порожнину кісти через дренажну трубку почергово, в об'ємі 2/3 отриманого вмісту кісти, вводили 10% спиртовий розчин йоду, 96% етиловий спирт і 0,02% розчин хлоргексидину біглюконат, з експозицією по 7 хвилин кожного, з наступним відсмоктуванням. Після того фіксували дренажну трубку до шкіри, вводили розчин метрогілу, а на другу добу з'єднували дренажну трубку із сильфоном.

Якщо ж неможливо провести транскутанну пункцію глибоко розташованих КП, ми використовували інтраабдомінальну пункцію та дренивання. Інтраабдомінальну пункцію та дренивання проводили або за допомогою інтраабдомінальної ультрасонографії, або під дактилотактильним контролем.

Запропонований нами спосіб санації ЕКП при інтраабдомінальній пункції (Патент України №64732) полягає в тому, що інтраабдомінально транспечінково проводили дренажну трубку в просвіт кісти та аспірували її вміст, а після того в порожнину кісти через дренажну трубку почергово, в об'ємі 2/3 отриманого вмісту кісти, вводили 10% спиртовий розчин йоду, 96% етиловий спирт і 0,02% розчин хлоргексидину біглюконат, з експозицією по 7 хвилин кожного, з наступним відсмоктуванням. Потім інтенсивно промивали кісту розчином метрогілу, та залишали дренажну трубку в просвіті порожнини кісти для програмованої санації її в післяопераційному періоді.

Особливостями такого підходу є те, що санацію ЕКП при пункційно- дренажних втручаннях проводили не лише одним сколецидним препаратом - 10% спиртовим розчином йоду, а комбінацією трьох антисептиків (10% спиртовим розчином йоду, 96% етиловим спиртом і 0,02% розчином хлоргексидину біглюконат) та додатково розчином антибіотику - метрогілу. Вищевказані препарати володіють сколецидними характеристиками, проте самостійне використання їх на короткий (до 10 хвилин) строк не гарантує надійне знезараження ЕКП. Разом з тим, наявність в просвіті кісти сколецидного препарату з даною експозицією може призвести до токсико- алергічних ускладнень, а збільшення експозиції цих засобів може тільки посилити вірогідність появи цих ускладнень. Особливо це важливо при глибокому інтрапаренхіматозному розташуванні кіст, санація яких не передбачає розкриття порожнини кісти, не передбачає повного видалення всіх знезаражених елементів і залишків сколецидних препаратів. Тому, при поступовому (почерговому) введенні в просвіт порожнини кісти, кожен із цих антисептиків здійснює як сколецидну дію, так і одночасно пом'якшує токсичний вплив попереднього засобу на уражений орган та організм в цілому.

Об'єм сколецидного препарату, що складає 2/3 отриманого вмісту кісти, в достатній мірі забезпечує доступ цієї речовини в усі доступні місця стуленої порожнини, дозволяє гарантовано санувати всі внутрішньокістозні елементи та запобігає витіканню цієї агресивної рідини в черевну порожнину мимо пунктованого отвору в паренхімі печінки при збільшенні внутрішньо порожнинного тиску.

Введення розчину антибіотику (метрогілу) в просвіт порожнини кісти після введення попередніх сколецидних препаратів передбачає додаткову пом'якшувальну дію та профілактику висхідної інфекції, яка може проникнути по ходу дренажної трубки. Через залишену в просвіті кісти дренажну трубку в післяопераційному періоді передбачено додаткове проведення санації порожнини.

На наш погляд для успішного лікування глибоко-розташованих інтрапаренхіматозних ЕКП, в яких використовують пункційно-дренажний метод хірургічної корекції, після інтраопераційної санації необхідно також проводити пролонговану обробку порожнини кісти в післяопераційному періоді.

З цією метою нами розроблено та впроваджено способи пролонгованої санації порожнини ЕКП після транскутанної (Патент України №65812) та після інтраабдомінальної пункції (Патент України №65808).

Згідно запропонованого нами способу пролонгованої санації порожнини ЕКП після пункційно-дренажних втручань, на другу добу післяопераційного періоду з'єднували дренажну трубку із сильфоном, щоденно інтенсивно промивали порожнину кісти розчином антибіотику (метрогіл) з обов'язковим відсмоктуванням його, проводили ультрасонографічний моніторинг стану дренованої порожнини кісти, на 5, 7 і 9 день в порожнину кісти вводили 1-3 мл (в залежності від об'єму залишкової порожнини) 96% етилового спирту і при відсутності виділень по дренажній трубці (на 10-24 день) - останню видаляли.

Особливостями такого підходу до пролонгованої санації порожнини ЕКП після пункційно-дренажних втручань є те, санацію порожнини кісти проводили не за рахунок спонтанного (пасивного) дренивання, а використовуючи при цьому всі інші необхідні компоненти. Ми промивали не лише просвіт дренажної трубки розчином антибіотику, але і всю залишкову порожнину пунктованої кісти з обов'язковим відсмоктуванням його. Промивання виконували не одномоментно, а інтенсивно, вимиваючи залишки детриту чи оболонки хітинової капсули. На другу добу післяопераційного періоду до дренажної трубки під'єднували сильфон, чим забезпечували постійну активну аспірацію вмісту, що в свою чергу сприяло швидшому та кращому стулянню оболонки

кісти.

На 5, 7 і 9 день з метою склерозування в порожнину кісти вводили 1-3 мл (в залежності від об'єму залишкової порожнини) 96% етилового спирту, бо саме герміцидна дія етилового спирту сприяє подальшому сколецидному впливу на хітинову оболонку ЕКП і можливі залишки інших елементів паразитарної кісти, а подразнювальна та дубильна дії сприяють кращому склерозуванню пунктованої та дренажної кісти. Такий об'єм спирту достатній для проведення герміцидного та склерозуючого ефекту в порожнині кісти.

При відсутності виділень по дренажній трубці та при мінімізації об'єму залишкової порожнини дренажну трубку видаляли і пацієнта виписували додому. Стан пунктованої та дренажної порожнини кісти контролювали ультрасонографічно, що дозволяло об'єктивно судити про ефективність проведеного лікування.

Нами проведено 25 транскутанних пункцій у пацієнтів з ЕКП та 12 інтраабдомінальних транспечінкових пункцій з цією ж патологією під контролем ультрасонографії (n=5) або дактилотактильним контролем (n=7) з використанням відповідного способу інтраопераційної та післяопераційної пролонгованої санації кіст. Дані методики дозволили гарантовано сапувати ЕКП і в жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання. Тільки у 2 пацієнтів при транскутанній пункції було відмічено ознаки алергічно-токсичної нефропатії.

Особливості деепітелізації непаразитарних кіст печінки. Для деепітелізації НКП загальноприйнятим є спосіб, при якому після лапаротомії, пункції та аспірації вмісту кісти, розкривають її порожнину та одномоментно обробляють тампоном, змоченими 70% етиловим спиртом [5, 6]. Проте, одномоментна обробка внутрішньої порожнини кісти даним препаратом не гарантує в достатній мірі деепітелізації непаразитарної кісти. Крім того, використання 70% етилового спирту як антисептика, не забезпечує гарантованої знезаражуючої дії при можливому інфікуванні кісти. Все це може стати причиною появи післяопераційних ускладнень і рецидиву захворювання.

Ми запропонували спосіб деепітелізації НКП (Патент України №66749), який полягає в тому, що проводять лапаротомію, пунктують та аспірують вміст кісти, розкривають порожнину кісти, а після того внутрішню порожнину кісти обробляють спершу тампоном, змоченим 10% спиртовим розчином йоду, потім - 96% етиловим спиртом і закінчують обробляти порожнину тампоном з 0,02% розчином хлоргексидину біглюконат протягом 5 хвилин кожний.

На відміну від відомого способу, деепітелізацію НКП проводили не лише одним препаратом - 70% етиловим спиртом, а комбінацією трьох антисептиків (10% спиртовим розчином йоду, 96% етиловим спиртом і 0,02% розчином хлоргексидину біглюконат), бо одномоментна обробка внутрішньої порожнини кісти лише 70% етиловим спиртом не гарантує в достатній мірі деепітелізації непаразитарної кісти. Крім того використання 70% етилового спирту, як антисептика, не забезпечує гарантованої знезаражуючої дії при можливому інфікуванні кісти.

Використовувані нами препарати (10% спиртовий розчин йоду, 96% етиловий спирт і 0,02% розчин хлоргексидину біглюконат) володіють вираженими антисептичними та «дубильними» характеристиками, що гарантує надійну деепітелізацію кісти. Обробка порожнини таким способом проходить від більш агресивного препарату - до слабшого, одночасно пом'якшуючи токсичний вплив попереднього засобу на уражений орган та організм в цілому.

Нами проведено 40 відкритих хірургічних втручань при НКП з використанням даного способу деепітелізації кіст. Дана методика дозволила гарантовано добитися як деепітелізації, так і знезараження непаразитарної кісти. В жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання та побічних ускладнень у вигляді алергічних реакцій чи порушень функції організму іншого характеру. У 10 пацієнтів з НКП ми проводили деепітелізацію порожнини кісти, обробляючи тампоном, змоченими 70% етиловим спиртом. У 2 із 10 пацієнтів у післяопераційному періоді проходило тривале (20 і 25 днів відповідно) виділення рідинного вмісту по дренажу із зашитої кісти, що свідчило про недостатню деепітелізацію порожнини кісти.

Висновок

1. Антипаразитарний принцип проведення хірургічного втручання повинен зводитися до знезараження порожнини фіброзної капсули КП різними сколецидними середниками. Враховуючи дубильні властивості хімічних речовин або дубильний ефект фізичних методів впливу на внутрішню оболонку кісти, дані засоби також використовують для деепітелізації НКП.

2. Основними позитивними характеристиками методів санації та деепітелізації КП мають бути їх сколецидна ефективність, належні антисептичні властивості та мінімальний токсичний вплив на печінку та організм в цілому, що служить профілактикою рецидиву захворювання та запобігають появі ускладнень.

3. Запропонований ефективний метод антипаразитарної обробки ехінококових кіст печінки полягає в почерговому введенні 10% спиртового розчину йоду та 96% етилового спирту, з експозицією по 7 хвилин кожного з наступною повторною обробкою цими ж розчинами та 0,02% розчином хлоргексидину біглюконату протягом 5 хвилин кожний з подальшим розкриттям порожнини кісти та видаленням хітинової оболонки зі сколексами.

4. Для успішної деепітелізації непаразитарної кісти печінки достатньо почергової обробки її розкритої порожнини тампонами з 10% спиртовим розчином йоду, 96% етиловим спиртом і 0,02%

розчином хлоргексидину біглюконату протягом 5 хвилин кожний.

Література

1. Ахмедов Р.М. Лечение эхинококкоза печени / Р.М. Ахмедов, У.Б. Очилов, И.А. Мирходжаев [и др.] // *Анналы хир. гепатол.* – 2002. – Т. 7, № 2. – С. 35-38.
2. Непаразитарные кисты печени / [А.Е. Борисов, В.П. Земляной, С.Л. Непомнящая и др.]. – СПб. : Издание Предприятия ЭФА, 2000. – 82 с.
3. Икрамов Р.З. Радикальное хирургическое лечение эхинококкоза печени / Р.З. Икрамов, М.А. Кахаров // *Анналы хир. Гепатол.* – 2002. – Т. 7, № 1. – С. 315-316.
4. Бобоев Б.М. Обеззараживание сколексов при эхинококкэктомии / Б.М. Бобоев, А.М. Миродуллоев, А.Б. Бойчаев [и др.] // 2 съезд детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана : *Материалы съезда.* – Душанбе, 2008. – С. 126-127.
5. Кахаров М.А. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени / М.А. Кахаров, В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский [и др.] // *Хирургия.* – 2003. – № 1. – С. 31-35.
6. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте / А.Т. Пулатов. – М. : Медицина, 2004. – С. 131-140.
7. Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов. – М. : Триада-Х, 2003. – 216 с.
8. Шерлок Ш. Заболевания печени и желчных путей: *Практ. рук.* : Пер. с англ. / Ш. Шерлок, Дж. Дули [под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина.]. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 864 с.
9. Somily A. 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.
10. Goksoy E. Operative Therapie des Echinokokkus granulosoos (cysticus) / E. Goksoy, M. Duren // *Chirurg.* – 2000. – Vol. 71. – P. 21-29.
11. Yuksel M. Hydatid disease involvingsome rare locations in the body: a pictorial essay / M. Yuksel, G. Demifolat, A. Sever [et al.] // *Korean J. Radiol.* – 2007. – Vol. 8. – P. 531-540.
12. Giorgio A. Hydatid liver cyst: an 11-year experience of treatment with percutaneous aspiration and ethanol injection / A. Giorgio, L. Tarantino, G. de Stefano [et al.] // *J. Ultrasound. Med.* – 2001. – Vol. 20. – P. 729-738.
13. Moro P. Cystic echinococcosis in the Americas / P. Moro, P.M. Schantz // *Parasitology International.* – 2006. – Vol. 55. – P. 181-186.
14. Khursheed A.S. Open method versus capitonnage in management of hepatic hydatidosis in children / A.S. Khursheed, A.W. Abrar, H.N. Tariq [et al.] // *Pediat. Surg. Int.* – 2001. – Vol. 17, No 5-6. – P. 382-385.
15. Kabaalioglu A. Percutaneous imaging-guided treatment of hydatid liver cysts: Do long-term results make it a first choice? / A. Kabaalioglu, K. Ceken, E. Alimoglu [et al.] // *Eur. J.Radiol.* – 2006. – Vol. 59. – P. 65-73.
16. Smego Jr. R.A. Treatment options for hepatic cystic Echinococcosis / R.A. Smego Jr., P. Sebanego // *Intern. J. Infect. Dis.* – 2005. – Vol. 9. – P. 69-76.
17. Western blot applied to the diagnosis and post-treatment monitoring of human hydatidosis / O. Doiz, R. Benito, Y. Sbihi [et al.] // *Diagn. Microbiol. Infect. Dis.* – 2001. – V. 01. 41. – P. 139-142.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ САНАЦИИ И ЭПИТЕЛИЗАЦИИ КИСТ ПЕЧЕНИ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Притула В.П.

Ключевые слова: кисты печени, лечение, профилактика осложнений, дети.

Использование известных сколелицидных препаратов и физических методов воздействия при хирургическом лечении кист печени (КП) не гарантирует успешную лечения этой патологии. Цель работы - разработать и внедрить в практику новые способы санации и дезэпителизации полости КП при их хирургическом вмешательстве. Проведен анализ лечения 212 детей, у которых обнаружено 353 паразитарных и 75 пациентов, у которых диагностировано 88 непаразитарных КП. Предложен эффективный метод антипаразитарной обработки эхинококковых КП заключается в поочередном введении 10% спиртового раствора йода и 96% этилового спирта, с экспозицией по 7 минут каждый с последующей повторной обработкой этими же растворами и 0,02% раствором хлоргексидина біглюконата в течение 5 минут каждый с последующим раскрытием полости кисты и удалением хитиновой оболочки со сколексами. Отмечено, что для успешной дезэпителизации непаразитарной КП достаточно поочередной обработки ее раскрытой полости тампонами с 10% спиртовым раствором йода, 96% этиловым спиртом и 0,02% раствором хлоргексидина біглюконата в течение 5 минут каждый. После интраоперационного обеззараживания и капитонажа КП средних и больших размеров зашитую полость кисты необходимо дренировать с пролонгированной санацией и активной аспирацией их под ультрасонографическим мониторингом. Благодаря созданию оптимальных условий для повышения надежности противопаразитарной обработки эхинококковых КП и дезэпителизации полости непаразитарных кист при хирургическом вмешательстве удается предотвратить послеоперационные осложнения и рецидивы заболевания.

Summary

PECULIARITIES OF READJUSTMENT AND DE-EPITHELIALIZATION OF LIVER CYSTS DURING THE TREATMENT IN CHILDREN

Prytula V. P.

Key words: congenital emphysema, segmental resection, lobectomy, late results, children.

Scolicidal medicines used in medical practice and physical stimulation methods in the surgical treatment of hepatic cysts (HC) do not guarantee successful outcome. The purpose of the research is to develop and implement new methods of readjustment and de-epithelialization of HC cavity in surgical intervention. The study was based on the findings obtained in 212 children, who were diagnosed to have parasitic 353 parasitic HC, and 75 patients who had 88 non-parasitic HCs. A method suggested for the antiparasitic treatment of hydatid HC consists in alternative introducing a 10% alcoholic solution of iodine and 96% ethanol, with an exposure for 7 minutes each, followed by repeated treatments with these same solutions and 0.02% chlorhexidine bigluconate for 5 minutes each, followed by opening of the cyst cavity and removal of chitin shell with scolex. It has been noted that a successful non-parasitic de-epithelialization of HC may be limited by sequential processing of its open cavity with swabs soaked in 10% alcohol solution of iodine, 96% ethanol and 0.02% chlorhexidine bi-gluconate for 5 minutes each. Following intraoperative decontamination and removal of HC of medium and large sizes the sutured cavity needs to drain with prolonged readjustment and active aspiration under US monitoring.