

© Притула В. П.

УДК 616.33/.37-006.03-07-089-053.2

Притула В. П.

ВАРІАНТИ ВІДКРИТОГО ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ КІСТАХ ПЕЧІНКИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДІТЕЙ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

(м. Київ)

Національна дитяча спеціалізована лікарня «Охматдит»

(м. Київ)

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», № держ. реєстрації 0104U006207.

Вступ. У загальному плані завданнями відкритого хірургічного втручання при кістах печінки (КП) є санація (знезараження та евакуація вмісту кісти – ехінококової рідини зі сколексами, хітинової оболонки, дочірніх гідатид) при паразитарному походженні, або деепітелізація з евакуацією вмісту при непаразитарній етіології, з наступною ліквідацією порожнини кісти та можливим (за показанням) дренажуванням місця втручання [1, 2, 6, 9].

Під час операції необхідна ретельна ізоляція операційного поля для виключення потрапляння вмісту кісти (особливо при ехінококозі) на навколишні тканини, що змушує обмежити місце пункції кісти від навколишніх тканин. Після пункції та спорожнювання кісти в її просвіт вводять препарати, що дозволяють знешкодити збережені в ній сколекси (при ехінококозі) або провести деепітелізацію (при непаразитарних кістах), і тільки після цього – розкривати фіброзну капсулу та евакуювати вміст з просвіту залишкової порожнини, яку повторно піддають антипаразитарній обробці чи деепітелізації [4, 7, 12, 13].

Не дивлячись на широкий спектр способів ліквідації порожнини кісти, 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 недолики при зашиванні порожнини кіст під час операції [3, 8, 10, 11].

Мета роботи – розробити та впровадити в практику нові способи ліквідації порожнини КП при їх хірургічному втручанні у дітей.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено аналіз лікування 212 дітей, у яких виявлено 353 ехінококові КП і 75 пацієнтів, у яких діагностовано 88 кіст печінки непаразитарного походження. Всі пацієнти з ехінококовими КП були проліковані – консервативно (n=20), відкритим способом (лапаротомія) (n=164), мініінвазивним-пункційно-дренажним (транскутанна пункція) (n=25) та лапароскопічно (n=3). Діти з непаразитарними КП лікувались: відкритим способом (лапаротомія) (n=55), мініінвазивним – пункційно-дренажним

(транскутанна пункція) (n=3) та лапароскопічно (n=9) а 9 із них знаходились під спостереженням.

Результати досліджень та їх обговорення. Ми не використовували спосіб ліквідації порожнини КП, при якому після лапаротомії, пункції, аспірації, санації (деепітелізації), розкриття кісти та висічення поверхневих оболонок, до порожнини кісти підводять мобілізоване пасмо великого чепця (сальника), фіксують його окремими лігатурами по периметру розкритої кісти, тампонуючи цим самим просвіт цієї порожнини. Для ліквідації порожнини кісти ми також не використовували найбільш вживані відомі способи капітонажу за Дельбе або за Н. Ф. Березкіним [5, 6].

Для ліквідації порожнини КП нами запропоновані оригінальні способи капітонажу, які ми диференційовано використовували в кожному окремому випадку, в залежності від топографоанатомічної локалізації.

При КП малих і середніх розмірів (<6 см) ми користувалися способом ліквідації порожнини кісти (Патент України №65830), який полягає в тому, що проводять лапаротомію, пункцію кісти та аспірацію рідини, знезаражують порожнину кісти сколецидними препаратами, відсмоктують їх, а потім розкривають фіброзну капсулу, видаляють хітинову оболонку та висікають поверхневу частину фіброзної капсули. Капітонаж кісти полягає в тому, що на відстані 10-15 мм від межі фіброзної капсули ззовні ригідного краю порожнини кісти проводять черезпечінковий укол з вибором на глибину до 25-30 мм всередині порожнини кісти, і цією ж голкою ззовні протилежного (еластичного) краю проводять поверхневий проксимальний укол глибиною 5 мм і на відстані до 20 мм дистальніше – викол. На зворотному шляху, формуючи поперечний П-шов шириною 10-15 см, ззовні протилежного (еластичного) краю проводять поверхневий дистальний укол глибиною 5 мм і на відстані до 20 мм проксимальніше – викол, а потім з внутрішньої поверхні фіброзної капсули ригідного краю порожнини кісти, на ширину 10-15 см паралельно попередньому виколу, проводять черезпечінковий укол з наступним вибором назовні на таку ж ширину на відстані 10-15 мм від межі фіброзної капсули. При затягуванні лігатури скручують і укладають краї порожнини кісти у вигляді рулету з наступним зав'язуванням шва при максимальному скручуванні країв і натягу нитки.

Всі зазначені цифрові параметри техніки проведення лігатури в паренхімі печінки передбачені для безпечного виконання самої процедури прошивання (уникнення пошкодження крупних судин печінки та жовчних шляхів) і для запобігання прорізування паренхіми під лігатурами при затягуванні їх та укладанні країв порожнини кісти при максимальному скручуванні. Накладені таким чином лігатури гарантують достатню міцність зшитих країв кісти та ефективність капітонажу.

Такий спосіб капітонажу можливий не лише при достатній еластичності обох країв кісти, бо дана методика якраз передбачає наявність ригідного краю. Крім того, такий спосіб доступний при глибокій вузькій порожнині КП. Даний метод накладання подібних лігатур гарантує достатнє затягування швів і стуляння стінок фіброзної капсули, що запобігає формуванню залишкової порожнини кісти. При такій операції немає необхідності для надмірного затягування лігатур, що запобігає прорізанню фіброзної капсули з можливою кровотечею в порожнину кісти, що важливо для уникнення появи чи нагноєння залишкової порожнини кісти, або витікання жовчі з формуванням жовчної нориці.

Таким способом проводили капітонаж як паразитарних, так і непаразитарних кіст печінки, малих і середніх розмірів (до 6 см в діаметрі), з відмінностями в тому, що при ехінококозі проводили інтраопераційну санацію кіст, а при непаразитарних кістах – деепітелізацію порожнини.

Даний спосіб ми здійснювали наступним чином. Після лапаротомії та ідентифікації кісти її ретельно відмежовували серветками та пеленками від інших органів і вільної черевної порожнини. Пунктували кісту товстим вазофіксом. Місце пункції вибирали не в самому центрі кісти, а біля проксимального до

хірурга краю. Перед цим накладали кисетний шов в стінці кісти, щоб під час пункції можна загерметизувати прокол. Вазофіксом біля проксимального краю кісти проводили її пункцію. Цей технічний прийом виконували для того, що після відсмоктування рідини кіста зменшується в розмірах і ховається. Це важливо при труднодоступних локалізаціях патології.

Пунктували кісту вазофіксом, а не товстою голкою, щоб не пошкодити цією голкою протилежний край фіброзної капсули або саму стінку. Спершу відсмоктували максимальну кількість рідини, що міститься в кісті для ідентифікації кольору рідини, що могло свідчити про наявність жовчної нориці та про характер пошкодження судин або жовчних ходів. Відсмоктавши рідину, в порожнину кісти, не виймаючи вазофікс, вводили в залежності від об'єму кісти від 3 до 10 мл 10% спиртового розчину йоду на 7 хвилин.

Відсмоктавши розчин йоду, вводили туди таку ж саму кількість 96% етилового спирту на 7 хвилин. Після аспірації спирту виймали вазофікс, затягували кисетний шов, розсікали фіброзну капсулу, і за допомогою відсмоктувача видаляли залишок рідини. Вікончастим затискачем видаляли хітинову оболонку ехінококової кісти та детрит з можливими дочірними гідатидами.

Далі порожнину фіброзної капсули протягом 5 хвилин обробляли тампоном, змоченим 10% спиртового розчину йоду та 5 хвилин – 96% етиловим спиртом. Закінчували санацію кісти обробкою фіброзної стінки 0,02% розчином хлоргексидину біглюконат. Висікали поверхневу частину фіброзної капсули.

Потім порожнину фіброзної капсули зашивали (проводили капітонаж) (рис. 1). На відстані 10-15 мм від межі фіброзної капсули ззовні ригідного краю порожнини кісти проводили черезпечінковий укол з виколом на глибину до 25-30 мм всередині порожнини кісти.

Цією ж голкою ззовні протилежного (еластичного) краю проводили поверхневий проксимальний укол глибиною 5 мм і на відстані до 20 мм дистальніше – викол.

На зворотному шляху, формуючи поперечний П-шов шириною 10-15 см, ззовні протилежного (еластичного) краю проводили поверхневий дистальний укол глибиною 5 мм і на відстані до 20 мм проксимальніше – викол.

З внутрішньої поверхні фіброзної капсули ригідного краю порожнини кісти, на ширину 10-15 см паралельно попередньому виколу, проводили черезпечінковий укол з наступним виколом назовні на таку ж ширину на відстані 10-15 мм від межі фіброзної капсули.

При затягуванні порожнини скручували і укладали край розкритої кісти у вигляді рулету. При максимальному скручуванні і натягу лігатур – шов

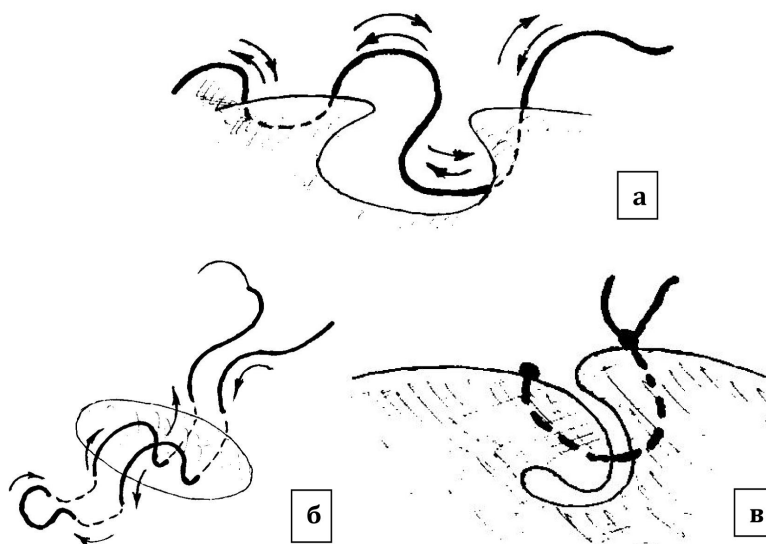


Рис. 1. Етапи зашивання порожнини кісти печінки середніх розмірів (схема): а – хід накладання лігатур (вказано стрілками) при зашиванні порожнини кісти (в поперечному зрізі); б – хід накладання лігатур (вказано стрілками) при зашиванні порожнини кісти (в об'ємному зображенні); в – залишкова порожнина ліквідована.

зав'язували. Якщо ширина порожнини кісти була великою, то таких швів наклали кілька, із відстанню між ними до 1 см.

При необхідності, в просвіті зашитої порожнини кісти залишали дренажну трубку, яку виводили через передню черевну стінку та фіксували до шкіри. Після того контролювали гемостаз в ураженому органі, санували черевну порожнину промиванням її фізіологічним розчином натрію хлориду та зашивали лапаротомну рану.

У 69 пацієнтів проведено відкрите хірургічне втручання, під час яких в загальному при 83 кістах печінки використано ліквідацію порожнини кісти за даним способом. Дана методика дозволила гарантовано ліквідувати порожнину кісти печінки і в жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання та побічних ускладнень.

Для зашивання порожнини кісти печінки більших (за 6 см в діаметрі) розмірів даний спосіб вважали не ефективним, і нами було запропоновано спосіб ліквідації порожнини кісти печінки великих розмірів (Патент України №66344). Капітонаж такої кісти полягав в тому, що ззовні більш еластичного краю порожнини на відстані 30-35 мм від межі фіброзної капсули проводили поверхневий проксимальний укол глибиною 5 мм і на відстані до 20 мм дистальніше – викол, а потім зсередини протилежного (менш еластичного) краю порожнини кісти, на глибину до 35-40 мм від межі фіброзної капсули проводили черезпечінковий укол з виколом назовні, і на зворотному шляху цього ж краю порожнини, формуючи поздовжній П-шов завдовжки 10-15 мм, проводили укол ззовні з виколом всередині капсули кісти та заводили дренажну трубку в просвіт порожнини кісти, після чого затягували лігатури, скручували і укладали краї порожнини кісти у вигляді рулету з наступним зав'язуванням шва при максимальному скручуванні країв і натягу нитки (рис. 2).

Після зав'язування цією ж голкою зсередини менш еластичного краю порожнини кісти прошивали назовні і, формуючи наступний поздовжній П-шов завдовжки 10 см, проводили повторний укол ззовні з виколом всередині біля межі цього краю капсули кісти та зв'язували з протилежним кінцем лігатури, фіксуючи цим самим найбільш мобільний кінець даного краю кісти до основної поверхні печінки. Таких швів наклали кілька, із відстанню між ними до 1 см (в залежності від діаметру порожнини кісти).

Такий спосіб капітонажу найбільш ефективний при достатній еластичності обох країв кісти, бо дана методика якраз передбачає наявність ригідних країв. Даний метод накладання подібних лігатур гарантує достатнє затягування швів і стуляння стінок фіброзної капсули, що запобігає формуванню залишкової порожнини кісти. При такій операції немає необхідності для надмірного затягування лігатур, що запобігає

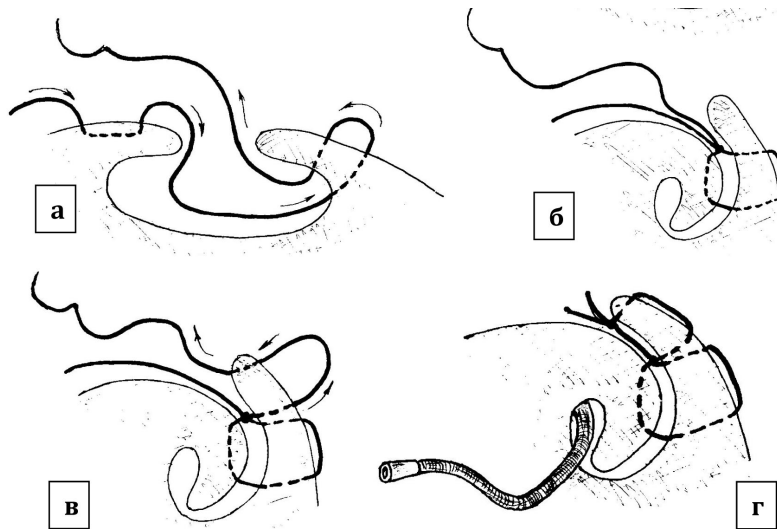


Рис. 2. Етапи зашивання порожнини кісти печінки великих розмірів (схема): а – хід накладання лігатур (вказано стрілками) при формуванні першого поздовжнього П-шва; б – зав'язаний вузол після прошивання першого поздовжнього П-шва; в – хід накладання лігатур (вказано стрілками) при формуванні наступного поздовжнього П-шва; г – залишкова порожнина ліквідована, дренаж в зашитій порожнині кісти.

прорізання фіброзної капсули з можливою кровотечею в порожнину кісти, що важливо для уникнення появи чи нагноєння залишкової порожнини кісти, або витікання жовчі з формуванням жовчної норичі.

Заведена дренажна трубка в просвіт порожнини кісти дозволяє у віддаленому післяопераційному періоді проводити санацію та склеротерапію даного місця, що сприяє швидшому зрощенню та заживленню зашитої порожнини.

В нашій клініці у 35 пацієнтів проведено відкрите хірургічне втручання при наявності 43 кіст печінки великих розмірів з використанням ліквідації порожнини таким способом. Дана методика дозволила гарантовано ліквідувати порожнину КП і в жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання та побічних ускладнень.

Порожнини КП великих розмірів з обома ригідними краями трапляються при лікуванні уражених по діафрагмальній поверхні кількох сегментів правої долі печінки. При хірургічному лікуванні таких кіст у 9 пацієнтів виникали особливі труднощі, бо ригідні стінки порожнини тяжко піддаються, або взагалі не піддаються, зшиванню країв.

Найпоширенішим способом ліквідації порожнини ЕКП великих розмірів з обома ригідними краями є оментопластика. Різні способи зашивання (капітонажу) безуспішні, через прорізування лігатур на етапах зав'язування їх при стулянні зведених країв.

Нами запропоновано спосіб ліквідації порожнини ЕКП великих розмірів з обома ригідними краями (Патент України №66345), який полягає в тому, що проводили лапаротомію, пункцію кісти та аспірацію паразитарної рідини, знезаражували порожнину кісти сколецидними препаратами, відсмоктували їх, а потім розкривали фіброзну капсулу, видалляли

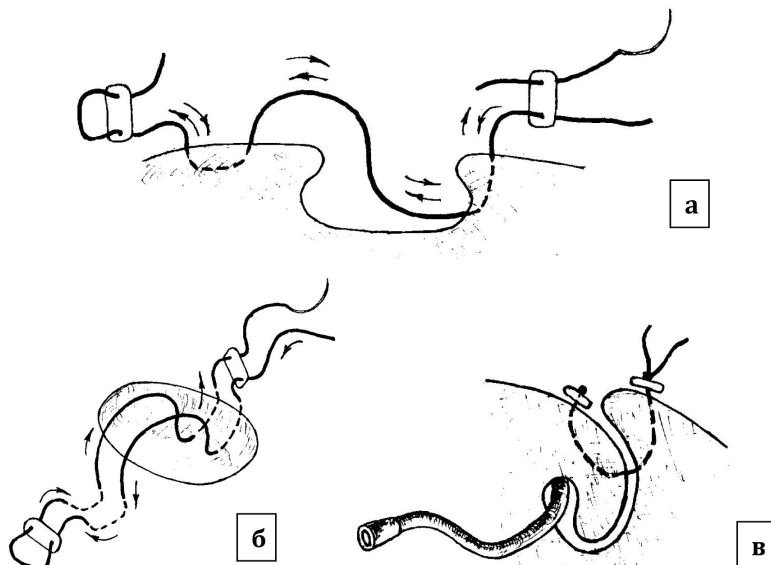


Рис. 3. Етапи зашивання порожнини кісти печінки великих розмірів з обома ригідними краями (схема): а – хід накладання лігатур (вказано стрілками) при зашиванні порожнини кісти (в поперечному зрізі); б – хід накладання лігатур (вказано стрілками) при зашиванні порожнини кісти (в об'ємному зображенні); в – залишкова порожнина ліквідована, дренаж в зашитій порожнині кісти.

хітинову оболонку та висікали поверхневу частину фіброзної капсули, з якої викроювали два клапти 20x10 мм. Капітонаж порожнини полягає в тому, що спершу прошивали перший клапоть з одного полюсу, на відстані 10-15 мм від межі фіброзної капсули ззовні менш мобільного краю порожнини кісти проводили черезпечінковий укол з виколком на глибину до 25-30 мм всередині порожнини кісти, і цією ж голкою ззовні більш мобільного краю, відступивши на S діаметра порожнини кісти, проводили поверхневий проксимальний укол глибиною 5 мм і на відстані до 20 мм дистальніше – викол, та прошивали по полюсах другий клапоть. На зворотному шляху, формуючи поперечний П-шов шириною 10-15 см, ззовні більш мобільного краю паралельно попередній лігатурі, проводили поверхневий дистальний укол глибиною 5 мм, а на відстані до 20 мм проксимальніше – викол і з внутрішньої поверхні фіброзної капсули менш мобільного краю порожнини кісти, на ширину 10-15 см паралельно попередньому виколу, проводили черезпечінковий укол з наступним виколком назовні на таку ж ширину на відстані 10-15 мм від межі фіброзної капсули та прошивали протилежний полюс першого клаптя.

Завівши дренажну трубку в просвіт порожнини кісти, затягували лігатури, скручували і укладали краї порожнини кісти у вигляді рулету з наступним зав'язуванням шва над першим клаптем при максимальному скручуванні країв та натягу нитки, і таких швів накладали кілька, із відстанню між ними до 1 см (рис. 3).

Всі зазначені технічні параметри проведення лігатури в паренхімі печінки передбачені для безпечного виконання самої процедури прошивання (уникнення пошкодження крупних судин печінки та жовчних шляхів) і для запобігання прорізування паренхіми під лігатурами при затягуванні їх та укладанні країв порожнини кісти при максимальному скручуванні. Накладені таким чином лігатури гарантують достатню міцність зшитих країв кісти та ефективність капітонажу порожнини.

Такий спосіб капітонажу передбачає наявність ригідних країв порожнини кісти. Даний метод накладання подібних лігатур гарантує достатнє затягування швів і стуління стінок фіброзної капсули, що запобігає формуванню залишкової порожнини кісти. При такій операції існує необхідність для надмірного затягування лігатур, що може стати причиною прорізання фіброзної капсули з можливою кровотечею в порожнину кісти. Міцність такого шва за даною методикою

підтримується фіксаційними прокладками, викроєними із фіброзної капсули кісти, що запобігають прорізуванню паренхіми печінки лігатурою під кожним П-швом, що важливо для уникнення появи гематоми чи нагноєння залишкової порожнини кісти, або витікання жовчі з формуванням жовчної нориці.

Дана методика дозволила гарантовано ліквідувати порожнину ЕКП і в жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання та побічних ускладнень.

Висновки.

1. В об'ємі відкритої операції з приводу кіст печінки слід виділяти наступні етапи: пункційно-дренажна декомпресія та санування (чи деепітелізація) кісти (1 етап), розкриття з видаленням хітинової оболонки (при ехінокозі) з наступним повторним сануванням (чи деепітелізацією) порожнини (2 етап), висічення фіброзної капсули з капітонажем і пролонгованим дренажуванням залишкової порожнини (за показаннями) (3 етап).

2. В залежності від походження, локалізації та анатомічної характеристики патологічного процесу ліквідація залишкової порожнини кіст печінки досягається доступним висіченням фіброзної капсули з різними варіантами розроблених способів капітонажу, а при необхідності – доповненням пролонгованого дренажування.

Перспективи подальших досліджень. Наші дослідження дозволяють вказувати на наявність проблем в лікуванні дітей з КП. Не менш важливим є подальший пошук найбільш ефективних способів хірургічного лікування цієї патології при накопиченні клінічного матеріалу.

Література

1. Лечение эхинококкоза печени / Р. М. Ахмедов [и др.] // Анналы хир. гепатол. – 2002. – Т. 7, № 2. – С. 35-38.
2. Непаразитарные кисты печени / А. Е. Борисов [и др.] – СПб.: Издание Предприятия ЭФА, 2000. – 82 с.

- Икрамов Р. З. Радикальное хирургическое лечение эхинококкоза печени / Р. З. Икрамов, М. А. Кахаров // *Анналы хир. гепатол.* – 2002, Т. 7, № 1. – С. 315-316.
- Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени / М. А. Кахаров [и др.] // *Хирургия.* – 2003. – № 1. – С. 31-35.
- Пулатов А. Т. Эхинококкоз в детском возрасте / А. Т. Пулатов – М.: Медицина, 2004. – С. 131-140.
- Операции на печени. Руководство для хирургов / В. А. Вишневский [и др.]. – М.: «Миклош», 2003. – 156 с.
- 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.
- Goksoy E. Operative Therapie des Echinokokkus granulosoos (cysticus) / E. Goksoy, M. Duren // *Chirurg.* – 2000. – Vol. 71. – P. 21-29.
- Hydatid disease involvingsome rare locations in the body: a pictorial essay / M. Yuksel, G. Demirpolat, A. Sever [et al.] // *Korean J. Radiol.* – 2007. – Vol. 8. – P. 531-540.
- 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.
- Moro P. Cystic echinococcosis in the Americas / P. Moro, P. M. Schantz // *Parasitology International.* – 2006. – Vol. 55. – P. 181-186.
- Open method versus capitonnage in management of hepatic hydatidosis in children / A. S. Khursheed, A. W. Abrar, H. N. Tariq, B. Shams // *Pediat. Surg. Int.* – 2001. – Vol. 17, № 5-6. – P. 382-385.
- 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.

УДК 616. 33/. 37-006. 03-07-089-053. 2

ВАРИАНТИ ВІДКРИТОГО ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ КІСТАХ ПЕЧІНКИ РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ У ДІТЕЙ ПРИТУЛА В. П.

Резюме. Не дивлячись на широкий спектр способів ліквідації порожнини кісти, у 17,4-64,0% пацієнтів після хірургічного лікування кіст печінки (КП) зустрічаються післяопераційні ускладнення, а у 7,7-15,0% – рецидив захворювання, основною причиною якого є недоліки при зашиванні порожнини кіст під час операції.

Мета роботи – розробити та впровадити в практику нові способи ліквідації порожнини КП при їх хірургічному втручанні у дітей.

Проведено аналіз лікування 212 дітей, у яких виявлено 353 ехінококові КП і 75 пацієнтів, у яких діагностовано 88 КП непаразитарного походження.

Для ліквідації порожнини КП нами запропоновані ефективні оригінальні способи капітонажу, які диференційовано використовували в кожному окремому випадку, в залежності від топографоанатомічної локалізації.

Такі способи капітонажу полягають у накладанні П-подібних швів, затягуванні лігатури, скручуючи і укладаючи краї порожнини кісти у вигляді рулету з наступним зав'язуванням шва при максимальному скручуванні країв і натягу нитки. Ці методики дозволили гарантовано ліквідувати порожнину кісти і в жодному випадку ми не мали рецидиву захворювання та побічних ускладнень.

В об'ємі відкритої операції з приводу КП слід виділяти наступні етапи: пункційно-дренажна декомпресія та санування (чи деепітелізація) кісти (1 етап), розкриття з видаленням хітинової оболонки (при ехінококозі) з наступним повторним сануванням (чи деепітелізацією) порожнини (2 етап), висічення фіброзної капсули з капітонажем і пролонгованим дренажуванням залишкової порожнини (за показаннями) (3 етап). В залежності від походження, локалізації та анатомічної характеристики патологічного процесу ліквідація залишкової порожнини КП досягається доступним висіченням фіброзної капсули з різними варіантами розроблених способів капітонажу, а при необхідності – доповненням пролонгованого дренажування.

Ключові слова: кісти печінки, діагностика, лікування, результати, діти.

УДК 616. 33/. 37-006. 03-07-089-053. 2

ВАРИАНТЫ ОТКРЫТОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТАХ ПЕЧЕНИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

ПРИТУЛА В. П.

Резюме. Несмотря на широкий спектр способов ликвидации полости кисты, в 17,4-64,0% пациентов после хирургического лечения кист печени (КП) встречаются послеоперационные осложнения, а в 7,7-15,0% – рецидив заболевания, основной причиной которого является недостатка при ушивании полости кист во время операции.

Цель работы – разработать и внедрить в практику новые способы ликвидации полости КП при их хирургическом вмешательстве у детей.

Проведен анализ лечения 212 детей, у которых обнаружено 353 эхинококковых КП и 75 пациентов, у которых диагностирован 88 КП непаразитарного происхождения.

Для ликвидации полости КП нами предложены эффективные оригинальные способы капитонажа, которые дифференцированно использовали в каждом отдельном случае, в зависимости от топографо-анатомической локализации.

Такие способы капитонажа заключаются в наложении П-образных швов, затягивании лигатуры, скручивая и укладывая края полости кисты в виде рулетки с последующим завязыванием шва при максимальном

скручивании краев и натяжения нити. Эти методики позволили гарантированно ликвидировать полость кисты и ни разу мы не имели рецидива заболевания и осложнений.

В объеме открытой операции по поводу КП следует выделять следующие этапы: пункционно-дренажная декомпрессия и санирование (или деэпителизация) кисты (1 этап), раскрытие с удалением хитиновой оболочки (при эхинококкозе) с последующим повторным санированием (или деэпителизацией) полости (2 этап), иссечение фиброзной капсулы с капитонажем и пролонгированным дренированием остаточной полости (по показанию) (3 этап). В зависимости от причины, локализации и анатомической характеристики патологического процесса ликвидация остаточной полости КП достигается доступным иссечением фиброзной капсулы с различными вариантами разработанных способов капитонажа, а при необходимости – дополнением пролонгированного дренирования.

Ключевые слова: кисты печени, диагностика, лечение, результаты, дети.

UDC 616. 33/. 37-006. 03-07-089-053. 2

Options of the Open Surgery in Children with Hepatic Cysts of Different Etiology

Prytula V. P.

Abstract. Introduction. In general plan the task of open surgery of hepatic cysts (HC) is sanitization (decontamination and evacuation of cyst contents – echinococcal fluid with skolex, chitinous shell, subsidiaries hydatid) with parasitic origin or after deepithelisation and evacuation of content at nonparasitic etiology, followed by cysts cavity liquidation and possible (as indicated) drainage of intervention place. Despite the wide range of ways of elimination of cysts cavities in 17.4-64.0% of patients after surgical treatment postoperative complications occur, and in 7.7-15.0% – relapse of the disease, the main cause of which is defects in stitching of cavity cysts during surgery.

Objective. To develop and implement in practice new ways of surgical treatment for liquidation of cavity of HC in children.

Materials and methods. The diagnosis and treatment of 212 children with 353 echinococcal HC and 75 patients with 88 nonparasitic HC was performed. All patients with echinococcal HC were treated: conservatively – (n=20), open way – (laparotomy) – (n=164), miniinvasively, puncture-drainage (transcutaneous puncture) – (n=25) and laparoscopic – (n=3). Children with nonparasitic HC were treated: by open way (laparotomy) – (n=55), miniinvasively – puncture-drainage (transcutaneous puncture) – (n=3) and laparoscopic – (n=9) and 9 of them were released under observation.

Results. To liquidate the cavity of HC we proposed original and effective methods that are differentially used in each case, depending on the topographic anatomical localization of the cyst. Such methods of capitonnage included imposing of P-shaped sutures, tightening of ligatures, twisting and concluding the borders of cyst cavity in a roll, followed by tying suture at the maximum, twisting of edges and thread tension. These methods of such ligatures imposition ensure adequate tightening of joints and walls of fibrous capsule what prevents the formation of residual cyst cavity. With this operation there is no need for excessive delays of ligatures that prevents cutting of fibrous capsule with possible bleeding into the cyst cavity, it is important to avoid the suppuration of residual cyst cavity, or leakage of bile from the bile fistula formation.

These techniques allowed to guaranties the liquidation of cyst cavity and in any case we had no recurrence or side effects.

Conclusions. The open surgery for hepatic cysts should include the following steps: puncture-decompression drainage and cleaning (or deepithelisation) of cysts (Stage 1), the disclosure and removing of chitinous shell (under echinococcosis) followed by repeated sanitization for safety (or deepithelisation) of cavity (stage 2), excision of the fibrous capsule with surgical treatment and prolonged drainage of residual cavity (as indicated) (stage 3). Depending on the origin, characteristics and anatomical localization of the pathological process the elimination of residual cyst cavity is achieved by available resection of the fibrous capsule with different developed options of capitonnage and if necessary with additional prolonged drainage.

Keywords: hepatic cysts, t diagnosis, reatment, outcomes, and children.

Рецензент – д. мед. н. Шкурупій Д. А.

Стаття надійшла 22. 09. 2014 р.