

УДК 616-089-059

Ш.Ш.Амонов, М.И.Прудков*, О.Г.Орлов*,

член-корреспондент АН Республики Таджикистан Т.Г.Гульмурадов,

Ш.Н.Амонов, М.С.Саидов

**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАНЕВОГО ПОКРЫТИЯ «ТАХОКОМБ»
ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ***Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, Таджикистан,***Уральская государственная медицинская академия, Россия*

Приведены результаты обследования и лечения 13 пациентов эхинококкозом печени в возрасте от 22 до 76 лет. У девяти (69%) пациентов эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени, в левой доле у четырёх (30.7%). В зависимости от размеров и объёма кисты различали средние до 10 см – у семи, большие до 20 см – у пяти и гигантские – свыше 20 см в диаметре - у одного пациента. Одиночные кисты печени имелись у 11 (84.6%), множественные у двух (16.4%) пациентов. Диагноз эхинококкоза печени установлен на основании клинико-лабораторных, ультразвуковых исследований, рентгенографии, компьютерной томографии и лапароскопии. Всем 13 пациентам были применены пластинки «Тахокомб» в целях аппликационного гемостаза после атипичной резекции печени – в четырёх случаях, для герметизации швов жёлчных свищей – у девяти пациентов.

Ключевые слова: эхинококкоз печени – жёлчные свищи – Тахокомб - минимально инвазивная эхинококкэктомия.

Одной из актуальных проблем хирургии печени является окончательный гемо- и холестаз поверхности резецированной печени. В ближайшем послеоперационном периоде в 10-24% наблюдений возникают такие осложнения, как нагноение остаточной полости, формирование наружного жёлчного свища, механической желтухи. Все эти осложнения связаны с наличием цистобилиарных свищей, незамеченных или негерметично устранённых во время операции эхинококкэктомии [1,2]. Клинические проявления зависят во многом от характера повреждений жёлчных путей. Хирургическое лечение эхинококкоза, осложнённого развитием жёлчных свищей, достаточно сложно, так как больные оперируются при наличии тяжёлых осложнений: септического холангита, обтурационной желтухи, тяжёлой интоксикации, печёночной недостаточности [3,4]. Всё это обуславливает частые послеоперационные осложнения и высокую летальность, достигающую, по данным разных авторов, до 25-47% [5-7].

По мнению большинства хирургов, тактика должна быть индивидуальной [1,8,9]. Общепринятым при наличии внутренних цистобилиарных свищей является ушивание их из просвета фиброзной капсулы атравматическими нитями [10,11]. Следует помнить, что цистобилиарные свищи, не

Адрес для корреспонденции: Амонов Шухрат Шодиевич. 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, ул. Санои, 33, Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии.
E-mail: shuhrat.amonov@yandex.ru.

проявляясь до операции клинически, нередко служат причиной стойких наружных жёлчных свищей после эхинококкэктомии из печени. Несмотря на применение современных шовных материалов, все ещё наблюдается жёлчеистечение из линии швов, наложенных на жёлчные свищи в остаточной полости эхинококковой кисты, что требует поиска более эффективного способа лечения.

Целью наших исследований явилась оценка результатов использования Тахокомба для гемо- и холестаза при хирургическом лечении эхинококкоза печени.

Методы исследования

За период 2010-2012 гг. нами были обследованы 13 пациентов эхинококкозом печени. Возраст больных варьировал от 22 до 76 лет. У девяти (69%) пациентов эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени, в левой доле у четырёх (30.7%). В зависимости от размеров и объёма кисты различали средние до 10 см – у семи, большие до 20 см – у пяти и гигантские – свыше 20 см в диаметре - у одного пациента. Одиночные кисты печени имелись у 11 (84.6%), множественные у двух (15.4%) пациентов. Диагноз эхинококкоза печени установлен на основании клинико-лабораторных, ультразвуковых исследований, рентгенографии и компьютерной томографии. Всем больным выполнена эхинококкэктомия, иссечение фиброзной капсулы, ушивание жёлчного свища, дренирование остаточной полости. У двух больных с инвазией эхинококковой кисты в стенку желчного пузыря дополнительно выполнена холецистэктомия.

Доступ выбирался с учётом локализации эхинококковых кист. Верхняя срединная лапаротомия была выполнена у четырёх (30.7%), правосторонний косой подреберный доступ у одного (7.6%), торакофренолапаротомия в восьмом-девятом межреберье была выполнена у одного (7.6%) пациента. Остальные семь (53.8%) пациентов оперированы из минидоступа с использованием ранорасширителя «Мини-Ассистент». Из семи больных у трёх пациентов при локализации кист в VI, VII, VIII сегментах была выполнена миниторакофренотомная эхинококкэктомия. У четырёх пациентов при локализации кисты в I, III, IVб, V, VI сегментах была выполнена минилапаротомная эхинококкэктомия.

Минидоступ длиной 5-6 см проводили в зависимости от локализации эхинококковых кист: миниторакофренотомию справа в восьмом-девятом межреберье по передней, средней или задней подмышечной линии (S VI, VII, VIII), подреберную минилапаротомию (S I, V, VI) или верхнесрединную минилапаротомию (S III, IVб). При всех вмешательствах из минидоступа использовали ранорасширитель «Мини-Ассистент». Особенностью этих инструментов является изгиб по оси в рабочей части, который позволяет вывести кисть хирурга из зоны манипулирования и обеспечить свободный обзор операционного поля. Проекция операционного доступа уточняли перед операцией с помощью ультразвукового исследования. После аспирации содержимого кисты в её полость с учётом размера вводили от 40 до 200 мл 100% стерильного глицерина. Спустя 7-10 мин производили аспирацию содержимого кисты. Фиброзную оболочку кисты вскрывали электрокоагуляцией. Свободные участки фиброзной оболочки иссекали электрокоагуляцией. После санации остаточной полости производили тщательную ревизию фиброзной капсулы для выявления жёлчных свищей. Для интраоперационной диагностики мелких жёлчных свищей, помимо тщательной визуальной ревизии внутренней стенки фиброзной капсулы с целью обнаружения жёлчных свищей, использовали раствор пергидроля, который обладает выраженным местным прижигающим действием, при контакте с тканями разлагается

на активный кислород и воду, не обладает токсическим действием. Деэпителизирующий эффект пергидроля был изучен у больных с простыми кистами печени [12]. Установлено, что при воздействии марлевой салфеткой, смоченной пергидролем, в течение 7-10 мин происходит полная деэпителизация с деструкцией слизистой оболочки на глубину 1.2 ± 0.07 мм без повреждения подлежащих портальных трактов. Внутреннюю поверхность фиброзной капсулы обрабатывали марлевыми салфетками, смоченными пергидролем (33% раствор перекиси водорода). Избыток образующейся пены удаляли с помощью электроотсоса. Время воздействия пергидроля составляло 7-10 мин. Затем в полость кисты устанавливали ранорасширитель «Мини-Ассистент», расправляли просвет и тщательно осматривали все её отделы. При этом возникали оптимальные условия для применения ревизии и техники эндохирургического оперирования из расширяющегося стабильного минидоступа. Во всех случаях удалось достичь такой же качественной визуальной ревизии, как и при широких доступах, что позволило осмотреть все стенки кисты, крупные трубчатые структуры, деформирующие её просвет, все имеющиеся карманы и их содержимое. Оставшиеся паразитарные элементы были нередкой находкой, но их полное удаление не представляло сложностей. Для обнаружения и ушивания внутренних жёлчных свищей достаточно удобными оказались стандартные инструменты серии «Мини-Ассистент», предназначенные для операций на жёлчных протоках. На белоснежной внутренней поверхности фиброзной капсулы становились хорошо заметными места жёлчеистечения (внутренние жёлчные свищи), что значительно облегчало их выявление. Устья жёлчных свищей ушивали атравматическими рассасывающимися нитями 4.0-5.0. У всех девяти пациентов после завершения ушивания жёлчных свищей линия швов укреплялась одной пластиной Тахокомба размером 2.5x3 см. Для остановки кровотечения у четырёх пациентов после атипичной резекции печени воспользовались нанесением пленки Тахокомба в область резекции. У данных пациентов применяли одну-две стандартные пластины Тахокомба размером 2.5x3 см. Для удобства аппликации пластину предварительно увлажняли физиологическим раствором для придания покрытию прочности. Прижатия пластины салфеткой на 3-4 мин было вполне достаточным для полного контакта. Остаточную полость в зависимости от объёма кисты, без капитонажа дренировали одной или двумя силиконовыми трубками с низковакуумной аспирацией. Интраоперационных осложнений не было.

Результаты и их обсуждение

Применение раневого покрытия «Тахокомб» у больных эхинококкозом печени способствует не только достижению гемостаза, но и укреплению швов, что способствует уменьшению количества осложнений. У всех пациентов после ушивания жёлчных свищей и атипичной резекции печени с аппликацией пластин Тахокомба достигнут хороший гемо- и холестатический эффект. Пациенты, оперированные из минидоступа, активизировались в первые сутки после операции, не требовали наркотических анальгетиков. В случае миниторакофрентомии плевральный дренаж удаляли на 2-3 сутки после операции.

За динамикой размера остаточной полости кисты наблюдали с помощью ультразвукового исследования. Послеоперационное лечение больных протекало гладко; по дренажу из остаточной полости в первые сутки поступало до 40-50 мл серозно-геморрагического отделяемого, с последующим уменьшением его количества до 5-7 мл после чего удаляли дренажные трубки к 7-10 сут. После вы-

писки из стационара больным выполняли УЗИ печени и через 6-12 мес. после операции. Рецидива болезни не выявили ни в одном случае.

Таким образом, наш клинический опыт позволяет рекомендовать применение препарата «Тахокомб» у больных эхинококкозом печени с гемостатической и холестатической целью. В результате опыта использования пластин Тахокомба при эхинококкозе печени установлена их высокая эффективность для окончательного холестаза и гемостаза. Препарат удобен в применении как в традиционной, так и в миниинвазивной эхинококкэктомии из печени.

Поступило 10.01.2013 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Абдуллаев А.Г., Агаев Р.М. – Хирургия, 2006, №7, с.21-26.
2. Uhl W. et al. – Swiss. Surg. 1999, v. 5, № 3, pp. 126-132.
3. Abou-Khalil S. et al. – Am. J. Gastroenterol, 1996, v. 91, pp. 805-7.
4. Busic Z. et al. – Coll. Antropol, 2004, v. 28(1), pp. 325-9.
5. Меджидов Р.Т. – Анналы хирургии, 2000, №5, с. 38-41.
6. Багаудинов Г.М. Лечение тяжелых форм осложненного эхинококкоза печени: Автореф.дис. ... д.м.н. – М., 2002, 42 с.
7. Hilmioğlu F. et al. – Dig. Dis.Sci., 2001, v. 46, pp. 463-7.
8. Хамидов М.А. – Хирургия, 2001, №2, с. 60-62.
9. Skroubis G. et al. – World J. Surg., 2002, v. 26, pp. 704-708.
10. Пикурин С.М. – Воен.мед.журн., 2002, т. 323, №7, с. 73-74.
11. Daali M. et al. – Ann. Chir., 2001, v. 126(3), pp. 242-5.
12. Орлов О.Г., Прудков М.И., Крохина Н.Б. – Вестник Уральской медицинской академии, 2009, №3 (26), с.12-116.

Ш.Ш.Амонов, М.И.Прудков*, О.Г.Орлов*, Т.Г.Гульмурадов, Ш.Н.Амонов, М.С.Саидов
ИСТИФОДАБАРИИ ПЛАСТИНАИ ЗАХМИИ “ТАХОКОМБ” ДАР
ЭХИНОКОККОЗИ ЧИГАР

Маркази ҷумҳуриявӣ илмӣ ҷарроҳӣ дилу рағҳо, Тоҷикистон,

**Академияи давлатии тиббии Урал, Россия*

Дар мақола таъбаоти 13 бемор бо ташхиси эхинококкози чигар оварда шудааст. Дар 9 (69%) бемор кистаҳои эхинококки дар ҳиссаи рост ва дар 4 (30.7) нафарашон дар ҳиссаи чапи чигар ҷойгир шуда буданд. Вобаста ба ҳаҷм ва андозаҳои киста кистаҳои мобайни то 10 см – дар 7, калон то 20 см – дар 5, ва гиганти – калон аз 20 см – дар 1 бемор гирифта буданд. Ташхис дар асоси клиникаю лабораторӣ, тадқиқоти ултрасадоӣ, рентгенологӣ, томографияи компютерӣ гузошта шудааст. Ба ҳамаи 13 беморон пластинаи захмии «Тахокомб» истифода бурда шуд. Бо мақсади гемостази апликасионӣ баъд аз резексияи чигар дар – 4 бемор, барои герметизасияи дарзҳои носурҳои талхагӣ дар – 9 бемор.

Калимаҳои калидӣ: эхинококкози чигар – носури талхагӣ – Тахокомб – эхинококкэктомияи миниинвазивӣ.

Sh.Sh.Amonov, M.I.Prudkov*, O.G.Orlov*, T.G.Gulmuradov, Sh.N.Amonov, M.S.Saidov
**THE EXPERIENCE OF USING WOUND COATING "TACHOCOMB"
FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS**

Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery, Tajikistan,

**Ural State Medical Academy, Russia*

During the 2010 to 2012 the 13 patients with liver echinococcosis were examined. The age of patients ranged from 22-76 years. In 9 (69%) patients echinococcal cysts were located in the right lobe of the liver, the left lobe – 4 (30.7%). Depending on the size and volume of the cyst distinguished medium to 10 cm – at 7, up to 20 cm long – at 5, and a giant – over 20 cm in diameter – in 1 patient. Solitary liver cysts presented in 11 (84.6%), multiple in 2 (15.4%) patients. The diagnosis of liver echinococcosis is set on the basis of clinical, laboratory, ultrasound, x-ray, computed tomography, and laparoscopy. All 13 patients were used plate "Tachocomb": with the aim of additional hemostasys after a typical resection of the liver – in 4 cases, seam sealing biliary fistula – 9 patients.

Key words: *miniassistant – echinococcosis liver – biliary fistula – Tachocomb – mini invasion surgery.*