

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КРІОДЕСТРУКЦІЇ В ЛІКУВАННІ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ

Одеський державний медичний університет

Ехінококоз печінки є важливою проблемою гепатології, яка в багатьох випадках розв'язується за допомогою хірургічних методів лікування. Особливо актуальна дана проблема на Півдні України, де існують ендемічні вогнища ехінококозу й відзначається значна його розповсюдженість останнім часом [1; 3].

Ускладнення ехінококозу печінки трапляються у 23–75 % випадків [2; 7]. Найчастіше це нагноєння ехінококової кісти, прорив або стиснення жовчних шляхів із виникненням механічної жовтяниці, прорив у черевну або плевральну порожнину [1; 6]. Результати оперативного лікування ехінококозу печінки залишаються незадовільними, а післяопераційні ускладнення, серед яких і прояви поліорганної недостатності, що призводить до загибелі пацієнта, можуть виникати більш ніж у третини оперованих хворих [5; 7]. Тому розробка нових підходів до хірургічного лікування ехінококозу печінки є досить важливим практичним завданням. Один із можливих технологічних прийомів — це використання кріохірургічного впливу безпосередньо на тканині паразита й прилеглі тканини печінки [4].

Мета цієї роботи — проведення порівняльної оцінки ефективності кріодеструктивного й резекційного (традиційного) хірургічного лікування ехінококозу печінки.

Матеріали та методи дослідження

З 1999 р. по теперішній час хірургічна допомога була нада-

на 200 хворим на ехінококоз печінки у віці від 14 до 73 років, із них 117 жінкам і 83 чоловікам.

Для кріохірургічного лікування ехінококових кіст печінки нами застосовується установка «Кріоелектроніка-4» (t — 180 °С, тиск — 2,5 атм). Час кріогенного впливу коливався від 3 до 25 хв. Кріогенний вплив застосовували після пункції кісти й видалення хітинової оболонки для обробки залишкової порожнини фіброзної капсули. На великі жовчні протоки наклали шви вікриловою ниткою на атравматичній голці. Дрібні (до 2 мм у діаметрі) протоки коагулювали із використанням кріодеструкції та електрокоагуляції у контактному режимі. Надлишок фіброзної кап-

сули відсікали, а залишкову порожнину ліквідували з допомогою капітонажу й/або оментопластики (таблиця). У деяких випадках виконували операції із зовнішнім дренажуванням залишкової порожнини, а при традиційних хірургічних втручаннях — резекції печінки (див. таблицю). Слід зазначити, що у практиці хірургічного лікування превалювали операції відкритої ехінококектомії, які становили майже дві третини загальної кількості операційних втручань. Причому більше третини втручань виконані із застосуванням кріовпливу на тканині паразитарної кісти й прилеглі до неї тканини печінки (див. таблицю). Закриття залишкової порожнини методом оментопексії або капітонажу із зовніш-

Таблиця

Види оперативних втручань, виконані при ехінококозі печінки

Вид оперативного втручання	Кількість оперативних втручань, абс. (%)	
	Загальна	У тому числі з кріодеструкцією
Обсяг операції		
Закрита ехінококектомія	46 (20,9)	20 (9,1)
Відкрита ехінококектомія	162 (73,6)	78 (35,4)
Змішані види операцій	12 (5,4)	2 (1,0)
Операції з приводу ліквідації залишкових порожнин		
Оментопексія або капітонаж із зовнішнім дренажуванням	130 (59,1)	64 (29,1)
Капітонаж або оментопластика залишкової порожнини	36 (16,4)	18 (8,2)
Субтотальна перикістектомія з оментопластиком	30 (13,6)	12 (5,4)
Абдоменізація або зовнішнє дренажування	18 (8,2)	4 (1,8)
Резекція частки	6 (2,7)	—

нім дренаванням і кріовпливом було виконано майже третині усіх пацієнтів (див. таблицю).

До проведення оперативного втручання у 28,6 % пацієнтів реєструвалось абсцедування паразитарної кісти (рис. 1). Причому у більшості з них (57 із 63) цей діагноз було встановле-

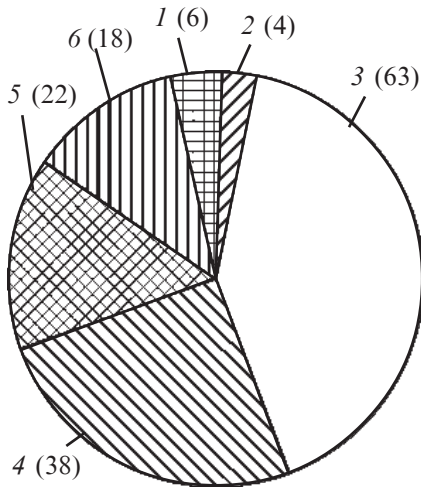


Рис. 1. Ускладнення у пацієнтів з ехінококозом печінки до оперативного втручання: 1 — прорив у плевральну порожнину; 2 — прорив у порожнинний орган; 3 — абсцедування; 4 — механічна жовтяниця; 5 — вапнування; 6 — прорив у черевну порожнину; у дужках — абсолютна кількість спостережень

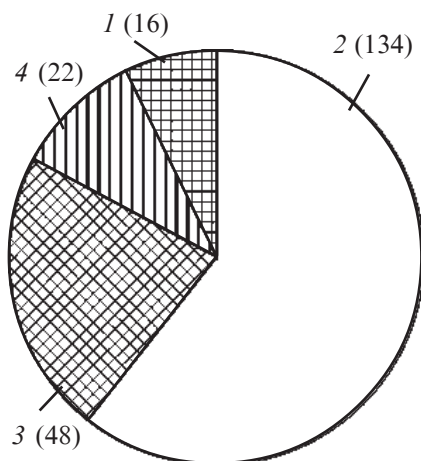


Рис. 2. Розподіл пацієнтів залежно від розміру паразитарної кісти: 1 — полікістоз; 2 — менше ніж 5,0 см; 3 — 5,0–10,0 см; 4 — понад 10,0 см; у дужках — абсолютна кількість випадків

но до оперативного втручання. Основними критеріями диференціальної діагностики були дані інструментального обстеження (УЗД, КТ), прояви септичного стану, місцеві зміни у печінці (біль), а також специфічні серологічні реакції. У 17,3 % випадків виявлялися прояви механічної жовтяниці, зумовлені локалізацією великих (більше 10,0 см у діаметрі) кіст у ділянці воріт печінки (21 із 38 пацієнтів). Крім того, часто реєструвалися прориви вмісту кіст у серозні порожнини, а також у просвіт жовчовидільної системи й кишечника — 12,7 % усіх випадків до операційних ускладнень (див. рис. 1). Загалом 93 (42,3 %) пацієнти до оперативного втручання мали ускладнення паразитарного ураження печінки (рис. 2).

У більшості випадків (60,9 % усіх спостережень) розмір паразитарної кісти був менше 5,0 см (див. рис. 2). Кісти більшого розміру (понад 5,0 см) були зареєстровані у 31,8 % пацієнтів, а полікістоз — у 7,3 % (див. рис. 2). Передопераційна діагностика повністю відповідала характеристикам кістозного процесу, виявленого під час виконання оперативного втручання.

Результати дослідження та їх обговорення

Слід зазначити, що усього ускладнення реєструвалися у 38 пацієнтів із 120 у підгрупі з традиційним хірургічним лікуванням ехінококозу (31,7 %) і у 18 пацієнтів із 100 у підгрупі з кріовпливом (18,0 %; $P < 0,05$). Аналіз структури ускладнень раннього післяопераційного періоду у підгрупах (рис. 3, I–V) показав, що частота таких ускладнень як серцево-судинна й/або печінково-ниркова недостатність, у пацієнтів із кріовпливом і за його відсутності становила відповідно 3,0 і 5,0 %; $P > 0,05$ (див. рис. 3, I). Тим же часом, частота розвитку плевриту у підгрупах сягала 4,0 і 11,7 % (див. рис. 3, II); $P < 0,05$. Крім того, у ранньому післяопераційному періоді спостерігалася тенденція до зниження частоти інфікування залишкової порожнини в умовах кріовпливу (відповідно частота даного ускладнення становила 3,0 і 5,8 % ($P > 0,05$)). Гемобілія реєструвалася відповідно у 2,0 і 1,7 % випадків ($P > 0,05$). При цьому формування зовнішніх жовчних нориць, розвиток ознак загострення холангіту вірогідно частіше

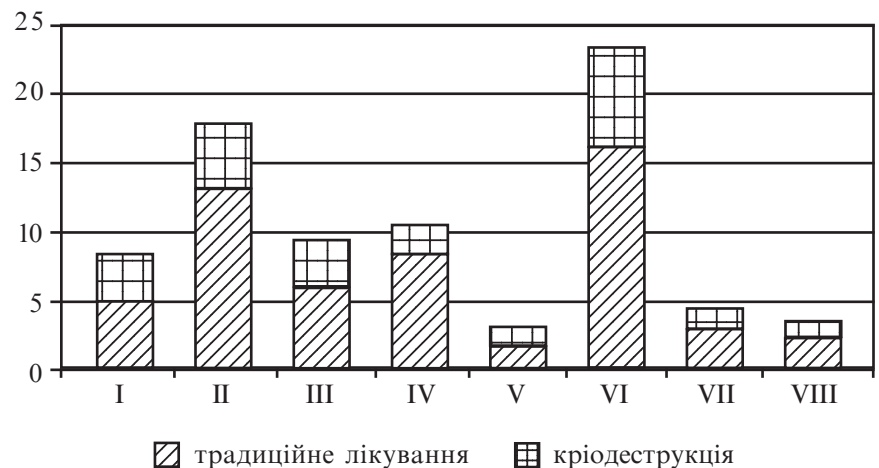


Рис. 3. Розвиток ускладнень у пацієнтів у післяопераційному періоді внаслідок різних оперативних втручань, виконаних із приводу первинного ехінококозу. Ускладнення раннього післяопераційного періоду (вісь абсцис): I — поліорганна недостатність; II — плеврити; III — інфікування залишкової порожнини; IV — зовнішні жовчні нориці + загострення холангіту; V — гемобілія. Ускладнення віддаленого періоду: VI — залишкові порожнини; VII — грижі; VIII — спайкова хвороба. Вісь ординат — кількість випадків (абсолютні показники)

відзначалися у пацієнтів із традиційним хірургічним втручанням — відповідно 2,0 і 7,5 %; $P < 0,05$ (див. рис. 3, I–V).

До ускладнень віддаленого періоду зараховано розвиток залишкових порожнин на місці видалених тканин, грижі передньої черевної стінки й спайкові зміни, що проявлялися непрохідністю шлунково-кишкового тракту різного ступеня виразності (див. рис. 3, VI–VIII). Так, зокрема, залишкові порожнини реєструвалися у 7,0 %, тимчасом як в умовах традиційного лікування — удвічі частіше (14,2 %; $P < 0,05$). У цих підгрупах у 12 пацієнтів із традиційним лікуванням і у 3 пацієнтів із кріодеструкціями в ранньому післяопераційному періоді відзначалися ускладнення у вигляді абсцедування, формування зовнішніх жовчних нориць, гемобілії. Реєструвалася також тенденція до переважань у структурі ускладнень як грижі і непрохідності кишечника, що становили відповідно 3,3 і 2,5 % у групі з традиційним лікуванням і 1,0 % — у групі пацієнтів із кріодеструкціями ($P > 0,05$; див. рис. 3, VII–VIII).

Таким чином, наведені результати показали, що застосування кріовпливу супроводжувалося зниженням частоти ускладнень у пацієнтів, оперованих із приводу ехінококозу печінки, як у ранньому, так і віддаленому періодах спостереження. Зокрема, запобігали таким ускладненням, як плеврит, розвиток зовнішніх жовчних нориць і загострень холангіту, а також формування залишкових порожнин у віддаленому післяопераційному періоді. Отже, мова йде про запобігання формуванню одних із найчастіших ускладнень [2; 3; 6].

Проведений аналіз показав, що у підгрупі з традиційним хірургічним лікуванням чимала кількість ускладнень реєструвалася при розмірі паразитар-

ної кісти менше 5,0 см — у 15 із 54 прооперованих хворих. Тим же часом, кількість ускладнень при кріовпливах за аналогічного розміру паразитарної кісти була вірогідно меншою і виявлялися вони в 11 із 80 хворих ($P < 0,05$). Збільшення розміру кісти супроводжувалося зростанням кількості ускладнень, частота яких була однаковою у підгрупах при розмірі від 5,0 до 10,0 см (відповідно у 10 із 18 і у 5 із 16 пацієнтів). При розмірі паразитарної кісти більше 10,0 см у 2 пацієнтів, оперованих із застосуванням кріодеструкції, реєструвалися ускладнення як у ранньому, так і у віддаленому періоді, тимчасом як застосування традиційного хірургічного втручання супроводжувалося формуванням ускладнень у 7 (38,9 %) із 16 пацієнтів. Серед пацієнтів із множинними паразитарними кістами, яким проводилося традиційне хірургічне лікування, у 6 (37,5 %) із 18 випадків ускладнень не відзначалося.

У термін до п'яти років із моменту проведення оперативного втручання з приводу первинного ехінококозу печінки у групі хворих, яким проводили традиційне хірургічне лікування, у 21 (20,6 %) пацієнта відзначено рецидив захворювання. Оскільки при кріодеструкціях не проводили операції з видалення множинних кіст, у розрахунок не включали частоту рецидивів у пацієнтів із первинно множинною формою ехінококозу печінки, що становить 4 (22,2 %) рецидиви із 18 операцій. Тим же часом, у підгрупі пацієнтів із кріодеструкціями, проведеними з приводу первинного ехінококозу печінки, частота рецидивів дорівнювала 13,0 % ($P < 0,05$).

Повторні рецидиви після хірургічних втручань із приводу первинних рецидивів у групі з традиційним хірургічним лікуванням зареєстровані у 15 (14,7 %) пацієнтів, а у групі із

застосуванням кріодеструкції — у 3 (3,0 %) хворих ($P < 0,05$).

Представлені результати показали, що застосування кріовпливу на тканини паразитарної кісти забезпечує зниження ризику рецидивів ехінококозу. Вочевидь, важливим щодо цього є фактор більш повного видалення гідатид при заморожуванні залишкової (після пункції) рідини кіст.

Висновки

1. Кріодеструкція як метод видалення ехінококових кіст забезпечує зниження частоти розвитку плевриту, зовнішніх жовчних нориць і загострень холангіту в ранньому післяопераційному періоді, а також формування залишкових порожнин у віддаленому періоді порівняно з традиційними методами хірургічного лікування ехінококозу печінки.

2. Найбільший ефект застосування кріовпливу відзначається у пацієнтів із поодинокими паразитарними (ехінококовими) кістами й розмірі кіст до 5,0 см. При збільшенні розміру паразитарної кісти ефективність застосування кріодеструкції відповідає тій, що спостерігається при традиційному хірургічному втручанні.

3. Кріодеструкція паразитарних кіст забезпечує зниження частоти рецидиву захворювання у віддаленому післяопераційному періоді порівняно з традиційним резекційним методом хірургічного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Використання лазерного випромінювання в хірургічному лікуванні ехінококозу печінки / В. В. Грубнік, Ю. Н. Кошель, С. Г. Четверіков, Сабрі Аль Нідарі // Вісник морської медицини. — 2001. — № 2 (14). — С. 33-36.

2. Джалалов Ю. В. Лікувально-діагностична тактика при ехінококозі печінки, ускладненому механічною жовтяницею / Ю. В. Джалалов // Хірургія. — 1999. — № 4. — С. 63-64.

3. *Криодеструкція* в комплексно-му лікуванні вогнищевих утворень печінки / Б. С. Запороженко, В. В. Міщенко, О. Б. Зубков [та ін.] // *Хірургія України*. — 2004. — № 4. — С. 13-17.

4. *Кубишкін В. А.* Сучасні технології хірургічного лікування ехінокозу печінки / В. А. Кубишкін, В. Н.

Вишневецький // *Матеріали 3-ї конф. хірургів-гепатологів*. — СПб., 1995. — С. 33-37.

5. *Назирів В. Г.* Хірургічне лікування ускладненого ехінокозу печінки / В. Г. Назирів, Ф. А. Ільхамов // *Анали хірургічної гепатології*. — 1999. — Т. 4, № 1. — С. 96-97.

6. *Hammad A.* Hydatid cyst of the liver. Clinical aspects / A. Hammad, T. Oussedic, K. Hadjem // *Tunis Med.* — 1997. — Vol. 75, N 1. — P. 27-30.

7. *Massoud W.* Laparoscopic excision of single hepatic hydatid cysts / W. Massoud // *Int. Surg.* — 1996. — Vol. 81, N 1. — P. 9-13.

УДК 616.126.52-007-073.43

І. В. Шарапов

ПОРІВНЯЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КРИОДЕСТРУКЦІЇ В ЛІКУВАННІ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ

Наведено результати лікування паразитарних (ехінокозових) кіст печінки у 220 пацієнтів, у 100 з яких застосували криодеструкцію на етапі закриття залишкової порожнини, а також видалення фіброзної капсули. Результати свідчать про зниження кількості ранніх і віддалених ускладнень у післяопераційному періоді (плеврит, розвиток зовнішніх жовчних норичь і загострень холангіту, а також формування залишкових порожнин. Крім того, знижується частота рецидиву захворювання до 3,0 % (при традиційному лікуванні — 14,7 %). Найбільша ефективність криодеструкції відзначається при розмірі паразитарної кісти до 5,0 см.

Ключові слова: ехінокоз печінки, криодеструкція, ресекція паразитарної кісти.

UDC 616.126.52-007-073.43

I. V. Sharapov

COMPARATIVE EFFECTIVENESS OF CRYODESTRUCTION IN THE TREATMENT OF HYDATID DISEASE OF THE LIVER

The results on the treatment of 220 patients suffering from echinococcosis cysts of the liver are presented. In 100 patients cryodestruction was used in the course of treatment at the stage of closing of remained cavity and resection of fibrose capsula tissues. The obtained results are evidence of reduction of the number of early and postponed complications such as pleuritis, formation of external biliar tunnels, provocations of cholangitis and precipitation of cysts. Besides, the recurrence rate was reduced up to 3.0% while traditional approach to treatment resulted in recurrences in 14.7% of cases. Most pronounced effectiveness of cryodestruction was seen in cases when the size of echinococcus cysts was less than 5.0 cm in diameter.

Key words: hydatid disease of liver, cryodestruction, resection of a hepatic cyst.

УДК 616.127-005.4-06:616.132.2/.133-004.6]-07

Є. І. Шоріков, канд. мед. наук, доц.,
Д. В. Шорікова

ПОКАЗНИКИ ЛІНІЙНОГО КРОВОТОКУ СОННИХ АРТЕРІЙ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ КОЛЬОРОВОГО ДУПЛЕКСНОГО СКАНУВАННЯ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Буковинський державний медичний університет, Чернівці

Вступ

Патологічні процеси в магістральному судинному руслі призводять до розвитку характерних гемодинамічних феноменів із симптомами ураження певних органів і систем [1; 2]. Відомо, що сонні артерії (СА) через синокаротидний синус беруть участь у регуляції артеріального тиску та системного кровообігу [3]. Також магістральні судини беруть участь у регуляції припливу крові до Вілізівського кола й інших судин головного

мозку завдяки зміні просвіту та параметрів гемодинаміки [4; 5]. Оскільки кров викидається серцем окремими порціями, кровотік в артеріях має пульсуючий характер, тому лінійна й об'ємна швидкість постійно змінюються: є максимальною під час систоли шлуночків і зменшується під час діастоли [6]. Зважаючи на значну варіабельність фонових показників кровотоку при проведенні кількісних оцінок, доцільним є не лише аналіз абсолютних показників, а також визначення ступеня аси-

метрії, яка для загальної сонної артерії не повинна перевищувати 40 %, для внутрішньої сонної — 30 %, для зовнішньої сонної — 40 % [3]. Дослідження закономірностей розвитку циркуляторних розладів у СА при гіпертонічній хворобі (ГХ) є важливим для діагностики порушень церебральної гемодинаміки та вибору тактики подальшого лікування.

Мета роботи — дослідити кількісні параметри кровотоку в загальній, внутрішній та зовнішній СА у хворих на ГХ й оці-