

СЕГМЕНТАРНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ ЭХИНОКОККОЗА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОТАЛЬНОЙ СОСУДИСТОЙ ИЗОЛЯЦИИ

Белюк К.С., Казакевич П.Н., Бруханская Ю.Н.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно
belyukks@yandex.ru

Введение. Эхинококкоз печени – широко распространенное паразитарное заболевание, частота которого в эндемических регионах не имеет тенденции к уменьшению [1]. Высокая частота послеоперационных осложнений, достигающая до 57%, рецидивы заболевания, варьирующие в пределах от 3 до 54 % [1], оставляют проблему актуальной. В последние годы отмечается заметный рост заболеваемости эхинококкозом печени, увеличение его осложненных форм и рецидивов заболевания [2]. По мнению многих исследователей одним из факторов, существенно влияющих на эффективность лечения, является выбор метода оперативного вмешательства [3]. Радикальные операции, такие как перицистэктомия, резекция печени, правосторонняя и левосторонняя гемигепатэктомии остаются основными методами хирургического лечения, несмотря на их травматичность и высокий риск интраоперационных осложнений. Самым опасным интраоперационным осложнением является кровотечение, которое в ряде случаев может быть фатальным. Вследствие вышесказанного снижение степени кровопотери является одной из приоритетных задач в хирургии печени.

В 1974 году J. Fortner et al. для профилактики кровотечения при обширных резекциях предложили способ полной сосудистой изоляции [2]. Метод тотальной сосудистой изоляции заключается в пережатии гепатодуоденальной связки и нижней полой вены в над - и подпеченочных ее отделах. Для уменьшения кровотечения, при перекрытии притока необходимо поддерживать низкое центральное венозное давление (ЦВД) (<3 мм. рт. ст.) [4].

Цель. Улучшить результаты лечения пациентов с эхинококковыми кистами печени.

Материалы и методы. В статье представлено собственное клиническое наблюдение хирургического лечения эхинококковых кист печени у двух пациенток, которым в 2016 году были выполнены сегментарные резекции печени с применением техники тотальной сосудистой изоляции. Пациентки поступили в отделение панкреатологии, гепатологии и трансплантации органов и тканей УЗ «ГОКБ» с жалобами на чувство тяжести, ноющие боли в правом подреберье. Обеим пациенткам был выполнен комплекс лабораторно-инструментальных методов исследования, включающих в себя МРТ, КТ и УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. По данным МРТ у обеих пациенток в S7 сегменте печени субкапсулярно были выявлены очаговые образования округлой формы с четкими контурами 28 x33 мм. и соответственно 21x30 мм. с наличием вдоль задней стенки гиперденсивного компонента с четкими контурами 5 x 6 мм. Установлен факт интимного расположения жидкостных образований к правой печеночной вене в обоих

случаях. Результаты имуноферментного анализа на антигены эхинококка были положительные. Пациенткам выполнена сегментарная резекция (S7) печени с применением метода тотальной сосудистой изоляции. В обоих случаях лапаротомия выполнялась J-образным доступом в правом подреберье. Несмотря на наличие МРТ признаков инвазии эхинококковой кисты в правую печеночную вену, решено было произвести попытку выполнения резекции седьмого сегмента печени с применением тотальной сосудистой изоляции для минимизации интраоперационной кровопотери в случае повреждении правой печеночной вены при мобилизации эхинококковой кисты. Для проведения тотальной сосудистой изоляции печени выделены и взяты на держалки нижняя полая вена в над - и подпеченочном отделах, а также гепатодуоденальная связка. Мобилизованы от нижней полой вены 6 и 7 сегменты печени с лигированием коротких печеночных вен. По ходу лигирования одной из вен у одной пациентки был констатирован линейный тракционный дефект стенки нижней полой вены. Благодаря применению тотальной сосудистой изоляции удалось избежать интраоперационной кровопотери на данном этапе. Место «потянутости» было прошито обвивным швом над сосудистым зажимом Сатинского. Транссекция паренхимы выполнялась с использованием аппарата GeForce-Triad, биполярной и монополярной коагуляции, а также с помощью прецезионного прошивания визуализируемых сосудистых и билиарных структур. Поэтапно выполнена резекция 7 сегмента печени с вышеописанными образованиями. Ложе резецированной кисты с S 7 печени коагулировано. Произведен контроль на гемостаз, желчеистечение.

Результаты. Длительность операции в обоих случаях была около 6 часов. Интраоперационная кровопотеря в среднем составила порядка 400 мл. Несмотря на наличие «потянутости» нижней полой вены у одной из пациенток, благодаря применению тотальной сосудистой изоляции, удалось минимизировать интраоперационную кровопотерю и остановить кровотечение наложением сосудистого шва. Тотальная сосудистая изоляция обеспечивает быстрый и надежный контроль над кровопотерей, что в свою очередь позволило осуществить безопасный и более агрессивный подход к удалению очаговых образований интимно прилежащих к крупным сосудам печени. Тотальная сосудистая изоляция полностью выключает печень из кровообращения и предотвращает возможность кровотечения, однако может сопровождаться гемодинамическими нарушениями. Обычно гемодинамический ответ ведет к снижению сердечного индекса на 40 % и увеличению периферического сосудистого сопротивления на 80%. В нашем случае продолжительность выключения печени из кровообращения составила до 15 мин при ушивании «потянутости» нижней полой вены. Гемодинамически операции прошли стабильно. Нарушения функции печени и других осложнений у пациенток в послеоперационном периоде выявлено не было. Обе пациентки были выписаны из хирургического стационара в удовлетворительном состоянии на 10 и соответственно 15 сутки в послеоперационном периоде. При патогистологическом исследовании макропрепаратов в обоих случаях диагноз эхинококковой кисты был

подтвержден. Рецидивов заболевания, а также повторных поступлений в стационар не было при сроках наблюдения до 1,5 года.

Выводы. Применение метода тотальной сосудистой изоляции позволяет значительно снизить интраоперационную кровопотерю, а также дает возможность осуществить более «смелый» подход к удалению эхинококковых кист печени особенно при инвазии их в крупные сосуды печени, что в свою очередь позволяет избежать обширных резекций и улучшить результаты лечения.

Литература

1. Абдисаматов Б.С. Современные направления в хирургическом лечении эхинококкоза печени// Современная медицина: актуальные вопросы: сб. ст. по матер. LII-LIII междунар. науч.-практ. конф. № 2-3(47). – Новосибирск: СибАК, 2016. – С. 91-98
2. Толстокоров А.С., Гергенретер Ю.С. Лечение эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени// Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 5.;
3. Вишневский В. А., Икрамов Р. З., Кахаров М. А., Ефанов М. Г. Радикальное лечение эхинококкоза печени. Современное состояние проблемы // Бюллетень сибирской медицины. 2007.
4. Щерба А. Е., Кирковский Л. В., Дзядзько А. М., Авдей Е. Л., Минов А. Ф., Болонкин Л. С., Руммо О. О. Резекция печени в условиях гипотермической консервации // Новости хирургии. 2012. №6. С.45-52.

Summary

SEGMENTARY LIVER RESECTION ON ECHINOCOCCOSIS WITH THE USE OF TOTAL VASCULAR INSULATION

Belyuk K., Kazakevich P., Brukhanskaya Yu.

Grodno State Medical University, Belarus, Grodno

The article presents our experience in applying the method of total vascular isolation for segmental resection of an echinococcal liver cyst.

ВОЗМОЖНЫЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ДЕЙСТВИЯ ОЗОНА НА ОРГАНИЗМ

Билецкая Е.С.

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно

biletskaya.e@inbox.ru

Введение. Среди множества немедикаментозных методов лечения особый интерес вызывает озонотерапия. Озон является особой аллотропной формой кислорода, которая проявляет себя, как более сильный окислитель [1]. Он обладает высоким сродством к двойным связям биоорганических соединений. Попадая в кровь, эта молекула мгновенно реагирует с моно- и полиненасыщенными жирными кислотами, ароматическими аминокислотами и пептидами, содержащими SH-группы. Окислительная химическая