

УДК 616.411-002.951.21-089:616.381-072.1
DOI 10.11603/2414-4533.2018.1.8730

©А. В. МАЛИНОВСКИЙ, М. Н. МАЙОРЕНКО, А. С. СЕРГЕЕВА

Одесский национальный медицинский университет

Первый опыт лапароскопической эхинококкэктомии при рецидивной эхинококковой кисте селезенки

Цель работы: оценка результатов лапароскопической эхинококкэктомии у пациентки с локализацией рецидивной кисты в селезенке.

Материалы и методы. Лапароскопическая эхинококкэктомия (полузакрытый вариант) выполнена пациентке 37-ми лет с рецидивной эхинококковой кистой диаметром 6 см, локализованной в верхнем полюсе селезенки и частично интрапаренхиматозно. Для выполнения операции использовалось 4 троакара: два 10 мм и два 5 мм. После аспирации хитиновых оболочек с помощью 10 мм тубуса отсоса (с высоким разрежением) полость дренирована двумя полихлорвиниловыми трубками с герметизацией отверстия фиброзной капсулы прошиванием.

Результаты исследований и их обсуждение. Операция длилась 100 минут, пациентка была выписана из стационара на 4-й день послеоперационного периода с хорошо взаимно функционирующими дренажами. В дальнейшем пациентке проводилось промывание остаточной полости раствором бетадина 1:100 в амбулаторном порядке ежедневно. Послеоперационных осложнений не было.

Ключевые слова: эхинококковая киста селезенки; лапароскопия; эхинококкэктомия.

Постановка проблемы и анализ последних исследований и публикаций. Внепеченочная локализация эхинококковых кист включает легкие, почки, брыжейку тонкой кишки, селезенку и другие внутренние органы [3]. При этом эхинококковые кисты селезенки являются редкой локализацией [2, 3]. Основной проблемой хирургического лечения таких кист является риск кровотечения и формирование гематом с последующей спленэктомией, как при традиционной эхинококкэктомии, так и при чрезкожном дренировании кист. Техника лапароскопической эхинококкэктомии достаточно разработана и позволяет успешно вмешиваться при расположении кист в передних сегментах печени [1].

Цель работы: оценка результатов лапароскопической эхинококкэктомии у пациентки с локализацией рецидивной кисты в селезенке.

Материалы и методы. Рецидивная эхинококковая киста селезенки была обнаружена у пациентки 37-ми лет с ранее перенесенной открытой эхинококкэктомией из правой доли печени в 2006 году и перенесенной в 2016 году открытой эхинококкэктомией по поводу рецидивных кист среднего этажа брюшной полости и малого таза. Таким образом, пациентке ранее была произведена верхне- и нижне-срединная лапаротомия. Эхинококковая киста локализовалась преимущественно в верхнем полюсе селезенки практически интрапаренхиматозно, со стороны ворот селезенки, имела диаметр около 6 см в диаметре по данным компьютерной томографии органов

брюшной полости. Таким образом, чрезкожное дренирование кисты осуществлялось бы через паренхиму селезенки, т. е. было невозможным. У пациентки имелся иммунодефицит, что проявлялось при предыдущих оперативных вмешательствах в виде нагноения и длительного заживления лапаротомных ран и дренируемых полостей кист. Поэтому открытая эхинококкэктомия и, особенно, спленэктомия сопровождалась бы послеоперационными осложнениями. Несмотря на наличие спаечного процесса после перенесенных операций, было принято решение выполнить лапароскопическую эхинококкэктомию.

Для выполнения операции использовалось 4 троакара. В начале в точке Палмера (по левой среднеключичной линии на 3 см ниже реберной дуги) выполнена пункция брюшной полости иглой Вереща для наложения пневмоперитонеума. Затем в этой точке установлен 5 мм троакар, через который введен 5 мм лапароскоп. Под его контролем введен I 10 мм троакар по левой парастеральной линии на середине расстояния между реберной дугой и пупком (в стороне от послеоперационного рубца и подпаянного к нему желудка). После введения 10 мм оптики через I троакар, II 5 мм троакар был заменен на 10 мм. Последний использовался для основных рабочих инструментов, включая 10 мм тубус отсоса. Третий 5 мм троакар был введен под мечевидным отростком и использовался для ассистирующих инструментов. Четвертый 5 мм троакар был введен в левом подреберье по передней аксиллярной линии и использовался для дополнительных ассистирующих инструментов, а

З ДОСВІДУ РОБОТИ

в конце операции – для постановки улавливающего дренажа в левое поддиафрагмальное пространство. В начале L-образным крючком с применением биполярного зажима была обнажена фиброзная капсула кисты путем рассечения окутавшего ее участка желудочно-селезеночной связки. Диаметр кисты был 6 см, она на половину объема локализовалась внутри селезенки. Затем после превентивной биполярной коагуляции фиброзная капсула была вскрыта L-образным крючком на протяжении 3,5 см. Таким образом стала видна хитиновая оболочка материнской кисты (рис. 1). Оболочка с дочерними кистами была аспирирована с помощью 10 мм тубуса отсоса, введенного через II троакар (рис. 2). Для аспирации использовался высокомощный отсос с регулируемым разрежением и система трубок-переходников, сконструированная таким образом, чтобы везде диаметр оставался равным 10 мм без его перепадов в соединениях. Это позволило практически мгновенно аспирировать все хитиновые оболочки без контаминации брюшной полости сколексами и эхинококковой жидкостью (зона

операции была обложена турундами, смоченными концентрированным раствором бетадина). Сразу после завершения всасывания хитиновых оболочек отсос тотчас же был отключен для профилактики всасывания внутренней стенки кисты, представленной паренхимой селезенки, что могло сопровождаться кровотечением и нежелательной для этой пациентки спленэктомией. Затем обычным 5-мм тубусом отсоса была выполнена ирригация-аспирация остаточной полости для окончательного удаления элементов паразита. После этого лапароскоп с 30° оптикой был введен в саму полость паразитарной кисты для удостоверения в ее полной очистке (рис. 3). Затем через II троакар в брюшную полость полностью введены две полихлорвиниловые трубки диаметром 18 Fg с боковыми отверстиями на концах и привязанными нитями Vicryl 3/0 (в соответствии с диаметром полости). Дренажи установлены в полость кисты и фиброзная капсула ушита до дренажей в двух местах с интракорпоральным завязыванием узлов (рис. 4, 5). При этом достигнут практически полный герметизм полости. Дре-

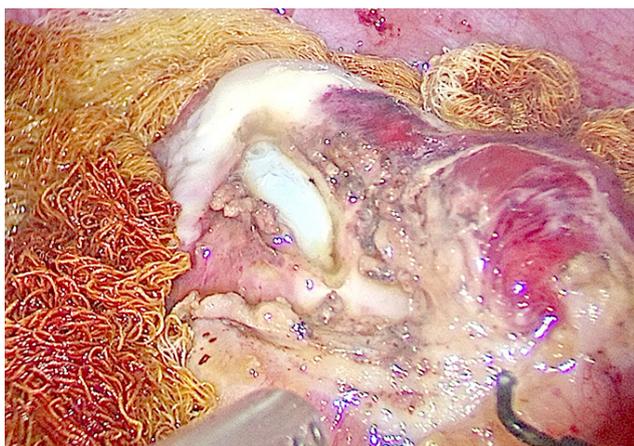


Рис. 1. Рассечение фиброзной капсулы кисты.



Рис. 3. Осмотр полости кисты изнутри.

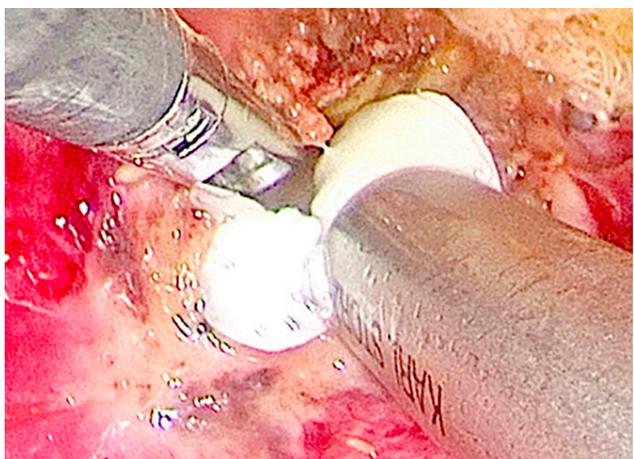


Рис. 2. Аспирация хитиновых оболочек 10 мм тубусом отсоса.

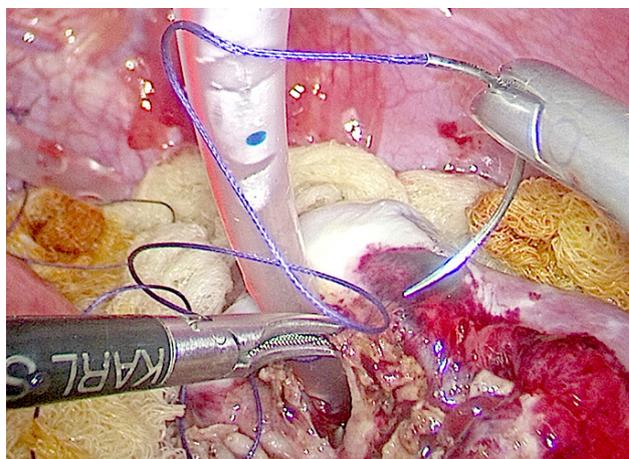


Рис. 4. Фиксация-герметизация дренажей в полости кисты.

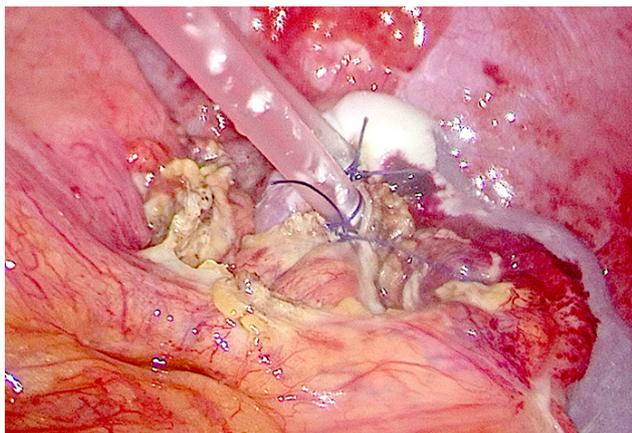


Рис. 5. Пара дренажей, установлених і герметично фіксованих в порожнині кисти.

нажи виведені через 10 мм троакарну рану на передню брюшну стінку, при промиванні хорошо взаємно функціонують.

Результати досліджень і їх обговорення. Операція тривала 100 хвилин, пацієнтка була виписана зі стаціонару на 4-й день післяопераційного періоду з хорошо взаємно функціонуючими дренажами. В подальшому пацієнтці проводилося промивання залишкової порожнини розчином бетадіну 1:100 в амбулаторному порядку щодня. Післяопераційних ускладнень не було.

Серед внепеченочних локалізацій первинних ехінококкових кіст переважають легкі (70–90 %) і нирки (10–20 %) [3]. Залишені 10 % внепеченочних локалізацій приходяться на брыжейку тонкої кишки, селезінку і інші органи [3]. Селезінка, таким чином, є рідкою локалізацією. В клініках Одеської області, являючої ендемічною по ехінококозу, паразитарні кісти селезінки мали місце в не більш ніж в 10 випадках за останні 10 років. Рецидивні кісти в подавляючому більшості випадків локалізуються в брюшній порожнині і дуже рідко в паренхіматозних органах [1]. Локалізація рецидивної кисти у даної пацієнтки в селезінці є, таким чином, дуже рідким випадком [2].

В даному випадку лапароскопічна ехінококкэктомія є оптимальним варіантом лікування, оскільки відкрита операція в умовах імунodefіциту супроводжувалася б нагноєнням післяопераційної рани і іншими септичними ускладненнями, особливо якщо операція завершилася спленектомією. Аналогічна тактика підтримується і іншими авторами [2]. Чрезкожне пункційне дренирування кіст селезінки можливо при їх периферическій лока-

лізації, що зустрічається в 30–40 % випадків [1]. У даної пацієнтки кіста локалізувалася зі сторони воріт селезінки, тому чрезкожне пункційне дренирування було неможливим. Для профілактики пошкодження внутрішніх органів була використана відпрацьована автором методика: в початку в точці Палмера вводилася 5 мм троакар, потім під візуальним контролем введеної через нього 5 мм оптики вводилася 10 мм троакар, який в подальшому використовувався для основної 10 мм оптики. Така методика входу в брюшну порожнину використовується по двом зображенням: з однієї сторони, сліпа постановка 10 мм троакара (для оптики) поблизу від середньої лінії і близько до пупка (там його позиція є оптимальною) супроводжується ризиком пошкодження внутрішніх органів; з іншої сторони, введення 10 мм троакара в точці Палмера всліпо також супроводжується підвищеним ризиком пошкодження внутрішніх органів (особливо у худощавих пацієнтів), що не відзначається при введенні там 5 мм троакара. При цьому троакари з прозорим стилетом, які можна було б використовувати в подібних ситуаціях, не зареєстровані в Україні. Методика відкритої постановки I троакара типу Хассона є складною і практично не використовується в останні часи в зв'язі з використанням візуальних троакарів.

Найкращим варіантом хірургічного лікування ехінококкових кіст, локалізованих в печінці і селезінці, є лапароскопічна ехінококкэктомія, яку вдасться виконати, за даними світової літератури, в 90 % випадків [4]. Серед методик хірургічного лікування ехінококкових кіст для лапароскопічного виконання найбільш оптимальним варіантом є напіввідкрита ехінококкэктомія. За даними світової літератури вона здійснюється в 60 % випадків [2]. Цистоперіцистэктомія технічно складна і обґрунтована лише при повному ураженні лівої долі печінки, що, за даними літератури, виконується в приблизно 20 % випадків [4]. В даному випадку цистоперіцистэктомія не могла бути застосована, оскільки кіста розташована в селезінці. Застосована нами методика дозволила радикально видалити хітинові оболонки і забезпечити герметичне дренирування залишкової порожнини парою поліхлорвінілових дренажів для їх взаємного промивання в післяопераційному періоді. Дренажі після фрагментації вікрилових нитей (в середньому через 1,5 міс.) поступово вилучаються. Як раз до цього часу порожнина повністю спадає, залишаючи лише окологдренажні канали.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Такая достаточно консервативная методика является практически стопроцентной профилактикой формирования остаточных полостей после извлечения дренажей, что было особенно актуальным у данной пациентки с иммунодефицитом. Перед извлечением дренажей целесообразно выполнить фистулографию.

Выводы. 1. Лапароскопическая эхинококкэктомия (полузакрытый вариант) при локализа-

ции кисты в селезенке технически выполнима и является оптимальной у подобных пациентов.

2. Успешное выполнение операции доказывает преимущества использованных методик: вхождение в брюшную полость при помощи 5 мм троакара в точке Палмера, использование 10 мм тубуса отсоса для аспирации хитиновых оболочек, установка пары полихлорвиниловых дренажей с герметизацией отверстия фиброзной капсулы путем интракорпорального прошивания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Грубник В. В. Эхинококкоз человека: Современные методы диагностики и лечения : монография / В. В. Грубник, С. Г. Четвериков, П. П. Шипулин. – К. : ВСВ “Медицина”, 2011. – 224 с.
2. Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver and spleen / G. Khoury, F. Abiad, T. Geagea [et al.] // *Surg. Endosc.* – 2000. – Vol. 14 (3). – P. 243–245.

3. Uncommon localizations of hydatid cyst. Review of the literature / G. Salamone, L. Licari, B. Randisi [et al.] // *Giornale di Chirurgia.* – 2016. – Vol. 37 (4). – P. 180–185.
4. World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis–914 Patients / T. Tuxun, J. H. Zhang, J. M. Zhao [et al.] // *International Journal of Infectious Diseases.* – 2014. – Vol. 24. – P. 43–50.

REFERENCES

1. Grubnik, V.V., Chetverikov, S.G. & Shipulin, P.P. (2011). *Echinokokkoz cheloveka: Sovremennye metody diagnostiki i lecheniya: monografiya [Echinococcosis of human: Modern methods of diagnostics and treatment: monograph]*. Kyiv: VSV “Medytsyna” [in Russian].
2. Khoury, G., Abiad, F., Geagea, T., Nabout, G. & Jabbour, S. (2000). Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver and spleen. *Surg. Endosc.*, 14 (3), 243-245.

3. Salamone, G., Licari, L., Randisi, B., Falco, N., Tutino, R., Vaglica, A., ... Gulotta G. (2016). Uncommon localizations of hydatid cyst. Review of the literature. *Giornale di Chirurgia*, 37 (4), 180-185.
4. Tuxun, T., Zhang, J.H., Zhao, J.M., Tai, Q.W., Abudurexti, M., Ma, H.Z. & Wen, H. (2014). World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis – 914 patients. *International Journal of Infectious Diseases*, 24, 43-50.

Получено 02.03.2018

A. V. MALINOVSKY, M. N. MAYORENKO, A. S. SERHIIIEVA

Odesa National Medical University

CLINICAL CASE OF LAPAROSCOPIC ECHINOCOCECTOMY FOR RECURRENT HYDATID SPLENIC CYST

The aim of the work: evaluation of results of laparoscopic cystectomy in a patient with recurrent hydatid cyst of the spleen.

Materials and Methods. Laparoscopic cystectomy was performed in 37-year-old female patient with a recurrent hydatid cyst measuring 6 cm, located in the upper pole of the spleen and partially inside the parenchyma. Four trocars were used: two 10-mm and two 5-mm. After aspiration of chitinous membranes with a 10 mm high-pressure suction tube, the cavity was drained by two drains, with complete closure of the fibrous capsule by stitches.

Results and Discussion. The duration of surgery was 100 minutes. The post-operative hospital stay was 4 days. At discharge, the reciprocal function of the drains was appropriate. After discharge, the cavity was washed by a solution of betadine 1:100 on a daily basis. There were no postoperative complications.

Key words: hydatid splenic cyst; laparoscopy; cystectomy.

А. В. МАЛИНОВСЬКИЙ, М. М. МАЙОРЕНКО, А. С. СЕРГІЄВА

Одеський національний медичний університет

ПЕРШИЙ ДОСВІД ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ЕХІНОКОКЕКТОМІЇ ПРИ РЕЦИДИВНІЙ ЕХІНОКОКОВІЙ КИСТІ СЕЛЕЗІНКИ

Мета роботи: оцінка результатів лапароскопічної ехінококектомії в пацієнтки з локалізацією рецидивної кисти в селезінці.

Матеріали та методи. Лапароскопічна ехінококектомія (напівзакритий варіант) виконана пацієнтці 37-ми років з рецидивною ехінококовою кістою діаметром 6 см, локалізованою в верхньому полюсі селезінки і частково інтрапаренхіматозно. Під час операції використовували 4 троакари: два 10 мм і два 5 мм. Після аспірації хітинових оболонок за допомогою 10 мм тубуса відсмоктувача (з високим розрідженням) порожнину дренивали двома поліхлорвініловими трубками з герметизацією отвору фіброзної капсули прошиванням.

Результати досліджень та їх обговорення. Операція тривала 100 хвилин, пацієнтку виписали зі стаціонару на 4-й день післяопераційного періоду з добре взаємно функціонуючими дренажами. Надалі пацієнтці проводили промивання залишкової порожнини розчином бетадіну 1:100 в амбулаторному порядку щодня. Післяопераційних ускладнень не було.

Ключові слова: ехінококова кіста селезінки; лапароскопія; ехінококектомія.