

УДК 616.36:616.995.121-089 (575.2) (04)

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ ПРИ ГИДАТИДОЗНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

*Д.Г. Ахметов* – соискатель

Advantages of operative accesses over traditional abdominal and thorakoabdominal accesses are shown in the comparative aspect.

Правильный выбор рационального оперативного доступа при операциях на печени служит решающим фактором в успехе выполнения оперативных вмешательств, облегчая либо затрудняя обзор операционного поля и действия хирурга. При операциях на печени были предложены более 70 различных оперативных доступа [1–7].

**Цель** исследования – изучение результатов существующих и предложенных оперативных доступов при гидатидозном эхинококкозе печени.

**Материалы и методы.** В основу настоящей работы положены результаты хирургического лечения 312 больных с гидатидозным эхинококкозом печени, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях ГКБ №1 г. Бишкек с 1998 по 2007 г. Среди больных гидатидозным эхинококкозом печени было 107 мужчин и 205 женщин. Возраст больных колебался от 10 до 82 лет.

Для объективной оценки оперативных доступов использованы разработанные критерии: ось операционного действия, угол операционного действия, глубина операционной раны и зона доступности.

С целью топической и дифференциальной диагностики гидатидозного эхинококкоза печени использованы инструментальные методы исследования – ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, а также интроперационная сонография.

**Результаты и обсуждение.** Клинический опыт подтверждает, что выбор рационального

оперативного доступа у больных гидатидозным эхинококкозом должен определяться, прежде всего, локализацией и объемом паразитарного поражения печени.

Оперативные доступы  
при эхинококкозе печени

Оперативные доступы	Число больных	
	абс.	%
Абдоминальные	283	90,7
Правосторонние подреберные доступы С.П. Федорова, Кохера, Черни	166	53,2
Верхняя срединная лапаротомия	79	25,3
Двухподреберные и по типу “мерседес” доступы	20	6,4
Модифицированный “Г”-образный доступ	18	5,8
Торакоабдоминальные	29	9,3
Традиционные тораколапаротомные доступы Б.В. Петровского – Е.А. Почечуева, Trinker, T. Tung	15	4,8
Тораколапаротомный доступ в нашей модификации	14	4,5
Всего	312	100,0

Имеющие оперативные доступы при операциях на печени разделяли на две большие группы: трансабдоминальные и торакоабдоминальные (см. таблицу). Абдоминальные доступы нами использованы у 283 (90,7%) больных, из них наиболее часто применяли правые подреберные доступы С.П. Федорова-Кохера-Чер-

ни – у 166 (52,3%) пациентов. Показаниями к применению подреберных абдоминальных доступов считали локализацию эхинококковых кист на нижних и передних сегментах печени (IV, V и VI). Они оказались рациональными при малых размерах и локализации паразитарных поражений, занимающих не более 3 сегментов правой половины печени, когда не планировалось выполнения расширенных гемигепатэктомий. Вместе с тем, у ряда больных широкий эпигастральный угол и широкая грудная клетка позволяли производить и обширные резекции печени через правосторонние подреберные доступы. Верхняя срединная лапаротомия выполнена у 79 (25,3%) больных. Из этого оперативного доступа удавалось определить объем предполагаемой операции на печени и провести ревизию гепатодуоденальной связки, ворот печени и соседних органов. Показаниями к данному оперативному доступу считали локализацию эхинококковых кист в левой половине или “левой классической доле” печени.

Данный оперативный доступ позволял нам выполнить левостороннюю кавальную лобэктомию (удаление II–III сегмента) и атипичные резекции, а также другие радикальные операции на печени – идеальную эхинококкэктомию, резекцию-вылущивание, тотальную и субтотальную перицистэктомию.

Вместе с тем, все трансабдоминальные оперативные доступы, хотя и обеспечивали хорошие пространственные отношения к определенным зонам печени, имели и свои недостатки. Верхняя срединная лапаротомия не всегда позволяла произвести полноценную ревизию печени, особенно при локализации паразитарного поражения в проекции верхних и задних (IV, VII, VIII) сегментов печени.

Одним из существенных недостатков трансабдоминальных подреберных оперативных доступов, на наш взгляд, является их травматичность, в связи с пересечением практически всех мышц верхнего отдела правой половины брюшной стенки, что нередко приводит к нарушению нервной трофики, посттравматическим невритам и послеоперационным вентральным грыжам. Все эти оперативные доступы не пригодны при гигантских размерах и множественной локализации пара-

зитарных поражений в несмежных сегментах печени.

Двухподреберные и по типу “мерседес” доступы считаем показанными при гигантских размерах паразитарных поражений, локализации их в несмежных сегментах печени, сочетанное поражение паразитарным процессом других органов брюшной и грудной полостей – прорастании в соседние органы и ткани, прорывах в желчные пути и свободную брюшную полость и при прочих осложнениях гидатидозного эхинококкоза. Вместе с тем, к современным требованиям к любому оперативному доступу следует отнести минимальную травматичность и максимальную доступность к патологическому очагу при производстве любых хирургических вмешательств. Для уменьшения травматичности подобных доступов нами модифицированы существующие параметры и техника двухподреберного абдоминального оперативного доступа при выполнении обширных радикальных операций у больных гидатидозным эхинококкозом печени.

Для производства “Г”-образного абдоминального оперативного доступа неизменным остается фрагмент разреза в правом подреберье, симметрично которому в левом подреберье производится “Г”-образный разрез кожи и подкожной клетчатки длиной до 4–5 см (рис. 1). После чего вскрывается брюшная полость, в операционную рану вводятся печеночные ранорасширители, затем производится ревизия печени и мобилизация ее связочного аппарата. Объективные критерии усовершенствованного “Г”-абдоминального оперативного доступа были наилучшими и составили: угол оперативного действия – 90°, глубина операционной раны – 10–12 см, зона доступности – 38–40 см<sup>2</sup>. Усовершенствованный “Г”-абдоминальный оперативный доступ показан при гигантских размерах паразитарных поражений, локализации их в несмежных сегментах печени, при поражении других органов брюшной полости – прорастаниях и прорывах в другие органы и ткани и при прочих осложнениях гидатидозного эхинококкоза.

У 29 (9,3%) больных применяли тораколапаротомные доступы. Показаниями к такому применению считали локализацию обширных паразитарных поражений в поддиафрагмальных

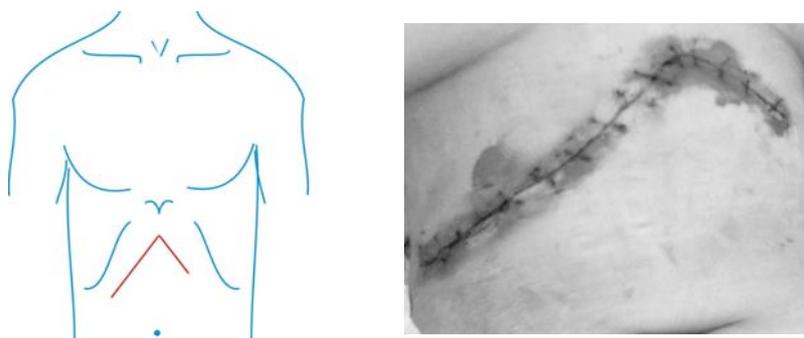


Рис. 1. "Т"-образный абдоминальный доступ.

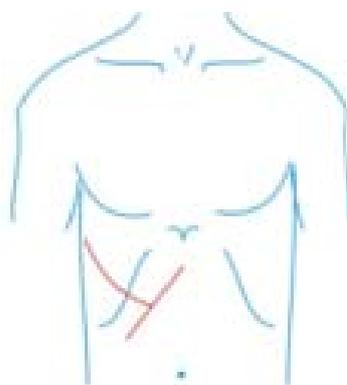


Рис. 2. Схема предложенного торакоабдоминального доступа.

и задних сегментах печени, наличие значительных прорастаний в соседние органы и ткани, прорывы их в плевральную полость с формированием печеночно-плевральных и печеночно-бронхиальных свищей, когда выполнение обширных радикальных операций на печени через трансабдоминальные оперативные доступы были крайне затруднены или технически представлялись невозможными.

В этой связи нами разработан малотравматичный торакоабдоминальный доступ для выполнения больших и предельно больших резекций печени. Техника выполнения предложенного торакоабдоминального доступа заключается в следующем: в начале операции для ревизии печени, оценки возможного выполнения радикальной операции на печени применяли стандартные абдоминальные дос-

тупы С.П. Федорова-Кохера-Черни. После установления объема радикальной операции на печени от середины абдоминального разреза на уровне проекции ворот печени VII межреберью с пересечением реберного хряща длиной до 12 см производится разрез кожи и подкожной клетчатки. Затем по направлению оси операционного действия все ткани послойно рассекаются электроножом и вскрывается правая плевральная полость. По ходу операции осуществляется гемостаз, диафрагма рассекается на протяжении 8–10 см. После чего в операционную рану через межреберье устанавливается ранорасширитель Сигала. При этом доступе торакальная часть разреза проходит по центру портальной и кавальной ворот печени, что выгодно отличается от других торакоабдоминальных доступов (рис. 2).

Объективные критерии данного оперативного доступа были самыми оптимальными и составили: угол оперативного действия – 90°, глубина операционной раны – 10–12 см, зона доступности – 40 см<sup>2</sup>. Данный оперативный доступ обеспечивал возможность достаточно хорошо мобилизовать все отделы правой половины печени и низвести ее кпереди и книзу при выполнении больших и предельно больших резекций печени. Показаниями к разработанному торакофрениколапаротомному доступу являются локализация обширного паразитарного поражения в поддиафрагмальных и задних сегментах печени, а также значительные их прорастания в соседние органы и ткани. Предложенный оперативный доступ использован у 14 пациентов с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Таким образом, при выборе оперативного доступа у больных гидатидозным эхинококкозом печени необходимо учитывать долеую и сегментарную локализацию паразитарных поражений, их размеры и распространенность, а также объем планируемой операции на печени.

#### Литература

1. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Ордобеков С.О., Алиев Р.М. и др. Эхинококкоз печени и его хирургическое лечение // Хирургия. – 1999. – №3. – С. 15–18.
2. Буянов В.М., Брагин Ф.А., Гаджиева Л.Ш. Оперативные доступы к печени // Сов. медицина. – 1983. – №10. – С. 61–65.
3. Вишневский В.А., Чжао А.В., Назаренко Н.А., Икрамов Р.З. и др. Современные принципы техники оперативных вмешательств на печени // Анналы хирург. гепатологии. – 1996. – Т. 1. – С. 15–23.
4. Джоробеков А.Д. Совершенствование диагностики, хирургической тактики и методов резекций при очаговых заболеваниях // Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Алматы. – 1997. – 36 с.
5. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Калита Н.Я. Выбор рационального способа хирургического вмешательства при очаговом поражении печени // Клин. хирургия. – 1993. – №5. – С. 3–7.
6. Gomes R., Moreno E., Loinaz C. et al. Diaphragmatic or transdiaphragmatic thoracic involvement in hepatic hydatid disease: surgical trends and classification // World J. Surg. – 1995. – Vol. 19. – №5. – P. 714–719.
7. Tsuzuki T., Ogata Y., Iida S., Shomazu M. Hepatic resection in 125 patients // Arch. J. Surg. – 1984. – Vol. 119. – №8. – P. 1028–1032.