

СУЧАСНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ХІРУРГІЧНІЙ ГЕПАТОЛОГІЇ (за матеріалами XX з'їзду хірургів України, Тернопіль, 2002)

А.Г.Іфтодій, В.П.Польовий, В.І.Гребенюк, С.П.Польова

Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф. А.Г.Іфтодій) Буковинської державної медичної академії

XX з'їзд хірургів України підбив підсумки діяльності українських хірургів за міжз'їздівський період, який ознаменувався бурхливим розвитком хірургії органів черевної порожнини. У цьому напрямку немає розділу, в якому не сказали б свого слова українські хірурги. У вступному слові Міністр охорони здоров'я України, член-кореспондент АМН України В.Ф.Москаленко зазначив: "Пильної уваги потребують проблеми хірургії печінки. Незважаючи на те, що первинні пухлини печінки спостерігаються досить рідко, збільшення частоти виявлення колоректального раку зумовило більшу частоту метастазів пухлини у печінці. На відміну від інших видів метастатичного ураження органів, метастази цієї локалізації успішно виликовують при своєчасному виконанні хірургічного втручання. Це свідчить про актуальність ранньої діагностики, а також удосконалення методів оперативних втручань".

А.А.Шалимов и др. (Київ) пропонують виконувати різноманітні види анатомічних і атипових резекцій печінки за наявності в ній осередкової патології. Післяопераційні ускладнення становлять 14,7%. Такий підхід завдяки ранній діагностиці сприяє раціональній хірургічній тактиці, використанню сучасних методик розсічення печінкової паренхіми, покращанню результатів лікування хворих з доброякісними об'ємними ураженнями печінки.

Великої уваги приділяють хірургічному лікуванню первинного і метастатичного раку. В.Ф.Саенко и др. (Київ), М.П.Павловський та ін. (Львів) одноставні щодо необхідності при такій патології виконува-

ти гемігепатектомію, атипові резекції печінки, енуклеацію метастатичних вузлів, поверстову термодеструкцію метастазів. При цьому секвестрації залишеної частини печінкової тканини в післяопераційному періоді не спостерігали завдяки дотриманню правил анатомічності резекцій з урахуванням інтраорганної архітектоники і використанню у більшості випадків сучасних методів розсічення печінкової паренхіми (ультразвуковим аспіратором, аргоновим скальпелем). Все це сприяло зниженню післяопераційної летальності до 7,7%.

В Інституті хірургії ім. О.В.Вишневського великі за обсягом резекції печінки (гемігепатектомію, розширену гемігепатектомію) виконують хворим з високим ступенем хірургічного ризику – цироз печінки, наявність синдрому гемобілії, абсцедування новоутворень печінки (В.А.Вишневский и др.; Москва). Вказується на можливість виконувати великі резекції печінки хворим на біліарний цироз і механічну жовтяницю з показником білірубину нижче 150 мкмоль/л, оскільки ще зберігається високий функціональний резерв печінки. Хворим літнього віку при підготовці до виконання правобічної гемігепатектомії необхідно проводити портальну венозну емболізацію.

О.Г.Котенко (Київ), В.І.Русин та ін. (Ужгород) вказують на полемічний характер щодо вибору методу хірургічного лікування портальної гіпертензії на фоні цирозу печінки. В Інституті хірургії і трансплантології АМН України за останні 15 років шунтуючі операції виконано 70 хворим. У більшості випадків накладали дис-

тальний спленоренальний анастомоз в модифікації авторів. При виконанні парціального шунтування використовували гілки ворітної вени: верхню брижову, селезінкову і нижню брижову. Головною метою було збереження гепаторенального кровообігу у ворітній вені. Оптимальний розмір анастомозу, який забезпечує збереження антеградного кровообігу, становить 8-10 мм. Сполучення великих розмірів сприяє трансформації анастомозу з парціального в тотальний зі зміною антеградного кровообігу у ворітній вені на ретроградний з наступним розвитком гемодинамічних змін спланхнічного кровообігу, характерних для тотального шунтування. Розроблена тактика виконання шунтуючих оперативних втручань дозволила досягнути задовільних результатів у 71,4% хворих, а летальність знизити до 15,7%.

Г.Ю.Мошковський, М.Ю.Ничитайло (Київ) проаналізували результати лікування абсцесів печінки різної етіології шляхом транскутанних інвазивних втручань під контролем ультразвуку "SSD-630" (Японія). Пункції виконували при розмірах абсцесів до 3-4 см, кількість втручань – 1-10, в середньому – 5, частота – один раз на добу. При гнійних вогнищах понад 4 см проводили зовнішнє дренивання двома дренажами для створення аспіраційно-промивної системи. Результати лікування вважали задовільними у тому разі, коли хірургічне втручання було непотрібним. При цьому позитивний ефект досягнуто у 92,1% спостережень, тому метод може служити інформативним критерієм для його застосування в хірургічній практиці.

Сьогодні, особливо в республіках Середньої Азії, існує проблема хірургічного лікування ехінококозу печінки. К.К.Курбанбердиев и др. (Ашгабат) запропонували при гнійних ехінококових кістах печінки під час оперативного втручання стінку фіброзної порожнини додатково просвічувати світловодом ОС-150, завдяки чому покращується видимість фіброзної стінки порожнини печінки та отвору цистобілярного свища, який необхідно ушивати. Для надійної візуалізації отвору цистобі-

лярного свища автори розробили методику інтраопераційної хроматичної візуалізації його шляхом введення у спільну жовчну протоку (СПЖ) 20 мл синього розчину індігокарміну.

На індивідуальний підхід до оперативного лікування ехінококозу печінки, ускладненого механічною жовтяницею, вказують Г.Й.Юлдашев та З.Ю.Худайберганов (Хорезм, Узбекистан). При цьому у хворих з проривом ехінококової кісти в жовчні шляхи, яка супроводжується механічною жовтяницею, поряд з ехінококектомією автори виконують оперативні втручання на жовчних шляхах – холедоходуоденоанастомоз (ХДА) з дрениванням СЖП через кісту, ХДА з ушиванням фістули і повним каїттонажем залишкової порожнини, ХДА з оментопластикою, ХДА з цистоеюностомією. Автори дійшли висновку, що оперативна тактика при ехінококозі печінки повинна бути індивідуалізована і переслідувати мету як лікування основного захворювання, так і відновлення адекватного відтоку жовчі.

Аналізуючи причини нагноєння залишкової порожнини після ехінококектомії, М.А.Кахаров, Н.Д.Мухитдинов (Душанбе) дійшли висновку, що оперативні втручання при такій патології повинні бути спрямовані на виконання радикальних оперативних втручань з повним видаленням фіброзної капсули як джерела інфікування і рецидивів захворювання. Найбільш доцільним варіантом радикальної операції вони вважають тотальну перицистектомію, а в деяких випадках при солітарних кістах виправдана резекція печінки.

С.Г.Четверіков (Одеса) зауважує, що ехінококектомія може успішно виконуватись лапароскопічно в разі поверхнево розташованих ехінококових кіст. Вдосконалення методики лапароскопічної ехінококектомії, зокрема засобів обробки залишкової порожнини і заходів щодо профілактики засівання прилеглих тканин, дозволить вважати лапароскопічну ехінококектомію операцією вибору у хворих на ехінококоз печінки.

Зважаючи на те, що найбільш ефективний і єдиний радикальний метод ліку-

вання осередкової патології печінки – її резекція – може використовуватись у 10-15% хворих і супроводжується значною кількістю ускладнень, останнім часом широке застосування в різних галузях хірургії і онкології одержала криогенна деструкція. Ю.Г.Старковым и др. (Москва) з допомогою апарата “КРИО-6 ERBE” (Німеччина) методика використана у хворих з метастазами колоректального раку, паразитарними кістами, гемангіомами, метастазами раку шлунка. Про ефективність криодеструкції через малу кількість спостережень автори не повідомляють, але вважають за можливе проникнення у важкодоступні ділянки паренхіми печінки, а також дії на вузли, розміщені на магистральних судинах, без порушення кровообігу. Проте наголошується і на технічних недоліках методу, які обмежують його застосування, – тривалість операції і недостатня потужність криозондів.

Застосовуючи криохірургічну установку “Криозлектроника-4” для криодеструкції різних вогнищ печінки при t° – 185-196 $^{\circ}$ C і тривалості дії 5-45 хв, С.А.Шалимов и др. (Київ) поєднували її з алкоголізацією осередку під постійним контролем з допомогою інтраопераційної сонографії. Автори констатують, що криодеструкція є досить ефективним і безпечним методом, який добре переноситься хворими і поєднується з іншими видами специфічного лікування, а медіана виживання хворих з метастатичними пухлинами становить 20 місяців.

Традиційні оперативні втручання на печінці супроводжуються значним травмуванням, потребують тривалого періоду реабілітації. Тому М.Е.Ничитайло и др. (Київ) спільно з Інститутом електрозварювання НАН України розробили метод електротермоадгезії біологічних тканин. У результаті дії високої температури відбувається різке випаровування поза- і внутрішньоклітинної рідини, розрив клітинних мембран і утворення гомогенного субстрату. Візуально цей процес спостерігається як формування коагуляційної плівки. Авторами розроблені спеціальні лапароскопічні інструменти, які дозволяють адекватно зіставити тканини і про-

вести їх електрозварювання, а також інструмент для пункції порожнистих утворень з наступною герметизацією пункційного отвору. Застосування електротермоадгезії при лапароскопічних втручаннях з приводу кіст печінки дає змогу провести надійний гемостаз, з'єднання тканин і скоротити операційний час та зменшити собівартість оперативного втручання.

Ю.Г.Шапкин и др. (Саратов) аналізують 25-річний досвід застосування в хірургічних клініках Саратовського медуніверситету лазерних скальпелів в хірургії печінки. Вони доводять безперечні переваги алюмо-ітрієвого граната (АІГ) “Радуга” перед CO_2 -лазером “Скальпель-1”. Так, у АІГ-лазера більш виражена проникна здатність, що дозволяє надійно коагулювати великі дефекти рани, в тому числі при розвиткові гіпокоагуляції, а також судини і жовчні протоки діаметром 1-2 мм. При цьому поновлення крово- і жовчовиділення з коагульованих ран не спостерігає.

Р.С.Голощанов и др. (Москва) розробили методику регіонарної артеріальної хіміоемболізації, яка полягає в селективній катетеризації правої або лівої гілок печінкової артерії методом Сельдінгера, триденній інфузії через встановлений катетер 5-фторурацилу в дозі 2,0 г на добу (сумарна доза 6,0 г) з наступною хіміоемболізацією печінкової артерії суспензією доксорубіцину (40-60 мг/кг) та рідким ліпідолом (10,0 мл).

В.В.Бойко та ін. (Харків) розробили хірургічну тактику з використанням низки мініінвазивних втручань, що дозволило зменшити відсоток летальності та забезпечити стабільність стану хворих з ускладненнями портальної гіпертензії. Суть її полягає в тому, що пацієнтам з портальною гіпертензією, холестатичною печінковою недостатністю та напруженим діуретико-резистентним асцитом виконують трансумбілікальну катетеризацію ворітної вени з одномоментним видаленням крові у кількості 150-250 мл, проведенням гемосорбції та подальшою гемотрансфузією. Одночасно в систему ворітної вени

вводять розчини спазмолітиків, дезагрегантів, нікотинову кислоту чи ксантинола нікотинат. Асцитичну рідину видаляють поетапно, 1-3 л за добу, з корекцією водно-електролітного та білкового обміну. При вираженому цитолітичному процесі у печінці призначали гормони. Такий підхід дозволив авторам досягти зниження тиску в системі ворітної вени до 70-120 мм. вод. ст., що контролювалось за допомогою манометрії. У випадках, коли зниження портального тиску хворим неможливе, виконували ендоваскулярну емболізацію селезінкової артерії. Автори наголошують на доцільності впровадження у клінічну практику лазерного внутрішньопечінкового портокавального шунтування – відносно дешевого та ефективного методу корекції портальної гіпертензії.

Над проблемою асцитичного синдрому при цирозі печінки працюють А.Е.Борисов и др. (Санкт-Петербург), які розробили операцію дуктолізу грудної протоки в поєднанні з перев'язкою лівої внутрішньої яремної вени (ЛВЯВ). Виділення протоки з прилеглих склерозованих тканин дозволило зменшити прояви механічної недостатності лімфатичної системи, а перев'язка ЛВЯВ сприяє покращанню дренажної функції протоки. Операція універсальна, оскільки її можна виконати

навіть тоді, коли неможливо накладати лімфовенозний анастомоз через анатомічні та функціональні причини.

У зв'язку з порушенням імунітету, регіональної лімфогемодинаміки та метаболізму з наступним розвитком гепатоцелюлярної недостатності при хронічному активному гепатиті, поряд з консервативним лікуванням О.О.Ольшанецький та ін. (Луганськ) застосовують оперативні втручання. Показаннями до операції вважають тяжкі форми захворювання без позитивної тенденції. Спленектомію виконують при високому титрі антитіл до печінкової тканини, незалежно від збільшення селезінки. Екстракорпоральну детоксикацію проводять при високому рівні цитолізу, ендотоксикозі, високому рівні білірубінемії на фоні холестазу. Поряд з методом корекції печінкової гемодинаміки здійснюють ендоваскулярну емболізацію печінкової артерії спіралями Гіантурко.

Отже, для клініциста в світлі нових винаходів у хірургічній гепатології найбільш важлива можливість диференційованого етіологічного підходу до діагностики і лікування різних захворювань печінки, незважаючи на значну однотипність основних патологічних реакцій печінки при ураженнях різноманітної етіології.