На правах рукописи

ИМАЕВ АЙРАТ БОГДАНОВИЧ

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

(Клинико-экспериментальная работа)

14.01.17 – хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Уфа – 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Научный руководитель: доктор медицинских наук
Тимербулатов Махмуд Вилевич

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Фаязов Радик Радифович
кандидат медицинских наук
Зарипов Шамиль Акрамович

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Защита диссертации состоится «____» _____ 2010 г. в ____часов на заседании диссертационного совета Д.208.006.02 при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Государственного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Автореферат разослан «___» _____ 2010 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук **С.В. Федоров**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

В последние несколько десятилетий миниинвазивные и органосохраняющие технологии получили дальнейшее активное развитие. В настоящее время существуют разделы хирургии, где эндовидеохирургические технологии являются «золотым стандартом» (Балалыкин А.С., Емельянов С.И., 2007). Тем не менее, в ряде случаев, применение миниинвазивных оперативных вмешательств не отработано, остаются актуальными вопросы показаний к оперативному лечению, тактики лечения и оценки результатов миниинвазивного хирургического лечения. В связи с широким использованием высокоинформативных методов диагностики заболеваний органов брюшной полости, существенно изменилась структура хирургических заболеваний. В частности, достаточно часто выявляются доброкачественные новообразования паренхиматозных органов – кисты печени и селезенки (Кубышкин В.А., 2007).

Скудные и неспецифичные клинические проявления, бессимптомное течение и несвоевременная диагностика обусловливают высокий риск возникновения таких грозных осложнений, как кровотечение в полость кисты, перфорация или разрыв кисты, нагноение кисты, развитие желтухи за счет сдавления протоков большими кистами и злокачественное перерождение непаразитарных кист печени (НКП) и непаразитарных кист селезенки (НКС) (Стрекаловский В.П., Старков Ю.Г., 2002; Buyse S, Asselah T, etc., 2004).

Высокоинформативные неинвазивные методы диагностики, такие как УЗИ, КТ и МРТ, позволяют составить представление о характере кист, их размерах, локализации, количестве, отношении к сосудам и протокам печени и селезенки, взаимоотношении с соседними органами и тканями. Тем самым открылись новые возможности для дифференциальной диагностики и выбора метода хирургического лечения (Глушков Н.И., Скородумов А.В., Пахмутова Ю.А., 2009). В литературе довольно подробно освещены проблемы диагностики и возможности чрескожного и лапароскопического методов их лечения. Однако четко не обоснованы показания к выбору того или иного метода хирур-

гического вмешательства, применения миниинвазивного лечения с учетом результатов использования методов топической диагностики.

Осложненное течение НКП наблюдаются у 5% больных. Большие кисты или массивное кистозное поражение могут приводить к сдавлению сосудисто-секреторных элементов печени с развитием симптомов механической желтухи и портальной гипертензии, осложняться кровоизлиянием как в полость кисты, так и в брюшную полость при их разрыве, нагноением, с характерной клинической картиной острого живота, а также формированием цистобилиарных свищей (Masatsugu T., Shimizu S. etc., 2003).

Проблеме очаговых образований селезенки и специфике её хирургии уделяется мало внимания. Остается открытым вопрос, является ли наличие образования селезенки показанием к хирургическому вмешательству. Широко дискутируется вопрос о показаниях к органосберегающим вмешательствам на селезенке (Кубышкин В.А., 2007).

Традиционно, операцией выбора при патологии селезенки, является спленэктомия, хотя большинством хирургов отмечается высокий уровень неудовлетворительных результатов и послеоперационных осложнений (Petri A. et al., 2002; Zacherl J. et al. 2000).

Небольшой индивидуальный опыт лечения опухолей и кист селезенки затрудняет своевременный и адекватный выбор метода лечения или оптимального объема оперативного вмешательства. Это отражается в различных, порой противоположных мнениях, в отношении выбора метода лечения, принципах обследования, деталях оперативной техники, критериях контроля над состоянием пациентов в послеоперационном периоде (Федоров В.Д., 2007).

Таким образом, все вышеизложенное свидетельствует об актуальности проблемы диагностики и лечении больных с НКП и НКС.

Цель исследования

Улучшение качества диагностики и результатов лечения больных с непаразитарными кистами печени и селезенки.

Задачи исследования:

1. Разработать в эксперименте на лабораторных животных модель непаразитарных кист печени и селезенки, провести пункционно-склерозирующее лечение 96% раствором этилового спирта и сульфакрилатом на фоне иммуностимуляции оксиметилурацилом (энтерально) и без таковой.

2. Изучить морфофункциональное состояние фагоцитарного звена неспецифической резистентности и гепатобилиарной системы у животных с кистами печени при пункционно-склерозирующем лечении их 96% раствором этилового спирта и сульфакрилатом, а также на фоне энтерального введения оксиметилурацила.

3. Оценить эффективность различных методов диагностики и выработать диагностический алгоритм у больных с непаразитарными кистами паренхиматозных органов брюшной полости.

4. Изучить ближайшие и отдаленные результаты лапароскопического лечения непаразитарных кист печени и селезенки в сравнении с пункционно-склерозирующим лечением.

Научная новизна работы

Впервые, на экспериментальном материале выявлено, что причиной рецидивов кист после пункционно-склерозирующего лечения спиртом является воспалительный процесс в перифокальной зоне.

Впервые установлено, что пункционно-склерозирующее лечение кист печени и селезенки на фоне иммуностимуляции оксиметилурацилом значительно подавляет воспалительную реакцию со стороны окружающих тканей и способствует полноценной облитерации полости кист. При этом сульфакрилат оказывает более выраженное склерозирующее действие в сравнении с 96% раствором этилового спирта.

Экспериментальными исследованиями показано, что пункционно-склерозирующее лечение сульфакрилатом на фоне иммуностимуляции оксиме-

тилурацилом оказывает корригирующее воздействие на неспецифическое звено иммунитета.

Модифицированы показания к видеоэндоскопическому и пункционно-склерозирующему лечению в зависимости от локализации кистозного образования.

Практическая ценность работы

Показаны возможности и эффективность предложенных способов видеоэндоскопического лечения у больных с непаразитарными кистами печени и селезенки.

Установлено, что применение лапароскопических технологий позволяет расширить показания к миниинвазивному хирургическому лечению полостных образований паренхиматозных органов, используя этот метод при кистах больших размеров и труднодоступных локализаций.

Представлены модифицированные способы и методики минимально инвазивного хирургического лечения кист печени и селезенки, обеспечивающие существенное снижение частоты осложнений в раннем и отдаленном послеоперационном периоде. Показано, что у больных с интеркурентной хирургической патологией органов брюшной полости целесообразно выполнение сочетанных лапароскопических операций, что позволяет улучшить результаты лечения. Установлено, что внедрение в практику лечебных учреждений лапароскопических методик лечения больных с НКП и НКС позволяет снизить частоту рецидивов заболевания и сократить сроки лечения и временной нетрудоспособности.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Видеоэндоскопический метод является наиболее предпочтительным в хирургическом лечении больных с непаразитарными кистами паренхиматозных органов брюшной полости вследствие хороших ближайших и отдаленных результатов лечения, низкого уровня послеоперационных осложнений.

2. Сочетанное использование сульфакрилата и оксиметилурацила для лечения непаразитарных кист печени существенно корригирует негативное воздействие кистозного процесса на морфофункциональное состояние фагоцитарного звена неспецифической резистентности и гепатобилиарной системы у экспериментальных животных.

3. Пункционные методы лечения при условии дальнейшей разработки склерозантов и методов их введения имеют широкие перспективы применения в клинической практике.

Внедрение в практику

Результаты исследований диссертационной работы внедрены в практику отделений абдоминальной хирургии городских клинических больниц № 21.

Апробация работы

Основные положения работы докладывались на Всероссийском симпозиуме, Всероссийских конференциях по эндоскопической хирургии (Москва, 2008), на заседании Ассоциации хирургов РБ (Уфа, 2007). По материалам диссертационной работы опубликовано 7 печатных работ. Основные положения диссертации используются при обучении студентов, интернов-хирургов, врачей клинических баз Башкирского государственного медицинского университета.

Объем и структура работы

Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложения. Список литературы включает 175 работ отечественных и зарубежных авторов. Работа иллюстрирована 10 таблицами и 35 рисунками.

Содержание работы

Диссертационная работа представляет собой клинико-экспериментальное исследование. В основу клинического материала, используемого в работе, взяты ре-

зультаты диагностики и лечения 175 больных с кистами печени и селезенки, находившихся на лечении в 1 хирургическом отделении МУ «Городская клиническая больница № 21 городского округа г. Уфа» и клиники хирургических болезней, расположенной на базе отделения абдоминальной хирурги за период с 1997 по 2009 г.

Все больные были разделены на 2 клинические группы, которые, в свою очередь, были разделены на 4 подгруппы, которым с лечебной целью выполнены различные хирургические вмешательства при непаразитарных кистах печени и селезенки.

Первая группа (основная группа) включала 73 пациента, которым были выполнены лапароскопические операции по поводу непаразитарных кист печени и селезенки. Первая подгруппа – 50 пациентов, которым были выполнены лапароскопические операции по поводу непаразитарных кист печени, вторая подгруппа – 23 пациента, которым выполнялись лапароскопические операции по поводу непаразитарных кист селезенки.

Вторая группа (группа сравнения) включала 102 пациента, которым выполнялось пункционно-склерозирующее под УЗИ контролем по поводу непаразитарных кист печени и селезенки. Третья подгруппа – 80 пациентов, которым выполнялось пункционно-склерозирующее под УЗИ контролем по поводу непаразитарных кист печени, четвёртая подгруппа – 22 пациента, которым выполнялось пункционно-склерозирующее лечение под УЗИ контролем по поводу непаразитарных кист селезенки.

Соотношение мужчин и женщин характеризовалось преобладанием лиц женского пола во всех четырех группах (p=0,05). Так с НКП было 93 (71,56%) женщины и 37 (28,46%) мужчин. С НКС – 37 (82,23%) женщин и 8 (17,77%) мужчин. Различия в группах статистически не значимы (p=0,05). Возраст больных колебался от 18 до 81 года, средний возраст больных основной группы составил 48,0±14,6 лет, а группы сравнения – 51,3±15,7 лет. Группы больных были идентичны по возрасту (p=0,07).

Размеры НКП и НКС, установленные на дооперационном этапе по данным инструментальных методов исследования, представлены в таблицах 1 и 2.

Во всех группах различия оказались статистически не значимыми (p=0,06).

Таблица 1

Размеры кистозных образований печени

Группа больных	Размеры кист печени, см	
	5–10, *n (% ±m)*	10–13, *n (%±m)*
Основная, n=50	44 (88,0±8,4)	6 (12,0±3,9)
Контрольная, n =80	72 (90,0±3,5)	8 (10,0±1,9)
Всего, n=130	116 (89,2%)	14 (10,8%)

Таблица 2

Размеры кистозных образовании селезенки

Группа больных	Размеры кист селезенки, см	
	5–10, n (%±m)	11–15, n (%±m)
Основная, n=23	9 (40,9±13,2)	14 (59,1±13,8)
Контрольная, n=22	12 (54,5±13,6)	10 (45,5±13,3)
Всего, n=45	26 (57,8%)	19 (42,2%)

Распределение больных по локализации кист печени в основной группе было следующим: в правой доле печени кисты располагались у 31 (62,0%) больного, у остальных в левой доле. По сегментам наиболее часто новообразования встречались в пятом сегменте 22 (44,0%), в четвертом – у 8 (16,0%). Несколько отличалась по локализации кист печени группа сравнения. С кистами печени было – 80 (78,4%) больных, в селезенке 22 (21,6%) пациента. В левой доле печени кисты располагались у 42 (52,5%) пациентов, у остальных в правой доле. Причем наиболее часто в третьем сегменте 25 (31,25%), во втором – у 21 (26,25%), в пятом – у 11 (13,7%), в седьмом – у 9 (11,3%). В остальных сегментах кисты встречались реже. Локализация кистозных образований печени представлена в таблице 3.

В селезенке локализация кист была следующей в верхнем полюсе – у 11 (47,84%), в нижнем – у 6 (26,08%) и в воротах органа – у 6 (26,08%) боль-

ных, в контрольной же группе киста локализовалась по наружному контуру селезенки (табл. 4). Во всех группах различия оказались статистически не значимыми (p=0,04).

В большинстве наблюдений течение заболевания было бессимптомным, кисты печени и селезенки выявлялись случайно при обследовании по поводу других заболеваний. Клинические проявления были разнообразны и характеризовались выраженным полиморфизмом – от латентного течения заболевания до гепато- и спленомегалии. В ряде случаев, при больших размерах новообразования, при пальпации определялось опухолевидное образования верхней половины живота, правом и левом подреберье.

Таблица 3

Локализация кистозных образований печени

Группа больных	Локализация в сегментах (по C. Couinaud)							
	I n (%)	II n (%)	III n (%)	IV n (%)	V n (%)	VI n (%)	VII n (%)	VIII n (%)
Основная, n=50	1 (2,0)	–	4 (8,0)	8 (16,0)	22 (44,0)	9 (18,0)	6 (12,0)	–
Контрольная, n=80	–	20 (25,0)	23 (28,75)	5 (6,25)	11 (13,7)	7 (8,75)	9 (11,3)	5 (6,25)
Всего, n=130	1 (0,77)	20 (15,4)	27 (20,78)	13 (10)	33 (25,4)	16 (12,3)	15 (11,5)	5 (3,85)

Таблица 4

Локализация кистозных образований селезенки

Группа больных	Локализация				
	верхний полюс n (%)	срединные сегменты n (%)	диафрагмальная поверхность n (%)	висцеральная поверхность n (%)	нижний полюс n (%)
Основная, n=23	6 (26,0)	5 (21,7)	2 (8,7)	1 (4,5)	9 (39,1)
Контрольная, n=22	8 (36,3)	5 (22,7)	1 (4,6)	1 (4,6)	7 (31,8)
Всего, n=45	14 (31,1)	10 (22,2)	3 (6,7)	2 (4,5)	16 (35,5)

Клинические проявления зависели от количества кист, их размеров, локализации, возникших осложнений, а также сопутствующих заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и желудочно-кишечного тракта.

Всем поступившим больным производился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований. При сборе клинического анамнеза уделяли особое внимание анамнезу заболевания (наличие травмы) характеру проявлений заболевания, динамике развития болезни, выявляли признаки возможных сопутствующих клинических проявлений и развития осложнений (болевой синдром, температурная реакция, желтуха и др.), а также признаки сочетанных поражений и наличие сопутствующих заболеваний.

В план обследования были включены развернутые общие анализы крови и мочи, комплекс биохимических анализов, коагулограмма и т.д. Выполнялся серологический анализ крови (РНГА, ИФА) на эхинококкоз. Исследования производились в период предоперационной подготовки и в динамике до нормализации показателей в послеоперационном периоде. Основное место в выявлении кист печени и селезенки занимали инструментальные методы диагностики: УЗИ, КТ, МРТ органов брюшной полости с болюсным усилением. В послеоперационном периоде выполнялись микробиологические и цитологические анализы отделяемого из кист, а также гистологическое исследование удаленных стенок. По необходимости в раннем послеоперационном периоде выполняли УЗИ органов брюшной полости.

На основании собственного опыта и данных литературы показаниями для проведения оперативного пособия у больных с кистами паренхиматозных органов брюшной полости считаем:

1. киста печени и селезенки размерами более 5 см в диаметре;

2. киста с центральным расположением в воротах органа;

3. киста с выраженной клинической картиной (постоянные боли в правом или левом подреберье, диспепсические явления, исхудание и др.);

4. сочетание кист паренхиматозных органов брюшной полости с другим заболеванием, требующим активной хирургической тактики и определяющим

необходимость проведения операции (чаще всего с желчнокаменной болезнью) – симультанные операции;

5. осложненное течение заболевания.

При непаразитарных кистах печени и селезенки выбор оперативного вмешательства зависел от их размеров, локализации и расположения по отношению к поверхности. Взаимное расположение кисты и крупных сосудисто-секреторных элементов печени и сосудов селезенки, определяло особенности оперативного вмешательства: границы безопасной резекции выступающей стенки кисты и метод деэпителизации остаточной полости. Оценка глубины и локализации кисты печени и селезенки позволяет планировать характер и объем вмешательства, прогнозировать его сложность, определять последовательность этапов, предпочтительный метод деэпителизации, а так же своевременно уточнять необходимость дополнительного оборудования или инструментария.

Все операции на печени и селезенке выполняли под общей анестезией в положении больного на спине. При лапароскопических операциях карбоксиперитонеум поддерживался на 10–12 мм. рт. ст. Место введение троакаров для инструментов выбирали индивидуально с учетом локализации патологического образования печени и селезенки.

Первым этапом выполняли пункцию кисты и аспирацию содержимого. После оценки содержимого (отсутствие желчи и крови), производилось максимально возможное иссечение ее передней стенки, ревизия полости с последующей деэпителизацией дна кисты при помощи коагуляции. При сохранении значительной в объеме остаточной полости выполняли тампонирование последней свободной прядью большого сальника, которая фиксировалась узловыми швами или клипсами. Нежелательных явлений, связанных с тракцией большого сальника отмечено не было.

У 17 пациентов иссечение кисты печени производилось как первый этап оперативного вмешательства при выполнении лапароскопической холецистэктомии. Операции выполнялись из типичных троакарных доступов, используемых при лапароскопической холецистэктомии. При необходимости дополнительно ус-

танавливался 10 мм порт в левом подреберье. Оперативное вмешательство выполнялось вышеописанным способом, у 8 больных остаточная полость тампонировалась прядью сальника. После этого выполнялся этап лапароскопической холецистэктомии. Менее часто применялись другие симультанные операции (табл. 5). Тубоовариальные кисты подвергались оперативному лечению как сопутствующие заболевания. Это позволяло производить оперативные вмешательства на разных этажах брюшной полости через одни и те же троакарные доступы.

Таблица 5

Структура симультанных операций

Симультанная операция	Лапароскопическое иссечение кисты печени	Лапароскопическое иссечение кисты селезенки
Холецистэктомия	17	1
Фундопликация	2	–
Ваготомия	2	–
Иссечение кисты яичника	2	2
Резекция стенки кисты почки	1	–
Итого . . .	24	1

Лапароскопические операции показаны при кистах расположенных в наиболее оптимальных зонах для доступа (II, III, IV, V, VI сегментах). При подкапсульных и поверхностных интрапаренхиматозных кистах печени целесообразно выполнить иссечение стенки или части паренхимы, с целью создания широкого сообщения её просвета с брюшной полостью (абдоминизация) и деэпителизацию остаточной внутренней стенки. При поверхностных интрапаренхиматозных кистах, не выступающих над поверхностью печени и сообщающиеся с поверхностью на небольшом участке, полость кисты пунктируется, иссекается часть стенки.

Открытые операции были выполнены больным, которым ранее выполнялись полостные операции (2 случая), при цистобилиарных свищах, при боль-

ших рецидивных кистах, которые раннее были дренированы и склерозированы под УЗИ контролем. Также лапаротомным доступом по экстренным показаниям оперировались больные с осложненным течением (нагноение кисты с последующим спонтанным разрывом) кист печени (3 случая) и селезенки (2 больных). Данный контингент больных в настоящее исследование не включен.

В группе сравнения дренирование, с последующим склерозированием кист печени и селезенки под УЗИ контролем выполняли больным, имеющим противопоказания к эндотрахеальному наркозу и высоким риском анестезиологического пособия, а также пациентам с глубокими интрапаренхиматозными кистами диаметром более 5 см недоступные для лапароскопических манипуляций.

Пункционно-склерозирующее лечение выполняли под ультразвуковым контролем троакар-канюлей или катетером over-needle. Обращали внимание на характер содержимого кисты (примесь крови, желчи). При отсутствии этих признаков вводили 96% раствор этилового спирта.

Количество 96% раствора этилового спирта варьировало от 20 до 100 (в среднем 61,2±12,4) мл, что составляло от 5 до 100% объёма эвакуированной жидкости (в среднем 52,1±6,9%). Склерозант удаляли после 3–4 мин экспозиции и извлекали иглу. Больным назначали строгий постельный режим в течение суток, а на место пункции помещали контейнер со льдом на 2 ч.

При больших кистах более 5 см в диаметре (10 пациентов) выполнялась неоднократная пункция, в зависимости от течения процесса – через 6 месяц, 1 год и 1,5 года. Это было связано с тем, что при больших размерах, длительном анамнезе наступали воспалительные изменения стенок, их ригидность, что препятствовало спадению кисты и облитерации полости.

Средний послеоперационный койко-день в основной группе НКП после лапароскопических операций составил 10,0±0,2 дней, после дренирования кист под УЗИ контролем (контрольная группа) – 14,0±0,2 суток.

В основной группе больных с НКС после лапароскопических операций составил 13,0±0,6 дней, после дренирования кист под УЗИ контролем – 14,0±0,5 суток.

Осложнения в основной группе после лапароскопической операции по поводу НКП возникли у 1 (2,0%) больного в виде инфильтрата послеоперационной раны.

Осложнения в основной группе после лапароскопической операции по поводу НКС возникли у 1 (4,5%) больного в виде развития неконтролируемого кровотечения, вследствие повреждения воротных сосудов селезенки пункционной иглой, что потребовало конверсии (лапаротомии) и спленэктомии.

Осложнения в контрольной группе после пункции НКП под УЗИ возникли у 5 (6,25%) больных. Поступления геморрагического отделяемого с кистозной жидкостью во время дренирования отмечено в 1 (1,25%) наблюдении, купировавшееся консервативно. В 4 (5%) случаях отмечалось нагноение остаточной полости, что потребовало проведения лапаротомии.

Осложнения в контрольной группе после пункции НКС под УЗИ возникли у 3 (13,5%) больных. Поступления геморрагического отделяемого с кистозной жидкостью во время дренирования отмечено в 2 (9%) наблюдениях, купировавшееся консервативно. В 1 (4,5%) случае наблюдалось нагноение остаточной полости, что потребовало проведения лапаротомии и спленэктомии.

При длительном наблюдении за данным контингентом больных у ряда из них потребовалось оперативное вмешательство. Так лапароскопическое лечение кист произведено у 4 (3,9%), открытая операция потребовалась у 5 (4,9%) больных.

Ближайшие и отдаленные результаты оценивались на основании УЗИ и в единичных случаях при КТ органов брюшной полости через 6, 12, 36 месяцев. Сроки наблюдений составили до 5 лет.

Рецидивы заболевания у больных с НКП и НКС в основной группе, которым выполнялись лапароскопические операции не наблюдалось. В группе контроля рецидивы заболевания у больных с НКП и НКС отмечены в 5 (6,25%) и 4 (18%) случаях соответственно. Структура осложнений и рецидивов НКП и НКС представлена в таблице 6.

Таблица 6

Структура осложнений и рецидивов НКП и НКС в зависимости от метода лечения

Осложнения	Группы больных			
	основная		контрольная	
	НКП	НКС	НКП	НКС
Кровотечения	–	1 (4,5%)	1 (1,25%)	2 (9%)
Нагноение остаточной полости	–	–	4 (5%)	1 (4,5)
Инфильтрат послеоперационной раны	1 (2%)	–	–	–
Рецидив	–	–	5 (6,25%)	4 (18%)

Таким образом, количество осложнений у больных, которым проводилось лапароскопическое лечение, в сравнении с пункционным было существенно ниже. Все имеющиеся различия статистически достоверны ($p<0,05$). Отдаленные результаты лечения больных в основной группе, оперированные по поводу истинных кист селезенки и печени, прослежены до 5 лет. Признаков рецидива заболеваний не выявлено.

Следовательно, сравнительный анализ хирургических вмешательств при НКП и НКС с применением лапароскопических технологий показал их большую эффективность в сравнении с пункционными методами.

Все вышеизложенное побудило к выполнению экспериментальной части работы.

Экспериментальная часть

Эксперимент был выполнен на половозрелых белых крысах с соблюдением всех правил асептики и антисептики с использованием методов эвтаназии, изложенных в соответствующих приказах и методических рекомендациях. При выполнении оперативных пособий на белых крысах премедикация состояла во внутримышечном введении раствора кетамина из расчета 0,8–1,0 мг на 100 г массы тела животного. Животные выводились из эксперимен-

та внутривенным введением кетамина из расчета 3,0 мг на 100 г массы тела животного с соблюдением правил эвтаназии, предусмотренных приказом № 724 от 1984 г. Министерства Высшего образования СССР «Правила проведения работ с экспериментальными животными».

В экспериментальных исследованиях на 120 половозрелых белых крысах (количество самок и самцов одинаково), изучались возможности пункционного склерозирующего лечения с использованием различных склерозантов.

Эксперимент проводили в несколько этапов. На 1 этапе выполняли моделирование фиброзной полости паренхимы печени селезенки. Для этого после лапаротомии находили долю печени (селезенку), скальпелем наносили колотую рану глубиной 0,4 см. В раневой канал вводили шарик из инертного материала диаметром 0,3 см, рану над шариком ушивали П-образным кетгутовым швом.

Спустя 30 суток – 2 этап эксперимента. При релапаротомии в толще печени (селезенки) находили имплантированный шарик, из небольшого надреза его извлекали, после чего в паренхиме органа оставалась полость с фиброзными краями, препятствующая самостоятельному спаданию стенок. После 2 этапа эксперимента животные были разделены на 4 группы по 30 особей обоего пола (по 15 самок и самцов), каждая из которых, в свою очередь была разделена на 2 подгруппы, одной из которых в раннем послеоперационном периоде энтеральным путем вводили оксиметилурацил в дозе 50 мг/кг веса.

Еще через 30 суток выполнялся 3 этап эксперимента. 1 группе животных после опорожнения жидкостного образования печени от содержимого в его просвет с помощью стерильного инсулинового шприца вводили 96% этиловый спирт по методике «пункция – аспирация – инъекция». Во 2 группе методика опыта сохранялась, но в качестве склерозирующего вещества использовался клей «Сульфакрилат». 3 группе животных после опорожнения жидкостного образования селезенки от содержимого в его просвет с помощью стерильного ин-

сулинового шприца вводили 96% этиловый спирт по методике «пункция – аспирация – инъекция». В 4 группе методика опыта сохранялась, но в качестве склерозирующего вещества в полость полученного образования селезенки вводился клеевая композиция «Сульфакрилат».

Животных выводили из эксперимента на 60- и 90-е сутки путем внутривенного введения кетамина из расчета 3,0 мг на 100 гр. массы тела животного. Производили визуальную оценку зоны оперативного вмешательства, препарировались биопсийные материалы в виде кусочков 8х8 мм. Затем готовились гистологические препараты.

Применение спирта, сульфакрилата и его комбинации с энтеральным введением оксиметилурацила с целью заполнения кистозного дефекта печени и селезенки приводит к слипанию стенок кисты и наиболее выражено при сочетанном применении сульфакрилата и оксиметилурацила, а также обеспечивает существенную коррекцию количественных и качественных показателей функциональной активности клеток фагоцитарного звена. Причем наиболее выраженное корригирующее воздействие на морфофункциональное состояние гепатобилиарного аппарат у оперированных животных оказывало сочетанное применение сульфакрилата и оксиметилурацила.

Выводы:

1. Экспериментальное моделирование кисты печени проявляется лейкоцитозом, угнетением функции фагоцитов (по данным иммуногистохимии). Кистозный процесс в печени экспериментальных животных приводит к глубоким морфофункциональным нарушениям гепатобилиарного аппарата, что проявилось нарушением процессов конъюгации билирубина (нарушение соотношений между фракциями билирубина) и морфологическими изменениями.

2. Пункционное введение спирта, сульфакрилата и его комбинации с энтеральным введением оксиметилурацила приводит к слипанию стенок кисты и наиболее выражено при сочетанном применении сульфакрилата и оксимети-

лурацила, а также обеспечивает существенную коррекцию количественных и качественных показателей функциональной активности клеток фагоцитарного звена.

3. Показания к органосохраняющим видеоэндоскопическим вмешательствам должны определяться на основании комплексного дооперационного обследования больных с определением размера, локализации, количества новообразований, что позволяет существенно улучшить результаты верификации доброкачественных новообразований паренхиматозных органов брюшной полости.

4. Предложенные принципы дифференцированного хирургического лечения кист печени и селезенки с использованием эндовидеохирургических технологий, обеспечили хорошие результаты у абсолютного (100%) большинства больных, снижение (в 3,7 раз) частоты развития осложнений заболевания и отсутствие рецидивов.

Практические рекомендации:

1. Применение пункционных методов лечения в практическом применении имеет широкие перспективы при условии дальнейшего совершенствования технологии производства склерозантов и методов их введения.

2. Возможности и эффективность предложенных способов видеоэндоскопического лечения у больных с непаразитарными кистами печени и селезенки обеспечивается технологическими возможностями клиники.

3. Применение лапароскопических технологий позволяет расширить показания к хирургическому лечению полостных образований паренхиматозных органов.

4. У больных с интеркурентной хирургической патологией органов брюшной полости целесообразно выполнение сочетанных лапароскопических операций.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Имаев, А.Б. Хирургические и пункционные методы лечения непаразитарных кист печени и селезенки / А.Б. Имаев, Е.О. Травникова // Вопросы теоретической и практической медицины: материалы 72-й юбилейной Республиканской итоговой научной конференции студентов и молодых ученых. – Уфа, 2007. – С. 267–269.

2. Миниинвазивные методы хирургического лечения кист паренхиматозных органов брюшной полости / Д.Р. Бурнашева, В.В. Романов, А.Б. Имаев, Д.М. Зиганшин // Вопросы теоретической и практической медицины: материалы 73-й юбилейной Республиканской итоговой научной конференции студентов и молодых ученых. – Уфа, 2007. – С. 267–269.

3. Видеоэндоскопическое лечение кист брюшной полости / М.В. Тимербулатов, Е.И. Сендерович, Ю.Н. Гололобов, А.Б. Имаев, Б.М. Гарифуллин // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 1: Тезисы докладов X Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. – С. 153–155.

4. Лапароскопическая хирургия при заболеваниях селезенки / М.В. Тимербулатов, В.Г. Сахаутдинов, Е.И. Сендерович, А.Б. Имаев // Медицинский вестник Башкортостана. – 2007. – Т. 2, № 6. – С. 23–26.

5. Тимербулатов, М.В. Миниинвазивные методы в лечении непаразитарных кист печени и селезенки / М.В. Тимербулатов, Е.И. Сендерович, А.Б. Имаев // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 3. – С 76.

6. Баев, Д.А. Сравнительная характеристика воздействия аппаратов LigaSure, гармонического скальпеля и биополярного коагулятора на паренхиматозные органы / Д.А. Баев, Т.Н. Хафизов, А.Б. Имаев // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 37–38.

7. Тимербулатов, М.В. Результаты минимально инвазивного лечения непаразитарных кист печени и селезенки / М.В. Тимербулатов, А.Б. Имаев // Пермский медицинский журнал. – 2010. – Т. 3, № 2. – С. 29–33.

Список принятых сокращений

ИФА – иммуноферментный анализ

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

НКП – непаразитарная киста печени

НКС – непаразитарная киста селезенки

РНГА – реакция непрямой гемаглютинации

УЗИ – ультразвуковое исследование

ИМАЕВ АЙРАТ БОГДАНОВИЧ

МИНИИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

(Клинико-экспериментальная работа)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Издательская лицензия № 06788 от 01.11.2001 г.
ООО «Издательство «Здравоохранение Башкортостана»
450000, РБ, г. Уфа, а/я 1293, тел. (347) 250-81-20, тел./факс (347) 250-13-82.

Подписано в печать 08.11.2010 г.
Формат 60×84/16. Гарнитура Times New Roman.
Бумага офсетная. Отпечатано на ризографе.
Усл. печ. л. 1,4. Уч.-изд. л. 1,5.
Тираж 100. Заказ № 567.