

На правах рукописи

Чиган Анна Викторовна

ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КРИОХИРУРГИЯ КИСТ ПЕЧЕНИ

14.00.27

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Томск – 2006

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

АКТУАЛЬНОСТЬ. Вопросы лечения кист печени являются актуальной проблемой в хирургической гепатологии. Так, если ранее считалось, что кисты печени встречаются приблизительно в 0,8% случаев, а по данным аутопсий частота не выявленных клинически пациентов с этой патологией составляла 1,86% [Алиев М. А., Байхманов Б. Б., Наржанов Б. А. и соавт., 2004], то за последнее десятилетие структура заболеваемости существенно изменилась. По данным ряда авторов непаразитарные кисты печени составляют 11,8% от всех пациентов с очаговыми поражениями печени [Гранов А. М., Анфилова Л. В., 1994]. Частота описторхозных кист составляет 10,8%. Летальность даже в специализированных хирургических отделениях колеблется от 3% до 8%, а количество рецидивов до 18% [Альперович Б. И., Митасов В. Я., 1989]. Кисты печени могут осложниться сдавлением близлежащих сосудов и желчных протоков, нагноением, разрывом с развитием желчного перитонита, образованием поддиафрагмальных абсцессов, нередко приводящих к летальным исходам [Земсков В. С., 1985, Edwards J. D., Ekhouzer F. E., Knol J. A., 1987, Kitajima Y., Okauma Y., Hirari. et al., 2003, Lapeyre M., Mathieu D., Tailboux L. et al., 2002, Lermite E., Pessaux P., Jousset Y. et al., 2002, Lotz G.W., Stahlschmidt M., 1987, Martellii H., 1982, Pichlmayr R., Gubernatis G., 1987, Shultz F., Fugger R., Contreras F. et al., 1984]. Показанием к лечению неосложненных кист является их размер более 5 см [Альперович Б. И., 1989, Борисов А. Е., 2003, Митасов В. Я., 1990, Полуэктов Л. В., Рудаков В. А., Шутов В. Ю., 1996, Шойхет Я. Н., Устинов Г. Г., Смирнов А. К. и др., 2004, Шабунин А. В., Тавобиллов М. М., Лебединский И. Н., 2004, Lapeyre M., Mathieu D., Tailboux L. et al., 2002, Orozco H., Mercado M.A., Hinjosa C. A., 2001, Vyhananek J., Duda M., Gryga A. et al., 1999], а также рост кисты более 1,5-2 см в год [Абдулаев А. Г., 1990, Reichel S., Alsen G., Keller K. M. et al., 2002]. Операции, применяемые в лечении кист печени - вскрытие, тампонада, марсупиализация, резекция печени, пункция и введение склерозантов.

Однако радикализм вмешательства достигается лишь тогда, когда удаляется секретирующий эпителий, в противном случае возможно развитие рецидивов заболевания. Радикальными операциями можно считать резекцию печени и иссечение кисты [Абдуллаев А. Г., 1990], но при солитарных кистах резекция печени не показана в связи с большой ее травматичностью, а полностью иссечь кисту из ткани печени часто не представляется возможным. Применение холодого воздействия на оставшуюся часть эпителия кисты приводит к гибели последнего, тем самым предотвращая рецидив заболевания. Применение криодеструкции предупреждает развитие в послеоперационном периоде желчеистечения из расширенных желчных протоков, которые могут открываться в полость кисты, что наиболее часто встречается при описторхозном происхождении кист. Учитывая современные тенденции к развитию малоинвазивной хирургии, одним из перспективных вариантов оперативного лечения непаразитарных кист печени, позволяющим достигнуть радикализма и снизить травматичность, является метод эндоскопического иссечения последних с дополнением криодеструкцией оставшегося эпителия кисты. Таким образом, проблема повышения радикализма и снижения интраоперационного травматизма при хирургическом лечении непаразитарных кист печени остается актуальной.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с непаразитарными кистами печени путем применения малоинвазивных технологий и контактной криодеструкции.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Обосновать критерии выбора оперативного доступа при иссечении кист.
2. Оценить клиническую эффективность выбора эндоскопического доступа в оперативном лечении пациентов с кистами печени.
3. Оценить эффективность контактной криодеструкции при обработке

эпителия кист печени.

4. Оценить ближайшие результаты хирургического лечения кист печени с применением различных методик.
5. Дать экономическое обоснование выбора видеоэндоскопического метода оперативного лечения кист.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

Впервые на основании данных клиники разработаны показания для выполнения малоинвазивных вмешательств у больных с кистами печени.

Разработан новый эффективный способ обработки секретирующего эпителия кист путем контактной криодеструкции с помощью криохирургического инструмента для видеоэндоскопических операций.

Дано экономическое обоснование выбора эндоскопического метода оперативного лечения больных с кистами печени.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Оценка полученных клинических данных показывает высокую эффективность метода криодеструкции для обработки остаточного эпителия при оперативном лечении непаразитарных кист печени. Кроме того, доказана безопасность методики в плане развития интра - и послеоперационных осложнений и летальности. Учитывая патогенетическую обоснованность, эффективность, техническую простоту выполнения и безопасность методики представляется целесообразным более широкое ее внедрение в практическую медицину. На основании высокой клинической эффективности, а также меньшего объема затрат на оперативное лечение больных с кистами печени видеоэндоскопический доступ может стать методом выбора хирургического лечения данной патологии.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Криодеструкция остаточного эпителия кист печени является эффективным способом, позволяющим предотвратить рецидивирование заболевания.
2. Иссечение кист является наименее травматичной операцией по сравнению

с резекцией печени, а, дополненное криодеструкцией остаточного эпителия, становится не менее радикальной.

3. Оперативное лечение кист печени видеоэндоскопическим доступом - клинически эффективный и экономически оправданный методом.
4. Видеоэндоскопический доступ показан у пациентов при локализации кист в зонах, доступных видеообзору, а также при неосложненном характере поражения.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПРАКТИКУ

Результаты исследования внедрены в практику работы хирургического отделения МКЛПМУ «Городская больница №3».

Выводы и рекомендации, вытекающие из проведенного исследования, используются в учебном процессе на кафедре хирургических болезней педиатрического факультета ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава, а также входят в учебный план кафедры хирургии усовершенствования врачей ТВМедИ.

ПУБЛИКАЦИИ

По результатам исследования опубликовано 5 печатных работ, в том числе 1 статья – в журнале, рекомендованном ВАК РФ.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертация изложена на 148 листах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Диссертация иллюстрирована 11 таблицами, 46 рисунками. Указатель литературы включает 169 источников, в том числе 99 отечественных и 70 иностранных авторов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа выполнена на основании анализа результата лечения 83 пациентов с кистами печени, находившихся на обследовании и хирургическом лечении в Томском зональном гепатологическом центре МЗ РФ на базе клиники кафедры хирургических болезней педиатрического

факультета ГОУ ВПО СибГМУ Росздрава за период с 1979 по 2005 годы. Для анализа результатов различных вариантов оперативного лечения были отобраны пациенты с диагностированными кистами печени. Критерием исключения пациентов из групп исследования был паразитарный (но не описторхозный) характер кистозного поражения печени, выявленный на этапах предоперационного обследования или интраоперационно. 83 пациента были поделены на две группы. Основная (№1) состоит из пациентов, пролеченных эндоскопическим доступом с обработкой эпителия кист сверхнизкими температурами – 10 больных; контрольная (№2) включила в себя пациентов, оперированных по поводу непаразитарных кист печени открытым доступом – 73 больных. В зависимости от варианта проведенной операции пациенты контрольной группы были поделены на 2 подгруппы. Подгруппа 2а включила в себя пациентов, которым была выполнена резекция печени (27 больных). Пациентам подгруппы 2в были выполнены фенестрация или иссечение кист печени открытым доступом (46 больных).

Из 10 пациентов группы №1 9 (90%) составили женщины. Во второй группе из 73 больных женщины также преобладали над мужчинами - 63 (86,3%) и 10 (13,7%) пациентов соответственно.

Возраст пациентов в общей выборке колебался от 24 до 90 лет со средним значением, равным $51,7 \pm 2,1$ лет. По возрастному и половому составу все исследуемые подгруппы достоверно не различались.

Количество кист печени с фоновой описторхозной инвазией различной времени давности и подтвержденной с помощью количественного анализа кала и иммунологическим методом составило 1 (10%) в основной группе и 34 (46,5%) пациентов в контрольной группе. Другой природы (идиопатические, посттравматические) – 9 (90%) и 39 (53,5%) соответственно.

По варианту поражения печени в группе №1 солитарные кисты печени отмечены у 7 пациентов (70%), множественные кисты печени – у 2 (20%), вариант, когда у пациентов был диагностирован поликистоз печени – 1 случай (10%). В контрольной группе распределение было следующим:

солитарные кисты печени были представлены в 39 наблюдениях (53%), вариант с множественными кистами печени имел место у 26 больных (36%) и поликистоз печени наблюдался в 8 наблюдениях (11%).

Средний размер кист в основной группе составил 7,08 см, в контрольной группе – 9,3 см.

В предоперационном периоде пациенты подвергались всестороннему обследованию, куда входили опрос, осмотр, лабораторные методы, включая гистологическое исследование биопсийного и операционного материала, УЗИ, при необходимости - ЭГДС, КТ, ЭКГ и др.

В послеоперационном периоде в динамике исследовали биохимические показатели крови, функциональные пробы для отражения основных патологических синдромов печени: 1) цитолитического – повышение уровня аспартат- и аланинаминотрансфераз (АсАТ и АлАТ); 2) гепатодепрессивного – снижение протромбинового индекса (норма 85 – 103 %), уровня фибриногена (норма 2,4 – 4,5 г/л), общего белка (норма 65 – 85 г/л); 3) холестатического – повышение билирубина и его фракций.

Биохимические показатели крови изучались фотоколориметрическим методом на спектрометре «BECKMAN» модель DU-7 (США). Билирубин и его фракции определяли унифицированным диазометодом по Йендрашику, Клеггорну, Грофу (норма: общий билирубин 8,5 – 20,5 мкмоль/л, прямой – до 0,68 мкмоль/л). Аминотрансферазы определяли унифицированным динитрофенилгидразиновым методом по Райтману и Френкелю (норма АсАТ – 0,1 - 0,6 ммоль/ч×л, АлАТ – 0,1 – 0,68 ммоль/ч×л). Общий белок сыворотки определяли биуретовой реакцией (норма 65 – 85 г/л). К инструментальным методам исследования относилось УЗИ органов брюшной полости. Исследование проводили на стационарных ультразвуковых аппаратах «Aloka SSD-256» (Япония), «Combison 320-5» (Австрия), «Toshiba SSH-270A» (Япония) с использованием конвексных, линейных и секторных датчиков частотой 3,5 и 4 МГц. Регистрация изображения осуществлялась с помощью термопринтера «Mitsubishi».

При расчете стоимости медицинской услуги использовались методические подходы к ценообразованию в здравоохранении в порядке, предусмотренном «Инструкцией по расчету стоимости медицинских услуг (временная)», утвержденной Минздравом РФ №01-23/4-10; РАМН №01-02/41 от 10.11.1999. При определении себестоимости медицинской услуги все виды расходов необходимо сгруппировать в следующем порядке: оплата труда основного персонала подразделения, где находится больной, (прямые расходы); расходы на медикаменты; питание больных; коммунальные и прочие расходы; оплата труда административно-хозяйственного персонала (косвенные расходы); расходы на амортизацию используемого оборудования.

Затраты на предоперационный период рассчитывались как произведение количества койко-дней, проведенных больным в стационаре до операции, и себестоимости койко-дня. Стоимость одного койко-дня отделения общей хирургии складывалась из заработной платы сотрудников, принимающих непосредственное участие в лечении больного, начислений на заработную плату, стоимости питания, расходов на медикаменты, накладных расходов.

Расчет стоимости оперативного вмешательства производился на основании калькуляции затрат на его проведение: оплата труда, начисления на оплату труда, расход медикаментов и материалов, амортизация оборудования. Расчет оплаты труда производился в соответствии с ЕТС, нормой рабочего времени и временем, затраченным врачом на проведение операции. При расчете исходили из того, что среднее время эндоскопической криодеструкции кист печени составило 90 минут, иссечение кисты «открытым» доступом – 120 минут, время, затраченное на проведение резекции печени, – 180 минут. Начисление амортизации осуществляется согласно требованиям Положения по бухгалтерскому учету «Учет основных средств» ПБУ 6/01. Расходы на медоборудование учитывались только для средств третьей стоимостной категории (стоимостью свыше 10000 рублей)

[Столяров С. А., 2006] и определялись по формуле:

$$A = \frac{C * \frac{n}{100}}{B} \% * t, \text{ где}$$

C – балансовая (оценочная) стоимость оборудования,

n – норма амортизационных отчислений в год, %,

B – годовой баланс рабочего времени врача. На 2005 год он составил 1947 часов.

Калькуляция затрат на послеоперационный период произведена аналогично таковой в дооперационном периоде.

Оценка затрат на хирургическое лечение проводилась по тарифам, существующим на ноябрь 2005 года.

Статистический анализ данных выполнен с использованием универсального статистического пакета Statgraphics Plus for Windows.

Оценка влияния варианта оперативного лечения на состояние функции печени в послеоперационном периоде осуществлялось с использованием однофакторного дисперсионного анализа. Результат фиксировался в виде ($M \pm m$), где M – средняя арифметическая, m – стандартная ошибка среднего. В связи с малочисленностью выборки для сравнения средних величин использовался критерий Крускала-Уолис. Сравнение качественных величин производилось с помощью критерия Стьюдента.

Различия считались достоверными при уровне значимости $p \leq 0,05$, при $p > 0,05$ различия считались случайными, не доказанными.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

При анализе результатов исследования мы получили, что основным симптомом, выявляемым у пациентов с кистами печени, была боль в правом подреберье. Так, в контрольной группе болевой синдром проявлялся у 53 пациентов, что составило 72,6%, отсутствие болевого синдрома было у 20 пациентов, что равнялось 27,4% соответственно. В подгруппе пациентов, которым выполнялась резекция печени, болевой синдром диагностирован у

20 больных (74,0%), в подгруппе пациентов, перенесших иссечение кист открытым способом – в 33 наблюдениях (71,6%). В основной группе болевой синдром имел место только лишь у одного пациента, что составило 10%.

При сборе анамнеза обращали внимание на срок с момента появления первых клинических признаков болезни со стороны органов гепато-панкреато-дуоденальной зоны до выявления и инструментального подтверждения кист печени. В основном период начала заболевания опережал выполнение ультразвукового исследования на 1-2 месяца. В связи с этим установить возраст кисты представляется нам достаточно сложным. Ряд пациентов в анамнезе имели небольшие (около 1-1,5 см в диаметре) кисты в паренхиме печени, найденные при профилактических осмотрах. Поскольку в данном случае принята наблюдательная тактика, то удавалось проследить рост и эволюцию кисты. В случае увеличения ее размеров до 5 см или появления признаков осложненного течения пациент подвергался оперативному лечению.

При анализе посегментной топоики поражения установили, что в основной группе наиболее часто встречались кисты, локализующиеся в передних сегментах как правой, так и левой доли (в зонах, доступных видеообзору) - SII, SIII, SIV, SV. При расположении кист в задних сегментах печени на операции прибегали к конверсии, которую считали оправданной в качестве меры профилактики послеоперационных осложнений. В контрольной группе удельный вес поражения задних сегментов был больше.

Показаниями к оперативному лечению кист печени считали: 1) кисты размером более 5 см даже при бессимптомном течении; 2) множественные кисты с преимущественным поражением доли, сегмента печени и дегенеративными изменениями ее паренхимы; 3) осложненные кисты любых размеров; 4) кисты, локализованные в ложе желчного пузыря, при холецистэктомии.

В основной группе оперативное лечение было однотипным у всех пациентов при условии отсутствия интраоперационных технических сложностей. После создания карбоксиперитонеума через иглу Вериша формировался доступ №1. Расположение этого доступа было типично - параумбиликально. Расположение порта №1 выше или ниже пупка определялось эпигастральным расстоянием и расположением печени по отношению к реберной дуге. Данный порт предназначается для установки лапароскопа. После обзора печени определялось местонахождение кисты и выбирались соответственно зоны расположения остальных портов (№2 и №3). Наиболее часто это была вершина эпигастрального угла для порта №2 правее или левее круглой связки печени, что зависело от расположения кисты в правой или левой доле печени. Для порта №3 выбиралась точка в правом подреберье, латеральной прямой мышцы живота. В некоторых случаях прибегали к установке дополнительного порта №4 для осуществления вспомогательных манипуляций (отведение сальника, отведение доли печени, в случае одновременного выполнения холецистэктомии). Затем киста пунктировалась через порт №2 или №3, производилась аспирация жидкости через фенестрированный участок. Полученная жидкость обязательно исследовалась на наличие тел описторхисов, признаки воспаления. После полной эвакуации жидкостного содержимого кисты выполнялась лапароцистоскопия на предмет определения наличия крупных желчных протоков, открывающихся в полость кисты. Данная манипуляция осуществлялась через порт №1 или через ближайший порт в зависимости от удобства проведения. Ни в одном из исследуемых случаев наличия крупных кровеносных сосудов и желчных протоков не обнаружено. После этого производилось иссечение выступающих стенок кисты электроножом с обязательным гистологическим исследованием. Итогом оперативного вмешательства было проведение криодеструкции стенок кисты через ближайший порт. Операцию

заканчивали подведением сальника к дну кисты и дренажной трубки к месту оперативного вмешательства.

В контрольной группе были выполнены различные операции, выбор которых диктовался объемом поражения печени, топикой очага патологии в печени (табл.1).

Таблица 1

Варианты оперативного лечения пациентов контрольной группы

Вид оперативного вмешательства	Количество (N = 73)
Вскрытие и иссечение стенок кисты	44
Криоультразвуковая резекция сегмента печени с кистой	2
Криоультразвуковая резекция стенок кисты	2
Криовиброрезекция сегмента печени с кистой	1
Резекция сегмента печени	9
Резекция доли печени	11
Криорезекция доли печени	1
Криоультразвуковая резекция доли печени	3

При этом в 30 случаях выполненные операции сопровождались криодеструкцией печени по линии резекции. В 23 случаях криодеструкция дополняла иссечение стенок кисты и в 7 случаях различные по объему резекции печени.

Травматичность вмешательства при сравнении исследуемых групп оценивали по течению послеоперационного периода и динамике лабораторных показателей. У пациентов, перенесших оперативное лечение видеоэндоскопическим доступом, течение послеоперационного периода было значительно более легким и продолжительность его составила в среднем 7 суток. У пациентов, перенесших резекцию печени, средняя

продолжительность послеоперационного периода составила 26 суток, а у пациентов, которым выполнялось иссечение кист из лапаротомного доступа – 17 суток. В дооперационном периоде у всех пациентов основные лабораторные показатели были в пределах нормальных значений. При анализе динамики основных лабораторных показателей в послеоперационном периоде получили, что у больных группы №1 отклонения от исходных величин были незначительными, тогда как у пациентов контрольной группы отмечены более выраженные отклонения от нормальных величин. Однако, достоверные различия получили только при анализе уровня трансаминаз на 1 сутки после операции и уровня фибриногена на 5 сутки послеоперационного периода, что говорит о меньшей выраженности цитолитического синдрома у больных, которым выполнялось иссечение кист видеозендоскопическим доступом. Так, уровень трансаминаз в основной группе на протяжении всего послеоперационного периода оставался в пределах нормальных цифр, чего нельзя сказать об аналогичном показателе в контрольной группе. В подгруппе 2а уровень АлАТ в 1 сутки после операции составил 3,9 ммоль/ч·л, АсАТ – 1,8 ммоль/ч·л, в подгруппе 2в уровень АлАТ составил 1,9 ммоль/ч·л, АсАТ – ммоль/ч·л. У пациентов, подвергшихся эндоскопическому вмешательству, колебания уровня фибриногена не выходили за пределы нормальных значений и были незначительными, что свидетельствует об отсутствии выраженной воспалительной реакции. Они достоверно отличались от показателей у пациентов контрольной группы на 5 сутки после операции. Так, в основной группе максимальный уровень фибриногена был на 5 сутки после операции 3,4 г/л, а в подгруппе 2а – 5,6 г/л, в подгруппе 2в – 7,9 г/л. Меньший уровень повышения фибриногена крови у больных, подвергшихся резекции печени, может свидетельствовать о снижении белковосинтетической функции печени у данных больных.

В основной группе послеоперационных осложнений не встретилось ни в одном случае. В контрольной группе зарегистрировано 19 осложнений

(26%). Летальный исход наблюдался в 4,1%. При этом в подгруппе 2а осложнения зарегистрированы у 9 пациентов (33,3%), в подгруппе 2в – у 10 (21,7%).

После низкотемпературного воздействия на остаточный эпителий кисты в серии гистологических препаратов, взятых из зоны криодеструкции интраоперационно и в различные сроки послеоперационного периода, наблюдается полное его разрушение. При этом пунктаты из места криодеструкции через 5 минут после ее проведения брались на видеоэндоскопической операции, а на 3 и 14 сутки после операции – у пациентов, которым выполнялись релапаротомии по поводу развившихся осложнений, а на первой операции проводилась криодеструкция эпителия кисты из лапаротомного доступа. Через 5 минут после криодеструкции отмечается слущивание эпителиальной выстилки кисты, кровоизлияния и лимфоцитарная инфильтрация фиброзной стенки. На 3 сутки эпителий отсутствует, в прилежащих тканях – картина острого воспаления. На 14 сутки после криодеструкции эпителий кист отсутствует, в фиброзной стенке картина хронического воспаления. Таким образом, морфологически доказано значение криодеструкции в профилактике рецидива заболевания.

Для оценки стоимости лечения одного больного при выполнении различных операций производился подсчет затрат в предоперационном, интраоперационном и послеоперационном периодах. При расчете затрат в предоперационном периоде руководствовались условием, что все больные обеих групп поступили в компенсированном состоянии для проведения плановой операции и не требовали дополнительной предоперационной подготовки. Средний срок нахождения больного в предоперационном периоде в стационаре в основной группе составил 6 суток. В контрольной группе этот период составил 7 суток в подгруппе 2а и 8 суток в подгруппе 2в. Суммарное количество затрат представлено в таблице 2.

Таблица 2

Расчет стоимости лечения одного больного

	Группа№1	Гуппа№2а	Группа№2в
Предоперационный период			
Оплата труда, руб.	1807,9	2108,75	2410
Начисление на оплату труда, руб.	473,58	552,51	631,44
Медикаменты, руб.	1170,42	1365,49	1560,56
Питание, руб.	264	308	352
Мягкий инвентарь, руб.	66,06	77,07	88,08
Накладные расходы, руб.	1106,76	1291,22	1475,68
Всего:	4888,72	5703,04	6517,76
Интраоперационный период			
Оплата труда, руб.	393,84	1154,83	820,89
Начисление на оплату труда, руб.	103,18	302,56	214,84
Расход медикаментов и материалов, руб	763,58	4079	3980,4
Амортизация медоборудования, руб.	1048,32	1315,32	877,74
Всего:	2340,6	6851,71	5893,87
Послеоперационный период			
Оплата труда, руб.	2108,75	7832,5	5121,25
Начисление на оплату труда, руб.	552,52	2052,18	1341,81
Медикаменты, руб.	1365,49	5071,82	3316,19
Питание, руб.	308	1144	748
Мягкий инвентарь, руб.	77,07	286,26	187,17
Накладные расходы, руб.	1291,22	4795,96	3135,82
Всего:	5703,05	21182,72	13850,24
Итого:	12932,63	33737,47	26261,87

Анализируя затраты на лечение одного больного, найдено, что при применении видеоэндоскопического доступа общая сумма затрат в 2,5 раза

меньше, чем при резекции печени и в 2 раза меньше метода открытого иссечения кист.

ВЫВОДЫ

1. Видеоэндоскопический доступ показан при оперативном лечении больных с кистами печени, локализующимися в зонах, доступных видеообзору.
2. Видеоэндоскопический доступ является наиболее эффективным в осуществлении иссечения кист и криодеструкции остаточного эпителия, поскольку позволяет сократить время пребывания больного в стационаре в послеоперационном периоде в 3,7 раз по сравнению с резекцией печени и в 2,4 раза в сравнении с иссечением кист «открытым» доступом.
3. Криодеструкция остаточного эпителия кист печени, приводящая к полной его гибели, является высокоэффективным методом, способствующим предотвращению рецидивов заболевания, а также безопасной операцией в плане развития интра - и послеоперационных осложнений.
4. Эндоскопическая криохирургия кист не приводит к значительным изменениям функции печени по сравнению с аналогичной операцией, выполненной «открытым» доступом, и методом резекции части печени, несущей кисты.
5. Метод эндоскопической криохирургии в лечении кист печени является экономически оправданным. Затраты на лечение больного с кистами печени с применением малоинвазивных технологий в 2 раза меньше, чем при иссечении кист и криодеструкции открытым доступом и в 2.5 раза меньше, чем при выполнении резекции печени.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Видеоэндоскопическое иссечение кист печени с дополнительной криодеструкцией остаточного эпителия является операцией выбора в

лечении солитарных и множественных кист печени, при наличии поликистоза выбор метода оперативного лечения должен проводиться в пользу резекции пораженной доли с иссечением больших кист.

2. При неосложненном характере кист не требуется интенсивной предоперационной подготовки. Однако необходимо полное и всестороннее обследование больного для выяснения функции печени, топики и объема поражения.
3. Оперативное лечение больших по размеру кист печени необходимо производить как можно раньше, не дожидаясь развития осложненного варианта развития болезни.
4. Видеоэндоскопическая криодеструкция может быть выполнена через любой доступ, находящийся на кратчайшем расстоянии до очага поражения.
5. Представляется перспективным более широкое внедрение криохирургической аппаратуры в хирургические стационары общего профиля, особенно в регионах, эндемичных по описторхозу.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Чиган А. В. Хирургическое лечение кист печени / А. В. Чиган, В. В. Сураев // Сб. статей по материалам 60-й юбилейной студенческой научной конференции им. Н. И. Пирогова / Сибирский гос. мед. ун-т. – Томск, 2001. – С. 181-182.
2. Чиган А. В. Лапароскопическая криодеструкция кист печени / А. В. Чиган, И. И. Константиныди // Науки о человеке : сб. тезисов по материалам 5-го Международного конгресса Молодых Ученых «Науки о человеке / Сибирский гос. мед. ун-т. – Томск, 2004. – С. 195.
3. Константиныди И. И. / Метод бесконтактной коагуляции при различных видах оперативного вмешательства / И. И. Константиныди, А. В. Чиган // Науки о человеке : сб. тезисов по материалам 5-го

- Международного конгресса Молодых Ученых «Науки о человеке / Сибирский гос. мед. ун-т. – Томск, 2004. – С. 162-163.
4. Мерзликин Н. В. Новые технологии в эндохирургии / Н. В. Мерзликин, И. И. Контстантиниди, В. Н. Сало, А. В. Чиган // Хирургическая инфекция и миниинвазивная хирургия : сб. научных работ региональной конференции хирургов, посвященный 50-летию Алтайского государственного медицинского университета / Алтайский гос. мед. ун-т. – Барнаул, 2004. – С. 234-235
5. Альперович Б. И. Применение низких температур в лечении кист печени / Б. И. Альперович, Н. В. Мерзликин, В. Н. Сало, А. В. Чиган // Анналы хирургической гепатологии. – 2004. – Т. 9. – №2. – С. 70.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АЛАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ – аспаратаминотрансфераза

ЕТС – единая тарифная сетка

ЖКБ – желчнокаменная болезнь

КТ – компьютерная томография

МКЛПМУ – муниципальное клиническое лечебно-профилактическое медицинское учреждение

ОАК – общий анализ крови

ПТИ – протромбиновый индекс

СибГМУ – Сибирский государственный медицинский университет

ТВМедИИ – Томский военно-медицинский институт

УЗИ – ультразвуковое исследование

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

ЭКГ - электрокардиография