



Тургунбоев Ахрорбек Абдувахобжон угли, Ботиров Акрамжон Кодиралиевич, Отакузиев Ахмадилло Зокирович, Бозоров Нуриддин Эргашевич, Ботиров Жахонгир Акрамжон угли
Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Андижан

ЖИГАРНИНГ ГИДАТИД ЭХИНОКОККОЗИ ВА УНИНГ АСОРАТЛАРИГА ҚАРШИ ҲАРАКАТЛАР АЛГОРИТМИ

Тургунбоев Ахрорбек Абдувахобжон ўгли, Ботиров Акрамжон Қодиралиевич, Отақўзиев Ахмадилло Зокирович, Бозоров Нуриддин Эргашевич, Ботиров Жахонгир Акрамжон ўгли
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Андижон ш.

ALGORITHM OF ACTIONS FOR HYDATID ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER AND ITS COMPLICATIONS

Turgunboev Akhrorbek Abduvakhobjon ugli, Botirov Akramjon Kodiralievich, Otakuziev Akhmadillo Zokirovich, Bozorov Nuriddin Ergashevich, Botirov Jahongir Akramjon ugli
Andijan State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Andijan

e-mail: info@adti.uz

Резюме. Бугунги кунга қадар бутун дунёда, хусусан, Ўзбекистонда қорин бўйлиги аъзоларининг эхинококкози жарроҳлик йўли билан даволаш бўйича катта тажриба тўпланган, бу касаллик эндемик бўлган ҳудудлар мавжудлиги билан минтақавий патология ҳисобланади. Эхинококкоз муаммосининг долзарблиги дунёнинг кўплаб мамлакатларида касалланишнинг барқарор ўсиши билан боғлиқ. Маҳаллий ва хорижий адабиётларда жигар эхинококкози (ЖЭ) муаммосининг кенг ёритилишига қарамай, унинг кўпгина жиҳатлари ҳалигача ҳал қилинмаган ва ушбу касалликни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган тадқиқотлар бугунги кунгача давом этмоқда. Муаллифлар тадқиқот жараёнида ҳаракатларни даволаш ва диагностика алгоритмини ишлаб чиқдилар, операциядан олдинги тайёргарлик дастурига ва беморларни операциядан кейинги даволашга тўзатишлар киритдилар, шунингдек қолдиқ бўйлиқни (ҚБ) сколецидга қарши даволашнинг янада самарали усулини тақлиф қилдилар, бу гидатид ЖЭни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаган.

Калим сўзлар: жигарнинг гидатид эхинококкози, фиброз капсула, жигар резекцияси, пункцион йўл билан даволаш, лапароскопик эхинококкэктомия.

Abstract. To date, throughout the world and in particular in Uzbekistan, considerable experience has been accumulated in the surgical treatment of echinococcosis of the abdominal organs, which is a regional pathology with the presence of regions where the disease is endemic. The relevance of the problem of echinococcosis is associated with the steady increase in incidence in many countries of the world. Despite the widespread coverage of the problem of liver echinococcosis (LE) in both domestic and foreign literature, many of its aspects are still far from being resolved and research continues to this day aimed at improving the results of surgical treatment of this disease. The authors, in the process of the study, developed a treatment and diagnostic algorithm of actions, made adjustments to the preoperative preparation program and postoperative management of patients, and also proposed a more effective method of anti-scolecidal treatment of the residual cavity (RC), which improved the results of surgical treatment of hydatid LE.

Key words hydatid echinococcosis of the liver, fibrous capsule, liver resection, puncture treatment, laparoscopic echinococcectomy.

Актуальность проблемы. К настоящему времени во всем мире и в частности, в Узбекистане, накоплен значительный опыт в хирургическом лечении эхинококкоза органов брюшной полости, который является краевой патологией с наличием регионов, где болезнь носит эндемический характер [1, 2, 3, 6]. Актуальность проблемы эхинококкоза связано с неуклонным ростом заболеваемости эхинококкозом во многих странах мира. В связи с чем, современных хирургов

волнует большого числа послеоперационных осложнений, длительной нетрудоспособности больных и их инвалидизации [4, 5, 8, 9].

Целью исследования является улучшение результатов лечения гидатидозного эхинококкоза печени (ЭП) путем разработки лечебно-диагностического алгоритма, а также дифференцированного подхода при развитии осложнений.

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования положены результаты обследования и лечения 217 больных с ЭП и его осложнений в 3 хирургическом отделении Клиники Анд-ГосМИ детально занимающимся проблемой лечения и реабилитацией больных эхинококковой болезнью, которые условно разделены на 2 группы:

-группа сравнения - 124 (57,2%) пациента гидатидозным ЭП, за период с 2016 по 2019 гг. (до применения разработанных методов).

-основная группа - 93 (42,8%) пациента гидатидозным ЭП, за период с 2020 по 2023 годы (перспективная часть исследования).

Основной критерий включения в исследование - возраст старше 18 лет, больные с первичным ЭП, повторное хирургическое вмешательство по поводу возникших осложнений после эхинококкэтомии (ЭЭ) печени и наличие письменного согласия больного.

Критерии не включения - рецидивный ЭП, диссеминированный эхинококкоз органов брюшной полости, грубые психические расстройства, препятствующие включению в исследование; наличие сопутствующей терапевтической патологии в стадии декомпенсации.

Все больные были распределены возрасту согласно Международной возрастной классификации ВОЗ (2021г). Возрастной ценз составил от 19 по 78 лет, с соотношением женщин к мужчинам 2:1.

В комплексе диагностических методов исследования применялись: ультразвуковое, рентгенологическое и КТ-исследования, а также иммунологические исследования, которые позволяли диагностировать ЭП, установить локализацию, выяснить количество, размеры кист и выбрать рациональную тактику хирургического лечения.

Включение полученных данных об исходном состоянии фиброзной капсулы (ФК) (кальциноз ЭК, нагноение ЭК, гигантская ЭК, множественные интрапаренхиматозные ЭК), иммунного статуса больных ЭП в факторе риска, повысило достоверность системы индивидуального прогнозирования вероятности развития послеоперационных осложнений (ПО). В свою очередь, достоверное прогнозирование способствует правильно проводить послеоперационное лечение каждому больному в отдельности.

С целью рационального использования существующих методов на основе анализа их информативности разработан алгоритм диагностики. Установлено, что сочетание 3 или 2 высокоинформативных диагностических тестов более целесообразно и экономичнее, чем последовательное использование диагностических методов по нарастающей сложности.

Статистическую значимость данных, собранных в результате исследования, изучали с помощью Epi Info, R commander и офисного пакета Microsoft Excel 2021.

Результаты и их обсуждение. Проведенный нами анализ свидетельствует, что солитарный ЭП менее 5 см лишь в редких случаях являются показанием к ЭЭ. Учитывая большую вероятность развития осложнений, по абсолютным показаниям оперировались все больные с кистами диаметром более 5-10 см. В то же

время, кисты диаметром до 5 см при их локализации вдали от крупных сосудов, желчных ходов могут быть оперированы по условно-абсолютным показаниям, а также при диагностировании множественных кист с ее ростом при наблюдении в динамике. Следовательно, ЭП более диаметром 5 см и множественные кисты являются абсолютным показанием к операции, но время, объем и его характер выбираются индивидуально с учетом возраста и состояния больного, а также наличия и характера осложнений эхинококкоза.

Выявленные упущения и ошибки в группе сравнения, вызвало необходимость, пересмотра хирургической тактики как в плане предоперационной подготовки и послеоперационном ведении больных, так и в плане выбора оптимального доступа, объема операции, а также в обработке и ликвидации ОП во время операции.

У больных основной группы в период предоперационной подготовки, наряду с общепринятыми мероприятиями, проводилась терапия для улучшения функции печени, в т.ч. в сочетании с гепатопротекторами, антиоксидантами и дезинтоксикационной терапией: Эссенциале форте по 300 мг, Гепамерц 10 гр. на 400 мл инфузионного раствора, аскорбиновая кислота 5%-6,0, Рибоксин 2%-10,0 внутривенно. Также проводилась химиотерапия альбендазолом, метронидазолом и фуразолидоном. Профилактическая ХТ проводилась во всех случаях гидатидозного эхинококкового поражения печени. При проведении химиотерапии (ХТ) суточная доза препарата (таблетки альбендазола различных фирм производителей) определялась из расчета 9-12 мг/кг/сутки.

Прием препарата «Альбендазол» по разработанной в клинике схеме осуществлялся в зависимости от размеров и количества кист. При множественных ЭК альбендазол назначали 2 приема по 10-12 мг/кг веса в сутки с обязательным совместным приемом растительного масла. Для пациентов с массой тела от 50 до 90 кг разовую дозировку сводили к 300 - 400 мг на прием, утром и вечером сразу после еды в течение 28 дней до госпитализации. Рекомендовалось обогащать продукты питания растительным маслом. Каждые 10 дней лечения больные должны были проводить общий анализ крови, а в конце курса лечения дополнительно к общему анализу проводился анализ крови на количество тромбоцитов, АлТ, билирубин, протромбиновый индекс.

В программу предоперационной подготовки включалось антибиотикопрофилактика - (левофлоксацин – 500-750мг в/в, в сочетании с цефтриаксоном 1-2г в/в или же метронидазол – 500мг в/в, в сочетании с цефтриаксоном – 1-2г в/в. С целью иммуностимуляции применяли - иммуномодулин 1,0 внутримышечно или иммунал по 1 таблетке 4 раза в день. Данные общего анализа крови и биохимические показатели, в раннем послеоперационном периоде оставались в пределах близкими к норме.

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения при ЭП и их анализ привел нас к разработке действий в плане диагностики и выбора способа операции, которые способствовали оптимизации хирургической тактики.

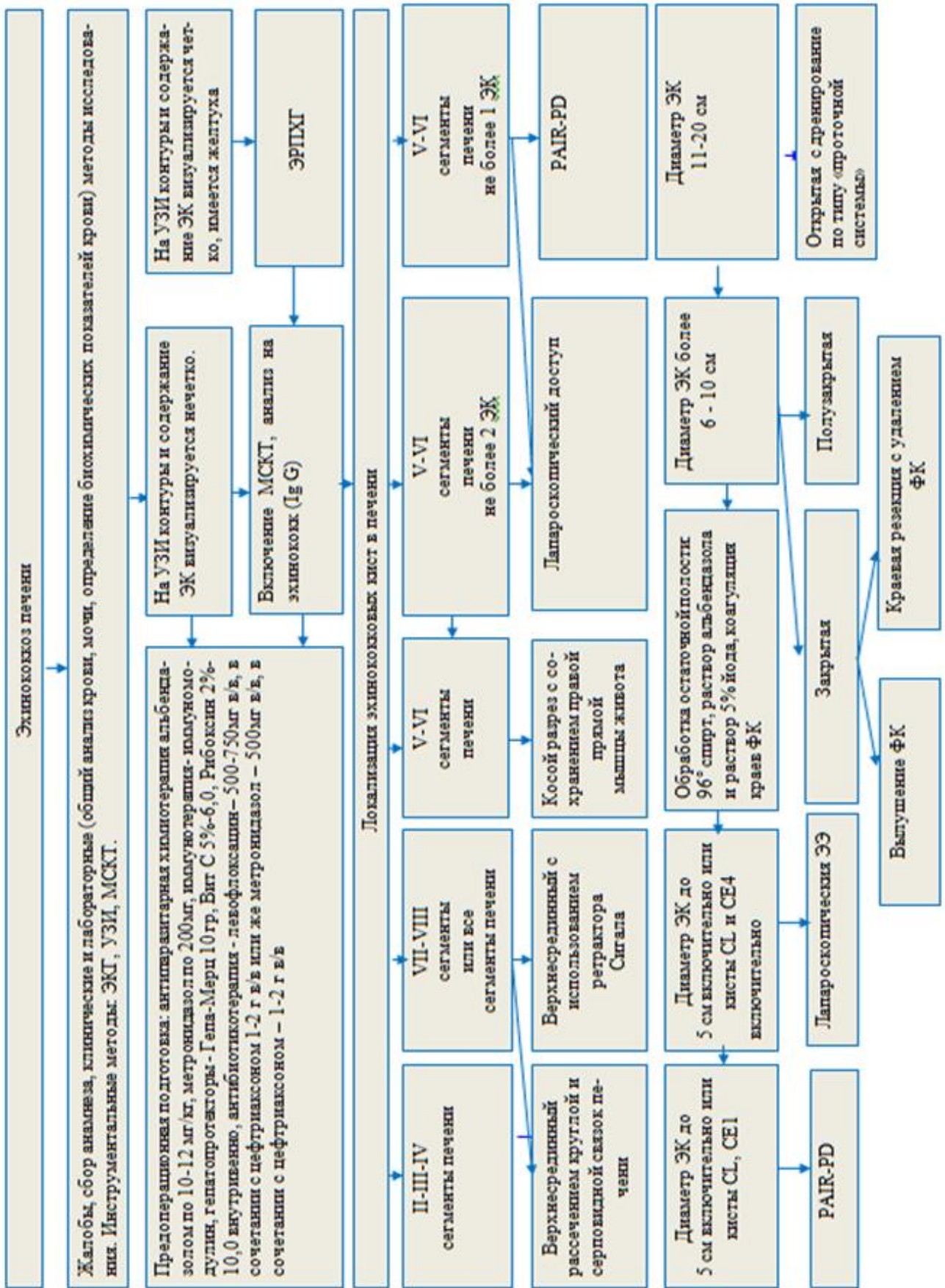


Рис. 1. Лечебно-диагностический алгоритм при эхинококкозе печени

Таблица 1. Распределение больных в зависимости от использованных методов

Вид вмешательства	Основная группа (n=93)	
	абс	%
Традиционная ЭЭ	54	58,1
Лапароскопическая ЭЭ	24	25,8
PAIR-PD	15	16,1
Всего	93	100

Нами разработан и внедрен алгоритм хирургической тактики при ЭП, позволяющий оптимизировать выбор способа оперативного вмешательства. Согласно предлагаемому алгоритму при поступлении, всем больным проводили определение жалоб, анамнез заболевания и жизни. Параллельно проводили исследование общего анализа крови и мочи, биохимических анализов, рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, УЗИ, МСКТ или МРТ.

По показаниям, использовали анализы крови на антитела к эхинококку (на выявлении антител (IgG). В некоторых случаях при проведении УЗИ некоторые параметры ЭК (размеры, диаметр, количество, наличие дочерних пузырей) четко не визуализируются или же определяется полость с нечеткими контурами. У этих больных следующим этапом для уточненной диагностики проводится МСКТ. Включение компьютерной томографии (КТ) в обследование пациентов считаем основным в диагностике ЭП, особенно при обследовании пациентов на дооперационном, что определяет выбор типа и объема оперативного вмешательства. При проведении ультразвукового исследования (УЗИ), КТ определение эхинококковых кист (ЭК) малых размеров - менее 5 см считаем показанием для проведения лечебной химиотерапии (ХТ), наличие ЭК 5 – 6 см и более является прямым показанием к госпитализации в хирургическое отделение, где следующим этапом определяются показания к операции и к проведению предоперационной подготовки.

Наличие множественных ЭК до 5 см показания к операции ставятся индивидуально в зависимости от имеющихся осложнений и количества ЭК. Во всех случаях в предоперационную подготовку включали антипаразитарную химиотерапию в зависимости от диаметра и количества ЭК, иммунотерапию, гепатопротекторы.

Важным в этот период является проведение мероприятий, позволяющих снизить внутрикистозное давление: антипаразитарная химиотерапия альбендазолом, проведение антибактериальной терапии (левофлоксацин – 500-750 мг в/в, в сочетании с цефтриаксоном 1-2 г в/в или же метронидазол – 500 мг в/в, в сочетании с цефтриаксоном – 1-2 г в/в).

Наряду с широким внедрением методик ЭЭ (в связи появлением специального инструментария), а также появлением современных аппаратов УЗИ, КТ, МСКТ вопросы хирургической тактики стали пересматриваться и уточняться. Полученные данные позволяли оптимизировать доступ и выбор способа ЭЭ.

При больших кистах и при трудной локализации (VII-VIII) ЭК, при осложненных (кальцинозе, желчных свищах, при разрыве ЭК), с наличием дочерних внучатых пузырей (кисты CE2, CE3, CE5) предпочтительным считаются традиционные лапаротомные доступы.

При локализации ЭК в VII-VIII, II-III-IV сегментах выполняли верхнесрединный разрез с рассечением круглой и серповидной связок. При поражении обеих долей - верхнесрединный разрез, но с использованием ретрактора Сигала. При поражении V-VI сегментов - правосторонний разрез косой разрез. Косой подреберный доступ - при локализации кист в V-VI сегментах. При кистах диаметром 5-6 см и при солитарных кистах во II-VI сегментах - предпочтительны лапароскопические доступы.

Пункционные доступы – предпочтительны при диаметре кист не более 5 см (кисты CL, CE1). Целесообразным считаем включение интраоперационной УЗИ при проведении операции и независимо от примененного способа.

При кистах диаметром 5-7 см выполняли закрытую ЭЭ и тампонирование ОП круглой связкой печени (КСП); при больших - наружное дренирование. При диаметре ЭК от 6 до 20 см - открытую ЭЭ с дренированием. При диаметре ЭК 6-10 см наряду с открытой выполняли полузакрытую ЭЭ с тампонадой ОП по Аскерханову с дренированием или тампонадой КСП; при локализации в II-III-IV-V сегментах - дополнительное дренирование. При диаметре ЭК 5-10 см выполняли закрытую ЭЭ и инвагинацией ФК с вворачиванием краев внутрь и капитонаж. При краевом расположении ЭК - выполняли ИЭЭ; краевую резекцию и гемигепатэктомия - при поражении всей доли печени.

Мы разработали способ комбинированной антисколещидной обработки ОП после ЭЭ. Способ осуществляют следующим образом. Производят лапаротомию, пункция кисты, аспирация содержимого, рассечения электрокоагулятором фиброзной капсулы, удаление хитиновой оболочки. Обработка внутренней поверхности фиброзной капсулы производится последовательно 10%-ным раствором натрия хлорида с экспозицией 2 мин, фурацилином, подогретым до температуры 70⁰ С 2 мин, 70⁰-ным спиртом 2 мин, и 5%-ной йодной настойкой с экспозицией 2 минуты и в конце, электрокоагуляция внутренней поверхности и краев фиброзной капсулы 2 мин. В полость помещают и фиксируют дренажную трубку для контроля.

В послеоперационном периоде продолжали химиотерапию, в сочетании с гепатопротекторами, иммунологической коррекцией. ОП подлежала санации через дренажные трубки растворами фурацилина, 20% гипертоническим раствором, диоксидина (1%), раствором декасана в течении 7-10 минут.

При скоплении жидкости в ОП и абсцессе проводили чрескожное пункционное дренирование (PAIR-PD) под контролем УЗИ.

В случаях неэффективности дренирования на фоне продолжающегося кровотечения и желчеистечения выполняли лапароскопию.

Технические аспекты эхинококкэктомии из печени. Исследование результатов лечения в группе

сравнения и придерживаясь предложенного алгоритма действий, мы к разработали дифференцированную хирургическую тактику выбора способа вмешательства в основной группе. Основную группу, составили 93 (42,8%) пациента, подлежащим хирургическому лечению с 2020 по 2023 годы. В эту группу вошли пациенты после внедрения разработанных методов (оптимизированная хирургическая тактика, ультразвуковой мониторинг за состоянием ОП, внедрение малоинвазивных методов и коррекции осложнений после ЭЭ) (табл. 1).

Как видно из таблицы, традиционная ЭЭ выполнена у 54 (58,1%) группы сравнения. Лапароскопическая ЭЭ выполнена - у 24 (25,8%), пункционный (PAIR-PD) - у 15 (16,1%) больных. При выполнении лапароскопической ЭЭ строго соблюдались принципы апаразитарности и антипаразитарности.

Всем больным обязательно проводилась десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами (супрастин, димедрол и др.). Для выбора операционного доступа нами учитывалась, прежде всего, локализация ЭК. Также, на наличие осложнений (нагноение, кальциноз и обызствление, желчный свищ, разрыв ЭК), а также общее состояние больного и ранее перенесенные операции, если таковые имели место. При этом закрытая, полужакрытая, а также большой процент открытых ЭЭ с ликвидацией ОП нами в основном использована в традиционных вариантах. При одиночном и множественном ОП определялась сегментарность поражения, а также учитывали такие анатомические особенности больного, в частности, наличие у него острого или тупого эпигастрального угла.

Традиционная ЭЭ печени выполнена у 54 (58,1%) больных. Из них верхнесрединный разрез использован нами у 37 (39,7%) больных. При поражении правой доли у 22 (23,6%), левой доли у 11 (11,8%) больных. При сочетанном обеих долей печени верхнесрединный доступ применен 4 (4,3%) больных. При этом в большинстве случаев было поражение одной кистой 19 (20,4%), двумя и более кистами расцененные как множественное поражение печени в 18 (19,3%) случаях. Верхнесрединный доступ, применяли при поражении левой доли печени, либо обеих долей органа и при диссеминации ЭК в органы брюшной полости. Косой правоподреберный доступ применен 17 (18,2%) больным; в 5 (5,4%) случаях одной кистой, в 5 (5,4%) двумя кистами, в 7 (7,6%) тремя и более кистами. Данный доступ чаще применялся множественном эхинококкозе правой доли печени или же при поражении обеих долей печени. При необходимости разрез продлевали по белой линии до мечевидного отростка грудины по Федорову.

Лапароскопический доступ был применен у 24 (25,8%) больных. При поражении правой доли у 16 (17,2%) больных, левой доли у 5 (5,4%), в 3 (3,2%) поражение обеих долей печени. При этом поражение одной кистой было отмечено у 10 (10,7%), двумя и более кистами расцененные как множественное поражение печени в 14 (15,0%) случаях.

Чрескожный чреспеченочный доступ (PAIR-PD) для выполнения ЭЭ была применена у 15 (16,1%) больных, при поражении 14 (15,0%) случаях одной кистой, в 1 (1,1%) - одной кистой. В этой группе, также отмечено весомое превалирование эхинококкового

поражения VIII, сочетаниях VII-VIII и V- VI-VII, VI-VII-VIII сегментов правой доли печени.

После лапаротомии, органы брюшной полости отграничивали от ЭК марлевых тампонов, смоченными 0,5% спиртовым раствором альбендазола. В 25 (26,8%) случаях отделение кисты производили после цистотомии. При пункции ЭК конец толстой иглы присоединяли к вакуум-отсосу. Для обработки ОП в разные время применяли 96° спиртовый раствор, 0 альбендазола и раствор 5% раствор йода. После эвакуации содержимого ЭК у 89 (24,8%) больных установлено наличие желчного свища.

После ЭЭ, приступали к ликвидации ОП. Выполнены различные варианты закрытых ЭЭ (капитонаж, инвагинация ФК, вылушивание ФК, ИЭЭ, перистиктэтомия, комбинированная ЭЭ), экономные резекции печени (гемигепатэтомия, сегментэтомия, вылушивание ФК) 13,9% и малоинвазивные вмешательства - 25,8% и 16,1%. При этом предпочтение отдавалось органосберегающим операциям. В основной группе закрытая ЭЭ произведена у 13 (13,9%) больных, полужакрытая - у 13 (13,9%), открытая ЭЭ с дренированием ОП - у 15 (16,1%) и комбинированные методы - у 13 (13,9%).

Закрытая ЭЭ выполнена 13 (13,9%) больным. Из них капитонаж произведен у 1 (1,1%), ЭЭ с инвагинацией в ОП краев и свободных участков фиброзной капсулы вворачивающимися швами выполнена - у 3 (3,2%) больных. Частичная перистиктэтомия выполнена у 2 (2,1%) больных; при поражении нескольких сегментов печени гемигепатэтомия - у 2 (2,1%); при краевом расположении ЭК вылушивание ФК - у 5 (5,4%). Диаметр ЭК в 5,4% случаев достигал 5 см, в 7,6% - 6-10 см и в 1,1% от 11 - до 20 см. Закрытую ЭЭ путем инвагинации в ОП краев применяли при ЭК с мягкими податливыми стенками фиброзной капсулы, при локализации кист у ворот печени и в проекции крупных сосудисто-желчных протоков. Для предупреждения осложнений со стороны ОП проводили максимальное иссечение выступающего купола фиброзной капсулы. Иногда наблюдали интимное сращение фиброзной капсулы с соседними органами, и возникала угроза тяжелых осложнений. Причем в некоторых случаях кисты, расположенные в области ворот печени (IV-V сегменты печени) и спаянные с желчным пузырем, удалялись единым блоком: вместе с желчным пузырем в «идеальном» варианте без вскрытия фиброзной капсулы.

После закрытых ЭЭ, осложнений ОП (нагноение, желчный свищ, остаточная полость), а также случаев рецидивов не отмечалось. Полужакрытая ЭЭ выполнена 13 (13,9%) больным. Из них подворачивание краев ФК с дренированием одним дренажем произведен 6 (6,4%) больным, двумя дренажами и тампонада ОП круглой связкой печени (КСП) - 4 (4,3%) больным, а также тампонада большим сальником - 2 (2,1%). Диаметр кист в 11,8% случаев составило 6-10 см и в 2,1% случаев - 11-20 см. Выполнение закрытой ЭЭ у этих больных может способствовать развитию инфицирования ОП.

Открытая ЭЭ выполнялась при больших и гигантских ЭК, часто с их нагноением, а также при значительных размерах в ОП с бухтообразными выпячиваниями и глубиной ее расположения, содержащей

желчные свищи. Открытая ЭЭ при выполнении 15 (16,1%) больным. Из них дренирование ОП одной дренажной трубкой составили у 2 (2,1%), дренирование двумя дренажной трубкой лишь 13 (13,9%) больных. Диаметр кисты составил 7 в 10,7% 6-10 см, в 5,4% случаях 11 - 20 см.

Комбинированная ЭЭ применялась при множественном поражении печени, которое выполнено у 13 (13,9%) больных. Диаметр кисты 2,1% случаев составил 5 см, в 9,7% 6-10 см, в 2,1% случаях 11 - 20 см. При этом комбинированные ЭЭ сочетались закрытыми у 6 (6,4%) и ИЭЭ у 7 (7,6%) больных. Нагноение кисты было у 21 больных, связь полости фиброзной капсулы с внутрипеченочными протоками у 3 пациентов.

Дренирование остаточной полости. Рациональное дренирование ОП является важным этапом ЭЭ. Для активной проточной санации ОП мы используем дренирование по типу «проточной системы» и сквозное дренирование сообщающихся кист. Способ применен у 5 (5,4%) больных и оценен как самый надежный метод дренирования ОП.

Дренирование ОП по типу «проточной системы» выполнено у 42 больных; фиксацию дренажа по принципу «складки» – 15 (16,1%). Сквозное дренирование ОП применялось при внутрипеченочном расположении двух близко расположенных ЭК, при невозможности ликвидации ОП ушиванием. Показаниями к дренированию ОП по принципу «проточной системы» явились: обширные сращения в зоне операции; высокая вероятность повторных сращений в послеоперационном периоде; абсцедирование и гнойные осложнения кисты; множественные ЭК печени различной локализации и больших размеров.

Перицистэктомия, нами выполнена у 15,9% больных. Послеоперационное лечение больных в стационаре составило $13,6 \pm 0,8$ койко-дней. Средняя продолжительность операции была $76,7 \pm 3,4$ минуты. Продолжительность пребывания в стационаре $8,4 \pm 1,6$ дня после операций. Летальность среди этих больных составила 1,2%. У 8 (14,3%) пациентов наблюдали осложнения (подтекание желчи по дренажу из ОП и ее нагноение). При наблюдении в сроки до 3 лет рецидив эхинококкоза диагностирован у 5,3% больных. Течение послеоперационного периода при ЭП, особенно поддиафрагмальной локализации чаще осложняются нагноением ОП и формированием абсцессов печени и поддиафрагмального пространства, что нередко требует проведения повторных оперативных вмешательств. Оптимальное дренирование брюшной полости является залогом успеха в лечении этой категории больных. При поддиафрагмальных расположениях кист, производилось дренирование правого поддиафрагмального пространства по Мельникову (11 пациентам).

Современные возможности применения малоинвазивных технологий. Клинические наблюдения за больными с гидатидозным ЭП, которым выполняли традиционные операции, показали, что более чем в половине случаев топографо-анатомические особенности кист позволяли выполнение минимальный объем манипуляций.

Противопоказания к видеолaparоскопическим вмешательствам выделяли общие и местные. Общими противопоказаниями были заболевания и осложнения, при которых невозможно проведение любых эндохи-

рургических вмешательств. Местные: множественный и сочетанный ЭП; интраорганные кисты; мелкие кисты (менее 50 мм); рецидив ЭП и кисты с признаками экзогенной пролиферации.

Пункционное лечение паразитарных кист использовалось при их интрапаренхиматозном расположении преимущественно в I, VII, VIII сегментах, диаметре до 5 см и при рецидивном ЭП. Противопоказаниями для чрескожных методов являлись: многокамерные ЭК III типа, ЭК IV типа, кисты V типа с частичным или полным обызвествлением фиброзной капсулы, а также ЭК, осложненные прорывом в желчные протоки, брюшную или плевральную полость.

ЭЭ с применением различных устройств позволила у 24 (25,8%) пациентов выполнить оперативное вмешательство видеолaparоскопическим способом и у 15 (16,1%) PAIR-PD. При выполнении данного вида оперативных вмешательств, строго соблюдали показания и противопоказания к их выполнению. В основной группе, лапароскопических ЭЭ было выполнено 24 (25,8%) у пациентов с неосложненными однокамерными кистами размерами у 4 (3,2%) больных Методика (PAIR-PD) в основном выполнена при диаметре ЭК 5 см - у 15 (16,1%) больных.

Нами лапароскопическая ЭЭ выполнялось при наличии от 2 до 3 кист печени с диаметром 5-7 см, в некоторых случаях 11 см. Показаниями к лапароскопической ЭЭ из печени считаем: кисты типов CL, CE1-CE4 с локализацией во 3-6-м сегментах печени; частичное поверхностное расположение кисты; размер кисты не менее 5 см; кисты 1-го, 7-го и 8-го сегментов; интрапаренхиматозные кисты любого размера и типов CE2-CE3.

Для полного удаления хитиновой оболочки с его элементами заменяли дренаж на более толстый. При применении чрескожной ЭЭ, мы в полость кисты вводили «Трипсин», дренаж перекрывали на 2 часа. Ранее, на отмытие хитиновой оболочки уходило от 2 до 4 суток, а после его применения, эти сроки сократились до 1-2 суток. Кровотечения возникшее у 2 (2,1%) больных вовремя чрескожных операций потребовало лапароскопии, также при возникновении нагноения ОП у 1 (2,1%). В ближайшем после операционном периоде при возникновении нагноения ОП у 3 (3,2%) применена PAIR-PD.

С целью декомпрессии внепеченочного желчного протока, а также рациональности тактики двухэтапного лечения больных ЭП, осложненной механической желтухой, у 3 (3,2%) пациентов на первом подготовительном этапе выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, санация желчного дерева и эндоскопическое назобилиарное дренирование.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была произведена 3 больным. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали. В комплексе с другими лекарственными препаратами применяли актовегин и реосорбилакт. При наличии цистобилиарных свищей мы применяли супер селективный спазмолитик сфинктера Одди в дозировке 200мг 3 раза в день за 30 минут до приема пищи. При этом, средне-суточный объем желчи по дренажу составлял 60 мл в течение суток, то после - уменьшался до 20 – 30 мл. В результате, срок закрытия свищей сократился с 14 до 7 суток.

В процессе исследования, придерживаясь предложенного алгоритма действий у пациентов с гидатидозным ЭП частота отличных и хороших результатов достигнута в 82,8% случаев, частота нагноения ОП уменьшилось с 5,6% до 1,1%, число рецидивов в отдаленные сроки не наблюдались (с 4,8% до 0%).

Выводы. Таким образом, к настоящему времени во всем мире и в частности, в Узбекистане, накоплен значительный опыт в хирургическом лечении эхинококкоза органов брюшной полости, который является краевой патологией с наличием регионов, где болезнь носит эндемический характер. Несмотря на широкое освещение проблемы ЭП, многие ее аспекты по-прежнему далеки от своего разрешения. В процессе исследования разработанный лечебно-диагностический алгоритм действий, внесенные коррективы в программу предоперационной подготовки и в послеоперационное ведение больных, а также предложенный более эффективный способ антисколецидной обработки ОП позволило улучшить результаты хирургического лечения гидатидозного ЭП.

Литература:

1. Аззамов Ж.А. Современные взгляды на патологию эхинококкоза печени (обзор литературы) //Вопросы науки и образования. – 2018. – № 11(23). – С. 93–95.
2. Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т., Ещанов А.Т., Дурманов Б.Д. Эпидемиологические аспекты эхинококкоза //Медицинский журнал Узбекистана. – 1997. – № 3. – С. 59–62.
3. Мусаев Г.Х., Левкин В.В., Шарипов Р.Х. Современные тенденции в хирургическом лечении эхинококкоза печени //Сеченовский вестник. 2018; 4 (34): 78–84.
4. Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Акбаров М.М, Махмудов У.М., Бабаджанов А.Х. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии. -2011. - Т. 16, № 4. - С. 19-24.
5. Нишанов Ф.Н. др. Малоинвазивные методы хирургической коррекции осложненной остаточной полости после эхинококкэктомии печени //Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. -2013;3(8):66-9.

6. Хаджибаев А.М., Анваров Х.Э., Хашимов М.А. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложнённого прорывом в жёлчные пути. Вестник экстренной медицины. 2010; 4:15-8.

7. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза //М.: Династия, 2016. 288 с.

8. Brunetti E., Tamarozzi F., Macpherson C. Et al. Ultrasound and Cystic Echinococcosis. Ultrasound Int Open. 2018;4(3):70-78.

9. Tappeh K.H. Effect of different concentrations of hypertonic saline at different times on protoscoleces of hydatid cyst isolated from liver and lung. Turkish Society for Parasitology. 2011;3(35):148-50.

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ГИДАТИДОЗНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯХ

Тургунбоев А.А., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.,
Бозоров Н.Э., Ботиров Ж.А.

Резюме. К настоящему времени во всем мире и в частности, в Узбекистане, накоплен значительный опыт в хирургическом лечении эхинококкоза органов брюшной полости, который является краевой патологией с наличием регионов, где болезнь носит эндемический характер. Актуальность проблемы эхинококкоза связана с неуклонным ростом заболеваемости во многих странах мира. Несмотря на широкое освещение проблемы эхинококкоза печени (ЭП) как в отечественной, так и в зарубежной литературе, многие ее аспекты по-прежнему далеки от своего разрешения и по сей день продолжают исследования, направленные на улучшение результатов хирургического лечения данного страдания. Авторы, в процессе исследования разработали лечебно-диагностический алгоритм действий, внесли коррективы в программу предоперационной подготовки и в послеоперационное ведение больных, а также предложили более эффективный способ антисколецидной обработки остаточной полости (ОП), что позволило улучшить результаты хирургического лечения гидатидозного ЭП.

Ключевые слова: гидатидозный эхинококкоз печени, фиброзная капсула, резекция печени, пункционное лечение, лапароскопическая эхинококкэктомия.