

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени И. К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д 14.19.600

На правах рукописи
УДК 616.36-002.951.21-089

Нуржан уулу Уланбек

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАЦИОННО-ДИГЕСТИВНОЙ
ХИРУРГИИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ
ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ**

14.01.17 - хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2020

Работа выполнена на кафедре хирургии Южного филиала Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова.

Научный руководитель: **Осумбеков Байышбек Зияйдинович** - доктор медицинских наук, проректор по научной работе Ошского государственного университета Министерства образования и науки Кыргызской Республики

Официальные оппоненты: **Эраалиев Бейшенбек Ашимович** - доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением гнойной хирургии Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

Айтназаров Мыктыбек Сатыбалдиевич - доктор медицинских наук, и.о. доцента кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева

Ведущая организация: Андижанский государственный медицинский институт, кафедра факультетской и госпитальной хирургии (Республика Узбекистан, 710100, г. Андижан ул. Ю. Отабекова 1).

Защита диссертации состоится « 1 » декабря 2020 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.19.600 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале, код доступа в режиме он-лайн защиты в Zoomwebinar - идентификатор конференции: 588 773 7352, код доступа: 7F3fkg.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте: www.nsc.kg.

Автореферат разослан « 25 » октября 2020 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук,
старший научный сотрудник**

М. Б. Чапыев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Клиническая практика констатирует бесспорный рост заболеваемости эхинококкозом печени (ЭП), экспансии эндемического ареала паразита и возрастании случаев заражения в не эндемичных регионах [Р. А. Оморов и соавт., 2008]. Для нашей страны эхинококкоз является краевой патологией. Диагностика и госпитализация осуществляются в основном по обращаемости и в поздние сроки, что влияет на результаты оперативного лечения и обуславливают высокий процент осложнений [А. К. Акешов, 2012; А. Д. Джоробеков и соавт., 2000; А. И. Мусаев и соавт., 2004; Р. А. Оморов и соавт., 2008]. При лечении больных ЭП встречаются большие трудности, которые обусловлены прогрессированием заболевания, развитием осложнений и рецидивов [Б. А. Акматов, 1994; Г. Х. Мусаев и соавт., 2015]. Одним из важных причин развития инфекционно-воспалительных осложнений являются хирургические ошибки организационного и тактико-технического характера, а также осложненное течение заболевания [М. М. Мамакеев и соавт., 1998; Ф. Г. Назыров и соавт., 2007; Б. С. Ниязов и соавт., 2000]. Следует отметить, что на результативность хирургического лечения влияют осложнения, связанные после ЭП с наличием остаточной полости (ОП), частота возникновения которой составляет 17,9-28,5% [А. З. Вафин и соавт., 2015; К. М. Курбонов и соавт., 2015]. А между тем, существующие методы профилактики гнойно-септических осложнений ЭП, включая развитие ОП, малоэффективны, поэтому непосредственные, ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с ЭП неоднозначны [И. Г. Ахмедов и соавт., 2017]. Между тем, в настоящее время появились множество современных малоинвазивных методов операции при нагноении остаточной полости (НОП) на базе двух принципов хирургии: 1) Разгрузка гнойного очага; 2) Санация гнойного очага. К сожалению, оценка эффективности такой санационно-дигестивной хирургии (С-ДХ) до сих пор неоднозначна.

Таким образом, в плане системного улучшения результатов диагностики, лечения и профилактики у больных с осложненным ЭП важно проведение ревизии существующих, а также разработка на этой основе новых способов С-ДХ, а также диагноза, прогноза и профилактики развития гнойно-септических осложнений с изучением непосредственных, ближайших и отдаленных результатов их использования.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Тема инициативная.

Цель исследования. Улучшить результативность хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем совершенствования технологий

санационно-дигестивной хирургии, а также оптимизированных методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений.

Задачи исследования:

1. оценить эффективность открытой эхинококкэктомии (ЭЭ) печени со сквозным дренированием остаточной полости, у больных осложненным эхинококкозом печени в условиях применения способов ранней диагностики послеоперационных гнойно-септических осложнений, основанной на ультразвуковой гистографической денситометрии (УЗИ-ГДМ);

2. оценить результативность чрескожное пункционно-аспирационное дренирование (ЧКП-АД) у больных с нагноением остаточной полости после ЭЭ печени в условиях применения тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений;

3. на основании полученных данных обосновать и оптимизировать результативность хирургического лечения больных с эхинококкозом печени, у которых развились послеоперационные гнойно-септические осложнения.

Научная новизна полученных результатов:

1. впервые разработан рациональный способ динамического ультразвукового исследование (УЗИ) больных осложненным эхинококкозом печени в послеоперационном периоде в целях раннего выявления гнойно-септических осложнений и прогнозирования эффективности лечения ультразвуковой гистографической денситометрии;

2. усовершенствованы технологии тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных с эхинококкозом печени на основе использования метода ультразвуковой гистографической денситометрии;

3. выполнена оценка эффективности открытой эхинококкэктомии печени со сквозным дренированием остаточной полости (ОП) у больных осложненным эхинококкозом печени;

4. осуществлена оценка результативности чрескожной пункционно-аспирационной дренировании у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени с обоснованием показаний.

Практическая значимость полученных результатов:

1. применение разработанного алгоритма диагностики с помощью ультразвуковой гистографической денситометрии позволяет выявить специфические осложнения осложненного эхинококкоза печени в более ранние сроки с соответствующей лечебно-профилактической коррекцией;

2. применение ультразвуковой гистографической денситометрии, разработанные методы обработки, ликвидации и дренирования остаточных полостей позволяет улучшить результативность хирургического лечения

больных с осложненным эхинококкозом печени.

Разработанные методы прогнозирования и профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений при хирургическом лечении эхинококкоза печени внедрены в практическую работу хирургических отделений Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Экономическая значимость полученных результатов. Основывается на доказанной возможности получения медико-социальной эффективности при использовании усовершенствованных технологий санационно-дигестивной хирургии за счет сокращения сроков лечения, расходов медикаментов и операционно-перевязочных материалов при осложненном эхинококкозе печени.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. послеоперационные гнойно-септические осложнения при хирургическом лечении эхинококкоза печени являются следствием применения неадекватных методов дренирования остаточной полости после открытой эхинококкэктомии и раннего удаления либо непроизвольного выпадения дренажных трубок;

2. применение ультразвуковой гистографической денситометрии в качестве динамического и алгоритмизированного исследования больных с эхинококкозом печени после эхинококкэктомии позволяет повысить эффективность ранней диагностики и своевременной тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений;

3. ранее применение чрескожное пункционно-аспирационное дренирование при гнойно-очаговых скоплениях после эхинококкэктомии из печени, позволяет улучшить результаты комплексного хирургического лечения больных с эхинококкозом печени.

Личный вклад соискателя. Личное участие соискателя охватывает аналитическую проработку литературных источников, все разделы клинических и инструментальных исследований, их теоретическое и методологическое обобщение.

Апробация результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на научно-практической конференции ОшГУ (г. Ош, 2011); на международной научной конференции, посвященная 60-летию ОшГУ (г. Ош, 2011); на научно-практической конференции, посвященной 85-летию со дня рождения академика М. М. Миррахимова (г. Ош, 2012); на научно-практической конференции, посвященной 85-летию академика М. М. Мамакеева (г. Бишкек, 2012); на совместном заседании сотрудников кафедры хирургии ЮФ КГМИПиПК им. С. Б. Даниярова и ОМОКБ (г. Ош, 2019).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликованы 11 научных работ, утверждено 1 рационализаторское предложение №15/2017 от 28.12.2017 года выданный КГМА им. И. К. Ахунбаева.

Структура и объем работы. Диссертация изложена на 125 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 4-х глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложения. Работа иллюстрирована 25 таблицами и 11 рисунками. Библиографический указатель содержит 162 источников, в том числе 108 авторов на русском и 54 авторов - на английском языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, изложены цель и задачи исследования, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе «Современные аспекты хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений» приведены обобщенные систематизированные литературные данные по вопросам хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений, представлены результаты различных методов комплексного лечения и проведен анализ их эффективности. Эти сведения позволили обосновать актуальность проблемы и наметить пути реализации поставленной цели и задач исследования.

Во второй главе «Материалы и методы исследования» изложены клинические характеристики больных и методы исследования.

Объектом исследования являются хирургические больные с осложненным эхинококкозом печени.

Предметом исследования является улучшение результатов хирургического лечения, осложненного ЭП путем совершенствования технологий ранней его диагностики, малоинвазивного хирургического лечения и тактико-технической профилактики гнойно-септических осложнений.

Работа относится к категории контролируемых клинических испытаний. Материалом исследования служат проспективные и ретроспективные данные о результатах хирургического лечения 186 больных осложненным ЭП, оперированных в хирургических отделениях ОМОКБ за период 1998-2013 гг.

Возраст обследованных больных колебался в пределах 15-70 лет. Женщин было 101(54,4%), мужчин 85 (45,6%). Абсолютное большинство больных находилось в трудоспособном возрасте (21-50 лет). Около 2/3 больных составили лица молодого возраста (21-45 лет).

У более половины больных (56,6%) давность заболевания составил <1 года и лишь 5,3% больных, то есть в 10 раз меньше, давность заболевания составил >5 лет.

В третьей главе «Клинико-лабораторные и эхографические параллели при эхинококкозе печени» были изучены анализ клинико-лабораторных и

эхографических параллелей у больных осложненным ЭП. Причем, анализировалась, как суммарная семиотика, так и с выделением группы больных с ЭП с гнойной ОП.

Основными жалобами было наличие болевого синдрома, который отмечен у всех больных (100%). По сути, появление боли и явилось основной причиной для обращения пациентов за медицинской помощью с последующей госпитализацией.

Боли носили чаще всего приступообразный характер 89 (47,8%). Причем, с иррадиацией в лопатку 11 (5,9%) либо в правую руку 3 (1,6%). 82 (44,5%) больных отмечали постоянную, тупую боль в правом подреберий. Пальпаторно здесь отмечалась болезненность.

Зачастую больные отмечали сухость во рту 161 (86,5%), слабость 172 (92,4%). Желтуху в анамнезе отмечали 8 больных (4,3%). Рвота, слабость имело место практически у каждого второго больного, а тошнота и болезненность в правом подреберий практически у каждого из них.

У 23 (12,3%) больных диагностировано увеличение печени, а у 8 (4,3%) - в анамнезе болезни была установлена желтушность.

У 37(57,8%) пациентов были диагностированы различные сопутствующие заболевания. Причем у 17 (9,1%) из них обнаружены два, а у 11 (5,9%) – три и более сопутствующих заболеваний.

Из числа выявленных сопутствующих заболеваний наиболее часто имело место ЖКБ, хронический гепатит, КБС (4,5-6,9%). Удельный вес других заболеваний не превышали 0,6-3,2%.

186 больных выявлено всего 224 кист разного характера. Чаще (74,2 %) эхинококковые кисты располагались в правой доле печени (n-109), а в ней у более ½ части пациентов - в VII-VIII сегментах (58,6%). В обеих долях печени эхинококковая киста обнаруживалась в 9,2% случаев.

Первичный ЭП выявлен у 154 (82,7%) больных, причем солитарные кисты были выявлены у 104 пациентов. При рецидивах чаще выявлялись (n-18) множественные кисты, среди больных преобладали (56,3%) случаи, когда диаметр эхинококковых кист печени составлял до 10 см. Эхинококковые кисты размером >10 см наблюдались у 43,5%.

При исследовании живой паразит в кистах был обнаружен в 87 (46,7%) случаях, а мертвый - в 99 (53,2%) случаях, причем в разных стадиях изменений. У 29,5% больных отмечалось изолированное нагноение кисты печени.

Все больные с ЭП при поступлении отмечали боли и тяжесть в правом подреберий, а также в эпигастрии. Причем, боли носили различный характер и интенсивности, в зависимости от расположения кисты. Похудание отмечали 19,79% больных.

Таким образом, у всех больных выявлены признаки гнойной интоксикации

(общая слабость, головные боли, отсутствие аппетита, озноб, сухость во рту и др.) выраженность которых зависело от длительности течения процесса. То же самое и в отношении температурной кривой.

Проведенные функциональные тесты, как впрочем, гемограмма отражают лишь общую картину заболевания. Необходимо отметить, что выше перечисленные симптомы и изменения показателей лабораторных исследований крови не являются специфичными для эхинококкозов.

Такие же симптомы и изменения показателей крови встречаются при всех гнойных заболеваниях различной локализации, и поэтому установление правильного диагноза возможно лишь при анализе совокупности клинических, клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований.

В целях повышения информативности, точности диагностики диффузных поражений печени при осложненных эхинококковых кистах за счет уменьшения доли субъективизма с применением имеющейся на современных ультразвуковых аппаратах функции гистографической денситометрии или измерение плотности ткани печени с применением способа гистографии на определенном выделенном участке паренхимы печени нами использовалась УЗИ-ГДМ.

Для оценки состояние паренхимы печени вокруг эхинококковой кисты и здоровых непораженных тканей до операции и после операции нами использовалась УЗИ-ГДМ, больным с осложненным ЭП на ультразвуковых аппаратах, работающих в реальном масштабе времени и серой шкалой сканирования. Для этого проводится стандартное трансабдоминальное УЗИ печени с визуальной оценкой структуры паренхимы органа.

Клинический материал составил 90 больных из основной группы с осложненными эхинококковыми кистами печени, у которых использованы данные гистографической кривой.

Для решения поставленной задачи проводили оценку структуры паренхимы печени у здоровых лиц и больных с осложненными эхинококковыми кистами печени с применением способа гистографии на определенном выделенном участке.

Четвертая глава «Сравнительная эффективность открытой эхинококкэктомии со сквозным дренированием остаточной полости у больных с осложненным эхинококкозом печени». Больные с осложненным ЭП, у которых выполнена ЭЭ, в зависимости от способа дренирования ОП, были распределены на две клинические группы:

1) Основная - 90 больных с ЭП, у которых была использована открытая ЭЭ с применением сквозного дренирования ОП;

2) Контрольная - 96 больных ЭП, у которых также была применена открытая ЭЭ, однако лишь с наружным дренированием ОП.

Все больные оперированы по срочным показаниям. Для выбора операционного доступа нами, прежде всего, учитывалась локализация кисты в сегментах печени. Как правило, уже до операции старались с помощью УЗИ, МРТ, КТ определить локализацию кист в анатомических структурах печени. Установлено, что чаще 42 (44,21%) эхинококковые кисты располагались в правой доле печени, а в ней - в VII-VIII сегментах 26 (54.16%). В контрольной группе такое расположение кисты отмечались у 47(43,92%).

Придерживались рекомендации специалистов о том, что кисты I-IV сегментов печени лучше удалять из срединного лапаротомного доступа, а кисты V-VIII-сегментов - из доступов более близких правому подреберью. При эхинококковых кистах печени, не включая сочетанные поражения, в 87,3% случаев был использован трансабдоминальный доступ (табл. 1). Верхне-срединная лапаротомия была применена у большинства больных, в том числе в основной группе в 74,4% наблюдений, а в контрольной – в 54,1%. То есть такой доступ достоверно чаще использовалась у больных основной группы ($p < 0,001$).

Таблица 1 - Операционные доступы, использованные при эхинококкэктомии из печени (M±m)

Операционный доступ	Количество больных в группах (n-186)				p
	Основная (n-90)		Контрольная (n-96)		
	Абс	%	Абс	%	
Верхне-срединный	67	74,4±3,2	52	54,1±3,6	<0,001
По Федорову	19	21,1±2,9	32	33,3±3,4	<0,01
По Кохеру	2	2,2±1,0	7	7,3±1,9	<0,05
Параректальный	1	1,1±0,7	-	-	
Трансплевральный	1	1,1±0,7	5	5,2±1,6	<0,05

Доступ в виде лапаротомии по Федорову использована у 21,1% больных основной группы и у 33,3% - контрольной группы ($p < 0,01$). У больных основной группы более, чем в 2 раза чаще был использован доступ по Кохеру ($p < 0,01$). Трансплевральный доступ был использован у 5 больных контрольной группы, тогда как в основной группе лишь у 1 больного.

Следует отметить, что выбор и объем оперативных вмешательств зависел от количества кист в печени. Как говорилось выше у всех 186 пациентов были обнаружены 224 кист различной локализации. Причем, в основной группе - 117, в контрольной – 107 кист.

При ЭЭ были использованы закрытые и открытые методы. Из способов закрытой ЭЭ были использованы: «идеальная» ЭЭ (2 больных, 1,7%), резекция печени (1 пациент, 0,8%) и цистперицистэктомия (10 больных, 9%).

«Идеальная» ЭЭ выполнена 2 (1,7%) больным основной группы.

Атипичная резекция печени была применена лишь у одного больного (0,8%) основной группы с нагноившейся кистой печени.

Перицистэктомия – удаление эхинококковой кисты вместе с фиброзной оболочкой – произвели у 10 больных (9%) с ЭП.

Субтотальная перицистэктомия была выполнена у 3 больных, а у остальных 7 - парциальная (табл. 2). У всех больных кисты были солитарными. У 8 больных ЭП был первичным, а у 2 - рецидивным. Размеры кист колебались от 5 до 16 см в диаметре. Гнойные осложнения эхинококкоза имели место у всех больных. Связь с желчными протоками не была выявлена.

Таблица 2 - Методы операций при ЭП (M±m)

Этапы операции	Количество кист (n-224)			
	Основная группа (n-117)		Контрольная группа (n-107)	
	абс	%	абс	%
Закрытая ЭЭ – без вскрытия кисты:				
- идеальная	2	1,7±1,1	-	-
- резекция органа с кистой	1	0,8±0,8	-	-
- удаление органа с кистой	-	-	-	-
- цистперицистэктомия	4	3,4±1,6	6	5,6±2,2
Открытая ЭЭ – с пункцией или вскрытием кисты	110	94,0±2,1	101	94,4±2,2
Полная ликвидация ОП путем:				
- капитонажа	-	-	6	5,6±2,2
- инвагинации ФК	-	-	6	5,6±2,2
- оментопластики	-	-	-	-
- тотальной резекции ФК (перицистэктомия)	-	-	6	5,6±2,2
- субтотальной резекции ФК с аплатизацией (абдоминализацией остающейся части ФК)	19	16,2±3,4	-	-
Неполная ликвидация ОП с ее наружным дренированием после:				
- капитонажа	-	-	14	13,0±3,2
- оментопластики	-	-	2	1,8±1,2
- гофрирования (модификация капитонажа)	7	5,9±2,1	-	-
- только наружное дренирование ОП	70	59,8±3,8	71	66,3±4,5
- сквозной метод дренирование ОП	41	35,0±4,3	-	-
- ушивание ОП наглухо без дренирования	-	-	2	1,8±1,2

Парциальная перицистэктомия выполнена у 7 больных. У всех этих

пациентов ЭП был осложнен нагноением. Наиболее часто из способов ЭЭ в обеих группах была выполнена открытая методика – в основной группе 110 и в контрольной 101 случаев. Традиционным в практике нашей клиники является поэтапная гермицидная обработка ОП горячей дистиллированной водой, нагретым до 60-70° р-ром фурацилина в соотношении 1:5000 (по Б.А. Акматову) и 96° спиртом. В последние годы гермицидная обработка ОП производится с использованием 33% р-ра NaCl или декасаном.

Наиболее важным этапом завершения операции ЭЭ открытым способом является выбор метода ликвидации ОП. Как было представлено выше в таблице 2. ликвидация ОП была полной у 37 (16,5 %) больных, неполной – у 23 (10,2 %). При этом полная ликвидация была достигнута у 19 (8,4 % к 224 больным) пациентов основной группы, а неполное устранение ОП – у 18 (8 %).

В основной группе полная ликвидация ОП была осуществлена способом субтотальной резекции фиброзной капсулы с абдоминализацией остающейся части фиброзной капсулы (19 больных, 16,2% к 117 больным основной группы).

В контрольной группе полная ликвидация ОП была осуществлена методом капитонажа (6 больных, 5,6%), инвагинации (6 больных, 5,6%) и перицистэктомии (6 больных, 5,6%). Способ капитонажа ОП занимает особое место в структуре оперативного лечения ЭП.

Закрытие ОП способом инвагинации заключалась в вворачивании свободных лоскутов фиброзной капсулы внутрь эхинококковой полости и зашивании ее наглухо. Данный способ был применен у 6 (5,6%) пациентов. О перицистэктомиях мы говорили выше. Неполная ликвидация ОП, как сообщалось выше, была выполнена у 23 больных. Из них у 7 (5,9%) больных основной группы и у 16 (14,8%) контрольной.

В основной группе неполная ликвидация ОП была достигнута методом «гофрирования», который представляет собой модификацию капитонажа ОП по Дельбе. В группе больных контрольной группы неполная ликвидация ОП методом капитонажа была использована в 14 (13%) наблюдениях, оментопластика – в 2 (1,8%).

Открытая ЭЭ с только наружным дренированием ОП была выполнена у 70 (59,8%) пациента в основной группе и у 71 (66,3%) в контрольной ($p > 0,05$). У 21 (17,9%) больным из основной группы выполнено открытая ЭЭ со сквозным методом дренирования. «Глухое» ушивание ОП без дренирования было произведено в 2 (1,8%) наблюдениях контрольной группы.

Как правило, ушивание ОП наглухо выполнялись при малых размерах ОП после тщательной антипаразитарной и антибактериальной обработки. Симультанные операции были выполнены у 14 (6%) больных. Из них в основной группе у 3 больных была осуществлена холецистэктомия по поводу острого либо хронического калькулезного холецистита.

Оценка результатов лечения ЭП расположенных в VI-VIII сегментах показала, что ведущую роль в развитии послеоперационных осложнений играет крове- и желчеистечение из фиброзной капсулы в сочетании с неадекватным дренированием остаточной полости, мигрированием и выпадением дренажной трубки.

Адекватное дренирование остаточной полости является важным этапом эхинококкэктомии, и применяется для эвакуации серозно-гнойного или реактивного экссудата, желчи и ее санации с целью профилактики послеоперационных специфических осложнений.

Для профилактики послеоперационных специфических осложнений, связанных с ОП эхинококковых кист расположенных в VI-VIII сегментах, мы разработали способ сквозного метода дренирование ОП после ЭЭ. Данный способ приемлем при поддиафрагмальных эхинококкозах, расположенных в VI-VIII сегментах, точнее труднодоступных местах печени, где при средних и больших ОП невозможно адекватное дренирование.

Сквозной метод дренирование ОП осложненного ЭП применено у 41(35,0 %) больных основной группы. После открытой ЭЭ, санации остаточных полостей и сшивании желчных свищей проводился прокол фиброзной капсулы на границе с тканью печени. Через отверстие проводился и укладывался на дно ОП силиконовая дренажная трубка диаметром 6-8мм с боковыми отверстиями.

В послеоперационном периоде в случаях, когда появились первые признаки нагноения, которые в основном наблюдались на 3-4 сутки, производилась интенсификация ежедневных проточно-промывных санаций растворами антисептиков. Начиная с 7-8 сутки, данный способ позволил контролировать состояние ОП. Благодаря адекватному дренированию ОП случаев послеоперационного скопления жидкости и нагноения ОП не отмечено. Применение данного способа позволило довести до минимума послеоперационные осложнения, связанные с ОП и улучшить качество жизни больных. Случаев развития осложнений при применении этого способа не отмечено.

В целях оценки эффективности открытой ЭЭ со сквозным дренированием ОП нами проведен мониторинг гемограммы и биохимии крови. В основной группе при поступлении содержание эритроцитов было снижено, тогда как в послеоперационном периоде показатели немного улучшаются, но не достигают уровня контрольных значений. Прослеживается тенденция к увеличению Нв и ЦП. В основной группе СОЭ снижается к 3-ьм суткам после ЭЭ печени и такая тенденция сохраняется. При поступлении лейкоцитоз достигал $19,9 \pm 2,6 \times 10^9/\text{л}$, а лейкоформула была сдвинута влево, тогда как уже на 3-ьи сутки после операции лейкоцитоз резко снижается, а лейкоформула нормализуется. К 5-м суткам количество лейкоцитов в периферической крови полностью нормализуется, в

отличие от контрольной группы., когда даже на 5-е сутки после ЭЭ печени лейкоцитоз держался в пределах $12,4 \pm 3,2 \times 10^9/\text{л}$ ($P < 0,05$).

В основной группе содержание общего билирубина доходило до $42,5 \pm 2,6$ ммоль/л. После ЭЭ печени на 3-ьи сутки концентрации всех фракций билирубина нормализуется ($P < 0,05$). Активность АСТ, будучи несколько выше, чем в норме после операции имеет тенденцию к снижению, тогда как активность АЛТ увеличивается в 2 раза.

Содержание амилазы в крови также будучи в 2 раза выше, чем в норме до операции достоверно снижается уже на 3-ьи сутки после ЭЭ печени ($P < 0,05$). Содержание общего белка в сыворотке крови остается сниженным до конца срока наблюдения. Между тем, диспротеинемия ликвидируется после операции уже на 3-ьи сутки. Суточный диурез, удельный вес мочи нормализуется также в этот срок. Остаточный азот, мочевины будучи повышенными при госпитализации постепенно нормализуются: остаточный азот – после ЭЭ печени на 3-ьи сутки, а мочевины – на 5-е сутки ($P < 0,05$). После ЭЭ печени отмечается нормализация и водно-электролитного обмена.

У больных осложненным ЭП – лиц основной группы, уже на 3-ьи сутки после ЭЭ печени ЛИИ снижается вдвое ($P < 0,05$), а на 5-е сутки нормализуется.

В контрольной группе снижение количества эритроцитов заметно во все сроки лечения. Между тем, количество Нв и ЦП нормализуются уже на 3-ьи сутки после операции ($P < 0,05$). Если при поступлении СОЭ был заметно повышен, то в послеоперационном периоде она снижается.

Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево имеет место у больных при поступлении, а после ЭЭ печени он уменьшается до нормальных цифр уже к исходу 5-х суток после операции.

Следует заметить, что к 3-ьим суткам после ЭЭ печени происходит резкое, почти литическое снижение лейкоцитоза ($P < 0,05$). Нормализация лейкоцитарной формулы крови наступает в эти же сроки.

В контрольной группе у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени уже на 3-ьи сутки после операции отмечается нормализация общего билирубина, причем, как за счет прямой, так и непрямой его фракции ($P < 0,05$). Содержание общего белка в сыворотке крови будучи нормальным в момент госпитализации несколько снижается, а диспротеинемия ликвидируется в раннем послеоперационном периоде ($P < 0,05$).

Активность АСТ и АЛТ, будучи выше нормы, снижается после ЭЭ печени на 3-ьи сутки. К исходу 5-го дня активность АЛТ имеет тенденцию к повышению. Содержание амилазы заметно снижается в раннем послеоперационном периоде. В эти же сроки имеет место снижение показателей сулемовой и тимоловой проб ($P < 0,05$).

Нормализация суточного диуреза, удельного веса мочи наступает на 3-ьи

сутки после операции. Остаточный азот и мочеви́на нормализуются к концу 5-й сутки наблюдения ($P < 0,05$). В этот срок нормализуется и водно-солевой обмен. В контрольной группе ЛИИ снижается почти в 2 раза уже к 3-ьм суткам, а к концу раннего послеоперационного периода приобретает тенденцию к нормализации.

Таким образом, при анализе показателей анализов гемограммы и биохимического состава крови в динамике видно, что уже до операции отмечались их критические уровни. В большинстве случаев у больных основной группы, чем у больных контрольной группы, уже после ЭЭ печени, начиная с раннего периода показатели значительно улучшаются, а к исходу 5-х суток практически нормализуются.

Пятая глава «Сравнительная эффективность чрескожного пункционно-аспирационного дренирования гнойной остаточной полости после эхинококкэктомии печени». Всего послеоперационные осложнения были зарегистрированы у 62 оперированных пациентов, что составляет 33,3%. По характеру все послеоперационные осложнения нами разделены на 2 группы: специфические и неспецифические (табл. 3).

Таблица 3 - Структура послеоперационных осложнений в исследуемых группах

Характер осложнений	основная группа		контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
Неспецифические				
- пневмония	-	-	1	1,6
- печеночная недостаточность	-	-	1	1,6
- сердечно-сосудистая недостаточность	-	-	1	1,6
- постгеморрагическая анемия	-	-	7	11,3
- асцит	-	-	1	1,6
Специфические				
- механическая желтуха	-	-	4	6,4
- перитонит	-	-	2	3,2
- эмпиема плевры	-	-	1	1,6
- экссудативный плеврит	1	1,6	2	3,2
- нагноение остаточной полости	7	11,3	21	33,8
- гнойный холангит	-	-	3	4,8
- нагноение операционной раны	2	3,2	3	4,8
- кровотечение	-	-	5	8,0
Всего:	10	16,1	52	83,5

Как видно из таблицы 3, из всех 62 случаев послеоперационных осложнений на долю основной группы наших наблюдений приходится 10

(16,1%) случаев разного рода осложнений. Все они оказались специфическим осложнениями (нагноение остаточной полости, нагноение операционной раны и экссудативный плеврит)

В контрольной группе всего послеоперационные осложнения имели место в 52 (83,5%) случаях. Среди них осложнения неспецифического характера зарегистрированы у 11 (17,7%) больных, а специфического характера – у 41 (65,8%). Из всех специфических осложнений наиболее часто встречалось нагноение ОП – 21 (33,8%).

Как видно из таблицы 4, лапаротомия по Федорову была применена в 21,1% в основной группе и 33,3 % в контрольной ($p < 0,01$). Далее примерно с одинаковой частотой были применены лапаротомия по Кохеру и параректальным способом, а также трансплевральный доступ.

Таблица 4 - Частота послеоперационных осложнений в зависимости от операционного доступа ($M \pm m$)

Операционный доступ	Общее число осложнения в группах (n-28)				p
	основная (n-7)		контрольная (n-21)		
	абс	%	абс	%	
Верхне-срединный	2	7,1±4,8	8	28,5±8,5	<0,05
По Федорову	1	3,5±3,4	3	10,7±5,8	>0,05
По Кохеру	1	3,5±3,4	4	14,3±6,6	>0,05
Параректальный	-		-		
Трансплевральный	3	10,7±5,8	6	21,4±7,7	>0,05

В целом нагноение операционной раны зарегистрировано у 28 (16,6%) больных из всех 186 оперированных больных: 7 больных основной группы и 21 - контрольной.

Нами использована современная технология малоинвазивного лечения специфических осложнений осложненного ЭП в виде НОП. Материалом анализа являются данные применения ЧКП-АД при НОП у 28 больных с НОП после ЭЭ печени. 7 больных из основной и 21 контрольной группы.

При анализе возрастного состава больных установлено, что НОП встречались в основном в возрасте 20-40 лет, которые составляли 68,9%. 50% больных поступили в клинику в сроки >1 месяца.

В течение первых 2-х недель поступили лишь 16,1% больных, а в течение 3-4-х недель – 33,2% больных. В 23 (82,1%) случаях НОП локализовались в правой доле печени, в 4 (14,2%) – в левой доле и в одном (1,1%) наблюдении имело место билобарное поражение. Размеры НОП варьировали от 3 см до 18 см, но в основном от 6 см до 10 см (78,1%).

Следует отметить, что в 26 (92,8%) случаях НОП располагались в проекции

VII-VIII сегментов печени, то есть в труднодоступных местах и при раннем удалении или выпадении дренажных трубок из остаточных полостей. Клинические признаки НОП печени, развившихся на ранних сроках после эхинококкэктомии, характерных особенностей не имели.

НОП, обнаруженные в поздние сроки после выписки пациентов из стационара, также не проявляли себя специфически, и основная роль в их распознавании принадлежала неинвазивным методам лучевой диагностики, сочетанным с диагностическими и лечебными пункционными вмешательствами.

Основными клиническими симптомами НОП явились немотивированная лихорадка с подъемами температуры тела выше 38°C, что имело место у 24 больных, а также слабость, боль и тяжесть в правом подреберье, что имело место у 27 больных.

Во всех случаях нами применено ЧКП-АД НОП печени под контролем УЗИ. При больших размерах полости, >15 см, встретившихся нами у 4 пациентов, дренирование осуществлялось двумя катетерами, установленными навстречу друг другу для проточного промывания желчно-гноной полости и лучшего оттока содержимого. Отдаленные результаты прослежены на сроках от 1 года до 8 лет. У 28 пациентов – ультрасонографических данных за наличие желчных свищей в зоне ранее определявшейся ОП не обнаружено. Определялись лишь остаточные изменения в паренхиме печени у больных, перенесших ЭЭ - очаги фиброза и кальциноза оставшейся фиброзной капсулы.

По нашим данным из 28 больных только в одном случае больная подверглась открытому хирургическому вмешательству после улучшения общего состояния из-за неэффективности чрескожных дренирований. В остальных 27 случаях чрескожное вмешательство оказалось окончательным методом их лечения и может, на наш взгляд, является методом выбора при лечении такого рода осложнений. Осложнений и летальных исходов не было.

Таким образом, эхонавигационные ЧКП-АД считаются методом выбора в лечении НОП печени после ЭЭ и характеризуются такими качествами, как малоинвазивность, безопасность, возможность выполнения под местной анестезией без общего наркоза, короткие сроки реабилитации, экономичность и минимальные показатели послеоперационных осложнений.

В целях оценки эффективности ЧКП-АД у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени нами выполнен мониторинг гемограммы и биохимии крови.

В основной группе у больных осложненным ЭП при поступлении количество эритроцитов было меньше чем в норме. После ЭЭ печени отмечается увеличение показателя до уровня нижней границы нормы. Незначительно увеличиваются Нв и ЦП. СОЭ резко, почти в 3 раза снижается после операции уже на 3ьи сутки и такая тенденция сохраняется. При поступлении лейкоцитоз составлял $15,4 \pm 2,4 \times 10^9/\text{л}$, а лейкоформула была сдвинута влево. После ЭЭ печени лейкоцитоз и лейкоформула нормализуются. ($P < 0,05$). В основной

группе содержание общего билирубина равнялось $38,2 \pm 2,9$ ммоль/л. Нормализация содержания всех фракций билирубина наступает уже раннем послеоперационном периоде ($P < 0,05$).

Активность АСТ имеет тенденцию к снижению, а содержание общего белка в сыворотке крови во все сроки оставалось сниженным. Причем, после ЭЭ печени на этом фоне восстанавливается нормальное соотношение между альбумином и глобулином. Суточный диурез, удельный вес мочи, остаточный азот, мочевины будучи повышенными при госпитализации постепенно нормализуются уже на 3 сутки после ЭЭ печени ($P < 0,05$). В этот же срок наступает нормальное соотношение ионов Na и K. Содержание амилазы в крови также будучи в 2 раза выше, чем в норме достоверно снижается на 3-и сутки после ЭЭ печени ($P < 0,05$). В основной группе уже на 3-и сутки после операции ЛИИ резко снижается ($P < 0,05$), а на 5-е сутки нормализуется.

В контрольной группе во все сроки исследования количество эритроцитов остается сниженным. Тем не менее, количество Hb и ЦП нормализуются после ЭЭ печени на 5-е сутки ($P < 0,05$). При поступлении СОЭ был повышен, а после операции снижается.

Гиперлейкоцитоз с резким сдвигом влево лейкоцитарной формулы имеет место у больных при поступлении, а после ЭЭ печени он уменьшается до нормальных цифр уже к концу раннего послеоперационного периода ($P < 0,05$).

В контрольной группе нормализация общего билирубина, а также его обеих его фракций наступает после ЭЭ печени на 3-и сутки ($P < 0,05$). Содержание общего белка в сыворотке крови, будучи уже сниженным при поступлении имеет тенденцию к дальнейшему снижению. На этом фоне, даже к исходу 5-х суток после ЭЭ печени сохраняется диспротеинемия, то есть имеет место гипергаммоглобулинемия ($P < 0,05$).

Активность АСТ, будучи выше нормы при поступлении в динамике медленно снижается на 5-е сутки после операции, тогда как активность АЛТ постепенно возрастает. Показатели сулемовой, тимоловой проб будучи в 2 раза выше, чем в норме в момент госпитализации постепенно нормализуются к концу раннего послеоперационного периода ($P < 0,05$). Аналогичная динамика прослеживается и в отношении содержания амилазы.

Нормализация суточного диуреза, удельного веса мочи, креатинина крови, остаточного азота и мочевины наступает после ЭЭ печени к 5-м суткам после операции ($P < 0,05$). В этот срок наступает нормальный баланс ионов Na и K. В контрольной группе ЛИИ имеет тенденцию к постепенному снижению.

Таким образом, при анализе показателей гемограммы и биохимии крови в динамике у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени видно, что уже до операции отмечались их критические уровни. В большинстве случаев лишь к концу 5-х суток после операции показатели либо значительно улучшаются, либо приходят в норму.

ВЫВОДЫ:

1. клинико-лабораторные показатели у больных осложненным ЭП зависят от длительности течения гнойного процесса, локализация и размера кисты, а также от общего состояния больного. В целях повышения точности диагностики осложненного ЭП необходимо использовать разработанную нами с соответствующими параметрами оценки. Применение УЗИ-ГДМ не только в более ранние сроки установить осложнения ЭП, но и детализировать диагноз на прижизненно-патоморфологическом уровне;

2. для адекватного дренирования ОП после ЭЭ целесообразно использовать методику сквозного дренирования ОП, которая, в особенности приемлема при поддиафрагмальных ЭП, расположенных в VI-VIII сегментах. Использование данной методики позволило довести до минимума послеоперационные осложнения, связанные с ОП и улучшить результаты хирургического лечения больных;

3. НОП отмечается в основном в проекции VII-VIII сегментов печени в результате раннего удаления либо случайного выпадения дренажных трубок из ОП. Эхонавигационные ЧКП-АД следует считать методом выбора в лечении НОП печени после ЭЭ, так как характеризуются такими качествами, как малоинвазивность, безопасность, возможность выполнения под местной анестезией;

4. ранее применение ЧКП-АД при НОП позволяет улучшить результаты комплексного хирургического лечения больных, так как в результате его использования происходит быстрая очистка ОП от имеющихся гнойных масс. При этом критериями, свидетельствующими о возможности удаления дренажей, являются сокращение ОП до размеров выполняющего ее катетера, а также отсутствие гнойного отделяемого по дренажу.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. практическим врачам рекомендуется использовать в своей практической деятельности УЗИ-ГДМ, позволяющего не только в более ранние сроки установить осложнения ЭП, но и детализировать диагноз осложненного ЭП на прижизненно-патоморфологическом уровне;

2. хирургам во время дренирования ОП после ЭЭ целесообразно использовать методику сквозного дренирования ОП, которая, в особенности приемлема при поддиафрагмальных ЭП, расположенных в VI-VIII сегментах, так как позволяет минимизировать удельный вес послеоперационных осложнений;

3. практическим хирургам следует знать, что эхонавигационное ЧКП-АД является методом выбора в лечении НОП печени после ЭЭ, так как достигается быстрая очистка ОП от имеющихся гнойных масс. Причем, критериями,

свидетельствующими о возможности удаление дренажей, являются сокращение ОП до размеров выполняющего ее катетера, а также отсутствие гнойного отделяемого по дренажу.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Нуржан уулу У.** Хирургическая тактика при перфорации эхинококковых кист печени в билиарную систему [Текст] / Ж. О. Белеков, У. Нуржан уулу // Вестник Ош ГУ. - 2009. - №5. - С. 24-26.

2. **Нуржан уулу У.** Диагностика и лечебная тактика при нагноившихся остаточных полостей печени после эхинококкэктомии [Текст] / Б. З. Осумбеков, У. Нуржан уулу // Вестник ОшГУ. - 2011. - №3. - С. 95-97.

3. **Нуржан уулу У.** К вопросу диагностики и лечения при перфорации эхинококковых кист в печеночные протоки [Текст] / Б. З. Осумбеков, У. Нуржан уулу // Вестник ОшГУ. - 2011. - №3. - С. 93-95.

4. **Нуржан уулу У.** УЗИ в диагностике эхинококкоза печени, осложненного перфорацией в билиарную систему [Текст] / Б. З. Осумбеков, У. Нуржан уулу // ЦАМЖ. - 2011. - №4. - С. 82-84.

5. **Нуржан уулу У.** Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени [Текст] / У. Нуржан уулу// ЦАМЖ. - 2011. - №4. - С. 79-81.

6. **Нуржан уулу У.** Хирургическое лечение при перфорации эхинококковых кист печени в билиарную систему [Текст] / Б. З. Осумбеков, У. Нуржан уулу, Н. А. Маманов // Врач-аспирант. - Воронеж, 2011. - №3,1(46). - С. 138-141. <http://www.sbook.ru/vrasp>

7. **Нуржан уулу У.** Видеолапороскопическая эхинококкэктомия из печени [Текст] / Б. З. Осумбеков, Н. Т. Джунаев, У. Нуржан уулу // ЦАМЖ. - 2011. - №4. - С. 79-81.

8. **Нуржан уулу У.** Диагностика и малоинвазивное чрескожное дренирование нагноившихся остаточных полостей печени после эхинококкэктомии [Текст] / Б. З. Осумбеков, У. Нуржан уулу // Хирургия Кыргызстана. - 2012. - №2. - С. 32-35.

9. **Нуржан уулу У.** Анализ методов оперативного лечения осложненного эхинококкоза печени [Текст] / У. Нуржан уулу // Новая наука: Теоретический и практический взгляд. - Стерлитамак, 2016. - Часть 2. - С. 14-19. <http://ami.im>

10. **Нуржан уулу У.** Результаты малоинвазивных эхонавигационных вмешательств нагноившихся остаточных полостей после эхинококкэктомии [Текст] / У. Нуржан уулу // Новая наука: Теоретический и практический взгляд. - Стерлитамак, 2016. - Часть 2. - С. 20-23. <http://ami.im>

11. **Нуржан уулу У.** Сравнительный анализ различных методов оперативного лечения осложненного эхинококкоза печени [Текст] / Б. З. Осумбеков, У. Нуржан уулу // Врач-аспирант. - Воронеж, 2018. - №6(91). - С. 10-16. <http://www.sbook.ru/vrasp>

Нуржан уулу Уланбектин «Боордун эхинококкэктомиядан кийин калдык көндөйлөрдүн санациялык-дигестивдүү хирургиясынын эффективдүүлүгү» аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: боордун эхинококкозу, калдык көндөйдүн ириндеши. өрчүшүп кетүү, ультратыбыштуу изилдөө, уулануунун лейкоциттүү индекси, санациялык-дигестивдүү хирургия.

Изилдөөнүн максаты. Санациялык-дигестивдүү хирургиянын технологиясын, ошондой эле дартты эрте аныктоо оптималдаштырылган методдорду жана анын ириң-сепсистик өрчүп кетүүсүн тактикалык-техникалык алдын алууну жакшыртуу жолу менен өрчүшүп кеткен боордун эхинококкозун хирургиялык дарылоо натыйжалуулугун жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: боорунда өрчүшүп кеткен эхинококкозу бар 186 оорулуу болду.

Изилдөөнүн предмети: анын эрте диагноз коюу, аз инвазивдүү хирургиялык дарылоо жана тактикалык жана техникалык алдын алуу технологияларын жакшыртуу менен хирургиялык дарылоо жыйынтыгын жакшыртуу болуп саналат.

Изилдөө ыкмалары: клиникалык-статистикалык, ультратыбыштуу изилдөө, рентген.

Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары. Биринчи жолу ириң-сепсистик өрчүшүп кетүүлөрдү эрте аныктоо жана ультратыбыштуу гистографикалык денситометрия менен дарылоонун эффективдүүлүгүн божомолдоо максатында боорунда өрчүшүп кеткен эхинококкозу бар оорулуларды операциядан кийинки мезгилде динамикалык ультратыбыштуу изилдөөнүн рационалдуу ыкмасы иштелип чыкты.

Ультратыбыштуу гистографикалык денситометрия методун колдонуу негизинде боорунда эхинококкозу бар оорулулардын операциядан кийин ириң-сепсистик өрчүшүп кетүүсүн тактикалык-техникалык алдын алуу технологиясы жакшыртылды.

Боорунда өрчүшүп кеткен эхинококкозу бар оорулулардын калдык көндөйүн өтмө дренаж кылуу менен боордун ачык эхинококкэктомиясынын эффективдүүлүгү бааланды.

Көрсөткүчтөрдү негиздөө менен боордун эхинококкэктомиясынан кийин калдык көндөйү ириндеп кеткен оорулуларды пункциялык-аспирациялык дренаж кылуунун натыйжалуулугун баалоо жүзөгө ашырылды.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар: эмгектеги негизги корутундуларды жана сунуштарды күнүмдүк клиникалык практикаларда, билим берүү процесстеринде жана илимий изилдөөлөрдө колдонсо болот.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Нуржан уулу Уланбека на тему: «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкэктомии печени» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия

Ключевые слова: эхинококкоз печени, нагноение остаточной полости, осложнение, ультразвуковая исследование, лейкоцитарный индекс интоксикации, санационно-дигестивная хирургия.

Цель исследования. Улучшить результативность хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени путем совершенствования технологий санационно-дигестивной хирургии, а также оптимизированных методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений.

Объект исследования: 186 больных с осложненным эхинококкозом печени.

Предмет исследования: улучшение результатов хирургического лечения осложненного ЭП путем совершенствования технологий ранней его диагностики, малоинвазивного хирургического лечения и тактико-технической профилактики гнойно-септических осложнений.

Методы исследования: клинико-статистическое, УЗИ, рентген.

Полученные результаты и их новизна. Впервые разработан рациональный способ динамического УЗИ больных осложненным эхинококкозом печени в послеоперационном периоде в целях раннего выявления гнойно-септических осложнений и прогнозирования эффективности лечения ультразвуковой гистографической денситометрии.

Усовершенствованы технологии тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных с эхинококкозом печени на основе использования метода ультразвуковой гистографической денситометрии.

Выполнена оценка эффективности открытой эхинококкэктомии печени со сквозным дренированием остаточной полости у больных осложненным эхинококкозом печени.

Осуществлена оценка результативности чрескожное пункционно-аспирационное дренирование у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени с обоснованием показаний.

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

Область применения: хирургия.

SUMMARY

the thesis of Nurzhan uulu Ulanbek on the topic: "Effectiveness of sanation-digestive surgery of residual cavities after liver echinococcectomy" in candidacy for an academic degree of candidate of medicine in the major 14.01.17 - surgery.

Key words: liver echinococcosis, suppuration of the residual cavity, complication, ultrasound examination, leukocyte index of intoxication, sanation-digestive surgery.

The aim of the research. To improve the effectiveness of surgical treatment of complicated liver echinococcosis by improving the technologies of sanation-digestive surgery, as well as optimized methods of early diagnosis and tactical- technical prevention of its purulent-septic complications.

Object of study: 186 patients with complicated liver echinococcosis.

Subject of study: is to improve the results of surgical treatment of complicated EP by improving technologies for its early diagnosis, minimally invasive surgical treatment and tactical and technical prevention of purulent-septic complications.

Research methods: clinical and statistical, ultrasound, X-ray.

The results obtained and their novelty. For the first time was developed a rational method of dynamic ultrasound of patients with complicated liver echinococcosis in the postoperative period in order to early detect of purulent-septic complications and predict the effectiveness of treatment with ultrasonic histographic densitometry.

The technologies of tactical-technical prevention of postoperative purulent-septic complications in patients with liver echinococcosis based on the use of the method of ultrasonic histographic densitometry were improved.

The effectiveness of open liver echinococcectomy with through drainage of the residual cavity in patients with complicated liver echinococcosis was evaluated.

Percutaneous puncture-aspiration drainage was evaluated in patients with suppuration of the residual cavity after liver echinococcectomy with justification of indications.

Recommendations for use. The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

Scope of use: surgery.

Формат бумаги 60x90/16. Бумага офс. Печать офс. Объем 1,0 п.л.
Подписано в печать 24.10.2020г. Тираж 100 экз. Заказ 253.
г.Бишкек, ул. Полярная 11, ИЦ «Илим-Басмасы»

