

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ЮЖНЫЙ ФИЛИАЛ КЫРГЫЗСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ПЕРЕПОДГОТОВКИ И  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ им. С.Б. ДАНИЯРОВА**

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

**ДИССЕРТАЦИЯ**

на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук

Б. З. Осумбеков

**Бишкек – 2020**

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
<b>ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ .....</b>	<b>3</b>
<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>5</b>
<b>Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ (Обзор литературы).....</b>	<b>9</b>
<b>Глава 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....</b>	<b>29</b>
<b>Глава 3. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.....</b>	<b>36</b>
<b>Глава 4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТКРЫТОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ СО СКВОЗНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ.....</b>	<b>46</b>
<b>Глава 5. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОГО ПУНКЦИОННО-АСПИРАЦИОННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ГНОЙНОЙ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.....</b>	<b>78</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>95</b>
<b>ВЫВОДЫ.....</b>	<b>103</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....</b>	<b>104</b>
<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>105</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ .....</b>	<b>123</b>

## ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АД	- артериальное давление
АСТ	- аспартатаминотрансфераза
АЛТ	- аланинаминотрансфераза
Бил.(общ)	- Общий билирубин
Бил.(прям)	- Прямой билирубин
Бил.(непрям)	- Непрямой билирубин
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ЖКБ	- желчнокаменная болезнь
КБС	- коронарная болезнь сердца
КТ	- компьютерная томография
ЛИИ	- лейкоцитраный индекс интоксикации
Лейк.	- лейкоциты
Лимф.	- лимфоциты
МРТ	- магнитно-резонансная томография
Мон.	- моноциты
НОП	- нагноение остаточной полости
ОП	- остаточная полость
ОМОКБ	- Ошская межобластная объединенная клиническая больница
ОшГУ	- Ошский государственный университет
Ост.N кр	- Остаточный азот
Пал.	- палочкоядерные
СОЭ	- скорость оседание эритроцитов
С-ДХ	- санационно-дигестивная хирургия
Сегм.	- сегментоядерные
УЗИ	- ультразвуковое исследование
УЗИ-ГДМ	- ультразвуковая гистографическая денситометрия
ФК	- фиброзная капсула

ЦП	- цветной показатель
ЧКП-АД	- чрескожное пункционно-аспирационное дренирование
ЭП	- эхинококкоз печени
ЭЭ	- эхинококкоэктомия
Эозин.	- эозинофилы
Эр	- эритроциты
Na	- ионы Натрия
К	- ионы Калия
Нв	- гемоглобин

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы диссертации.** Клиническая практика констатирует бесспорный рост заболеваемости эхинококкозом печени (ЭП), экспансии эндемического ареала паразита и возрастании случаев заражения в не эндемичных регионах [73]. 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 [5; 37; 66; 73]. При лечении больных ЭП встречаются большие трудности, которые обусловлены прогрессирующим заболеванием, развитием осложнений и рецидивов [6; 68]. Одним из важных причин развития инфекционно-воспалительных осложнений являются хирургические ошибки организационного и тактико-технического характера, а также осложненное течение заболевания [55; 69; 71]. 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% [23; 51]. 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 [15]. 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 дренирования 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.

# **ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ (обзор литературы)**

Приступая к обзору литературы, следует подчеркнуть то обстоятельство, что во всем мире, в том числе и в нашей республике, можно констатировать безудержный и критический рост заболеваемости эхинококкозом. Причем, с явлениями экспансии эндемического ареала паразита и возрастании случаев заражения в не эндемичных регионах [19, 73, 101, 108, 119, 135]. На этом фоне, по нашему мнению, ВОЗ и Международный эпидемиологический комитет заболевания слишком оптимистично призывает включить эхинококкоз в реестр нозологий, требующих радикального искоренения [113, 123].

Для хирургов важно заметить, что за последние 20 лет значительно возросли показатели осложненных случаев ЭП, которые достигают 84,6% [4, 38, 75, 143, 154, 161]. По сводным данным, послеоперационная летальность при ЭП составляет 12-25%, а рецидивы заболевания достигают 54% наблюдений [6, 18, 49, 55, 105, 144, 150]. По мнению авторов, такая тенденция развилась в результате роста миграции населения из эндемических районов, ухудшением социально-экономических условий, практическим дефицитом качества санитарно-эпидемиологического контроля и диспансеризации в очагах эндемии.

Итак, вышеуказанная проблема приобрела критические черты. О том, что имеет место кризис проблемы диагностики и профилактики ЭП на территории стран СНГ, в том числе и в Кыргызской Республике сообщают ряд исследователей [14, 25, 47, 81, 96, 102]. Как известно, для нашей страны эхинококкоз является краевой патологией. Причем, на территории республики зарегистрированы ряд эпидемиологических зон. Между тем, к сожалению, до сих пор диагностика и госпитализация больных с ЭП осуществляются в основном по обращаемости и в поздние сроки, что влияет на результаты оперативного лечения и обуславливают высокий процент осложнений [5, 37, 48,

66, 73].

Разумеется, не способствуют улучшению результатов оперативного лечения ЭП существующие до сих пор разноречивые взгляды на хирургическую тактику. По мнению большинства исследователей проблемы, высокий процент рецидива ЭП вынуждает клиницистов относиться с осторожностью, а порой и скептически, к популяризации современных высокотехнологичных и малоинвазивных методов (лапароскопические и эхо-навигационные, пункционно-дренажные), которые демонстрируют позитивные ближайшие и отдаленные результаты, прежде всего, в централизованных и специализированных хирургических отделениях с большим опытом хирургического лечения ЭП [13, 21, 53, 63, 121, 137].

Общеизвестно, специфическими осложнениями ЭП являются: нагноение, перфорация кисты с развитием тяжелого анафилактического шока, перфорация кисты в билиарный тракт с развитием инфекционно-аллергического холангита и интоксикации, кальцификация кисты [2, 34, 75, 82, 100]. Нагноение гидатидной кисты является одним из частых осложнений ЭП. По данным ряда авторов, оно составляет 19,7–31% [39, 51, 106, 134].

По данным других исследователей, частота нагноения среди других осложнений ЭП достигает до 25-46% [4, 66, 115, 145]. Клиническая манифестация ЭП, осложненного нагноением, отличается полиморфностью и зависит от расположения и количества кисты, возраста больного, не имеет четких патогномоничных симптомов и часто напоминают течение другой патологии. С целью диагностики данного осложнения применяются комплексное обследование, включающее УЗИ, МРТ, КТ, лабораторные методы диагностики [5, 57, 77, 116].

В диагностической программе ЭП и ее осложнений важное значение отводится УЗИ, основными достоинствами которого являются высокая разрешающая способность, общедоступность, быстрота и неинвазивность метода, возможность многократного динамического исследования и отсутствие лучевой нагрузки. Как известно, при УЗИ получают серо-шкальные изображения

в разных плоскостях. Спектр данного метода диагностики широко колеблется от обзорного до точного выявления сегментарного распространения очага поражения паразитом печени, что определяет объем и тактику хирургического вмешательства [3, 20, 45, 74, 98].

Известно и то, что транслокация инфекции и наличие желчного свища приводят к инфицированию ОП, вызывает воспалительную реакцию перифокальной паренхимы печени и глиссоновой капсулы [101, 114, 124, 153]. При нагноении поддиафрагмального ЭП в воспалительный процесс вовлекается и диафрагма с формированием спаек между ней и печенью, а затем и легкого. Дальнейшее прогрессирование гнойно-воспалительного процесса приводит к расплавлению ФК и прилежащей к ней диафрагмы с развитием в них дефекта и перфорации нагноившейся ЭП в плевральную полость, что влечет за собой развитие эмпиемы плевры [15, 43, 67, 81, 130].

Нужно заметить, что при обширном вовлечении в воспалительный процесс диафрагмы и базальных сегментов легкого микробная транслокация вызывает воспаление и локальный некроз легочной паренхимы, формируя таким образом печеночно-легочный свищ. Дальнейшая генерализация гнойно-воспалительного процесса приводит к образованию плевробронхиальных и билиотрахеальных фистул, редко кисты могут перфорироваться даже и в перикард [29, 55, 82, 83, 136, 159].

При прорыве ЭП в абдоминальную или плевральную полость сколексы эхинококка распространяются с образованием множественных кист. В литературе имеются сообщения о многократном оперативном лечении после перфорации кисты [5, 37, 43, 63, 143]. Синдром прорыва ЭП в билиарный тракт встречается в 6-63% наблюдений [76, 97, 122]. В клинической картине данного осложнения ЭП присоединяется болевой синдром, желтуха и симптомы инфекционно-аллергического холангита. Характер желтухи носит интермиттирующее течение.

Вышеобозначенное осложнение развивается на фоне внутренних цистобилиарных свищей, причиной которых являются нагноение ЭП, травмы,

рост кисты, обызвествление [9, 51, 90, 139]. Перфорация стенок кисты и желчного протока наступает вследствие сочетанного механического воздействия и инфекционного процесса, чему способствует также и рост ЭП, нарастание внутрикистозного давления, растяжение и истончение ФК.

Формирование цисто-билиарного свища проходит в 3 фазы: 1 – эрозивная фаза, 2 – фаза перфорации и 3 – фаза полного свища [25, 36, 103, 148]. При длительном течении эхинококкоз желчных путей приводит к развитию стеноза терминального отдела холедоха, билиарной гипертензии и холангиогенному панкреатиту [32, 56, 108]. Среди других осложнений у больных ЭП могут встречаться цирроз печени в результате развития портальной гипертензии, холестаза и холелитиазы гидатидозной природы, а также нарушения иммунитета человека [66, 75, 104].

При лечении больных ЭП встречаются большие трудности, которые обусловлены прогрессированием заболевания, развитием осложнений и рецидивов [6, 31, 35, 48, 109]. В настоящее время пока еще не разработаны эффективные антигельминтные препараты, в связи с чем, ЭП остается одной из актуальной хирургической проблемой. Консервативное лечение применяется как дополнительный способ к основному хирургическому лечению. Исследования констатируют положительный результат антигельминтной терапии в комплексе с хирургическим лечением [10, 11, 12, 44, 105, 117, 158].

Оперативное лечение ЭП, в большинстве случаев, не имеет альтернативы, но хирургическая операция представляет собой детерминанту риска, определяющейся рядом факторов: состоянием пациента, расположением и количеством кисты, числом предшествующих операций [17, 42, 58, 129]. Хирургия ЭП предусматривает резолюцию следующих задач: 1) радикальное удаление паразита; 2) гермицидная обработка ОП [1, 9, 22, 46, 69].

В настоящее время в оперативном лечении ЭП имеются различные методы хирургических вмешательств, включающих эхинококкэктомии, перицистэктомии и резекции печени открытым или лапароскопическим способом. При этом сообщается, что только у 25-50% больных ЭП возможно

радикальное хирургическое лечение [16,24,26-28]. В последние десятилетия появились сторонники малоинвазивных пункционно-дренажных технологий под контролем УЗИ и компьютерной томографии [40, 41, 125, 133, 137-140].

Методика указанных лечебных вмешательств состоит из таких этапов, как пункция и аспирация гидатидной жидкости, антигельминтная ирригация полости кисты, реаспирация. Противники этих технологий лечения считают чрескожные пункционные вмешательства недопустимыми из-за опасности подтекания эхинококковой жидкости в месте прокола кисты и вследствие этого развития анафилактического шока и обсеменения сколексами и онкосферами эхинококка брюшной полости [56, 70, 93, 99].

Вышеуказанные авторы предлагают пункционно-аспирационные методики применять в лечении непаразитарных кист и абсцессов печени, нагноившихся ОП печени, для декомпрессии билиарной системы при механической желтухе, при неосложненных и солитарных эхинококковых кистах [29, 80, 91, 113]. Необходимые условия: наличие обученного персонала и специального оборудования, возможности срочной цитологической визуализации пунктата.

Метаанализ современных литературных источников в системе Cochrane Database System Review за 2011 г., не показал доказательных исследований, подтверждающих эффективность пункционно-аспирационных технологий (PAIR) в лечении неосложненного ЭП [142]. Пункционные методы лечения считаются эффективными при первичном или рецидивном ЭП у больных с высоким хирургическим риском. Необходимы доказательный анализ и оценка эффективности пункционно-аспирационных технологий лечения как безопасной альтернативы полостным оперативным вмешательствам при ЭП с центральной локализацией кисты [59-62, 79, 88].

Анализ тематической литературы показывает отсутствие унифицированного взгляда хирургов в решении вопроса выбора метода хирургической операции в лечении ЭП, остаются разноречивыми вопросы оптимальной ликвидации и дренирования ОП после ЭЭ [94, 147, 151].

Актуальной темой в оперативном лечении ЭП остается хирургическая тактика по отношению к ФК.

В данном аспекте считается вполне рациональным мнение некоторых авторов указывать в названии метода операции способ удаления эхинококковой кисты и позицию к ФК [11, 22, 65, 92, 110, 156]. Многие авторы ФК не считают элементом эхинококковой кисты, напротив она является естественным барьером для транслокации сколексов за пределы кисты, но при нарушении целостности хитиновой капсулы может сохранять сколексы. Этим и обусловлен приоритет использования ряда хирургов, радикальных методов операций с удалением ФК [24,27,42].

Другие авторы выбирают перицистэктомию, считая резекцию печени показанным при определенных случаях, которые зависят от расположения кисты, стадии жизненного процесса и наличия специфических осложнений [19, 24, 111]. В то же время существуют сторонники этих 2 операций, считающие лечение эффективным только при полном, радикальном удалении эхинококковой кисты с ФК [1, 16, 28, 44].

Многие хирургические школы предпочитают менее травматичные оперативные вмешательства без удаления ФК [8, 12, 23, 35, 59, 71]. В хирургии эхинококкоза руководствуются предложенной различными авторами терминологией, согласно которой выделяются основные методы операций. ЭЭ без рассечения хитиновой капсулы («идеальная» эхинококкэктомия) позиционируется как оптимальный вариант профилактики рецидива, но выполнить ее удается очень редко и возможна при малых размерах и значительно выступающих над печенью кистах [66, 95, 102].

Открытая ЭЭ – это удаление эхинококковой кисты вместе с ее содержимым без ФК с последующим дренированием ОП и брюшной полости. В методологии ЭЭ всегда должна присутствовать антигельминтная обработка полости кисты [9, 39]. Используемая рядом авторов операция марсупиализация из-за тяжелых послеоперационных осложнений (желчеистечение, длительные сроки лечения, плохое качество жизни больного, образование желчных свищей)

применяется редко [22, 43, 72].

Существует также и методика закрытой ЭЭ с удалением хитиновой оболочки без ФК с последующей ликвидацией ОП [33, 46, 87, 92]. Для ликвидации ОП существуют различные оперативные способы, которые зависят от следующих факторов: размер кисты, глубина расположения кисты, толщина и наличие кальцификации ФК [20, 65, 95, 126]. Обнаруженные при операции желчные свищи ушиваются атравматическим шовным материалом, либо в комбинации с пластикой лоскутом ФК [36, 74, 103, 157].

Способы ликвидации ОП очень многочисленны – капитонаж по Дельбе, капитонаж с ушиванием ОП узловыми или П-образными швами с формированием дубликатуры из лоскутов ФК или инвагинацией ее краев [55, 71, 78, 106, 149]. Способ оментопластики является удобным и эффективным, но не показан при больших размерах кисты, спаечной болезни брюшной полости, недоразвитии сальника. В таких ситуациях некоторыми авторами применяется метод ЭЭ с использованием аллогенных биоматериалов или клеевых композиций: сульфакрилат, тканевой клей МК-6 [32, 91, 99, 104]. Однако они более эффективны при эхинококкозе легких.

При ЭП ликвидация ОП этими способами показал высокую частоту инфицирования [38, 40, 45, 82, 109]. Перицистэктомия считается радикальной, но достаточно травматичной операцией, так как зона вмешательства выходит за пределы ФК в прилежащую непораженную паренхиму печени с богатой васкуляризацией, поэтому эта операция сопровождается кровопотерей [9, 22, 68, 89, 107].

Многими сторонниками радикального лечения ЭП отмечено, что основным методом минимизации частоты рецидивов является перицистэктомия, так как консервативные ЭЭ с наружным дренированием ОП, оментопластикой и марсупиализация приводят к рецидиву эхинококкоза в 25-30,4% случаев [15, 27, 47, 84, 111]. Для минимизации травматичности и кровопотери рекомендуется прецизионное выделение ФК [24, 44, 85, 110]. По данным ряда авторов, перицистэктомия применима в тех случаях, когда киста имеет краевое

расположение.

На наш взгляд, большую опасность представляет выполнение этой операции при кистах, локализованных вблизи больших сосудисто-протоковых структур печени [118, 122]. Резекция печени рекомендуется при солитарных или множественных ЭП, которые занимают целую анатомическую область (правая или левая доли), при конгломератном расположении нескольких нагноившихся кист, при обызвествлении ЭП [16, 31, 144]. В последнем случае резекция печени оправдана, так как выполнение ЭЭ считается недостаточным из-за оставления ОП с кальцинированными стенками, которую невозможно ликвидировать путем капитонажа и остается высокой вероятностью инфицирования и длительного нагноения [28, 129].

Нужно заметить, что ликвидация ОП путем капитонажа небезопасна из-за возможного повреждения прилежащих кровеносных сосудов и желчных протоков [19, 42, 147]. Существует мнение, что после ЭЭ в различных вариантах в ФК остаются сколексы, транслокация которых в паренхиму печени приводит к рецидиву эхинококкоза. Поэтому, как считают сторонники радикальных операций, хирургическое лечение ЭП должно быть проведено с удалением ФК, что является профилактикой рецидива [29, 85, 146, 153].

Как свидетельствует опыт некоторых исследователей, резекции печени при ЭП позволяют предупредить осложнения, связанные с ОП [46, 69, 86, 116]. Cirenei A. и Bertoldi I. (2001), анализируя 37-летний опыт оперативного лечения ЭП, констатировали снижение частоты рецидива эхинококкоза с 11,2 до 0,9% при суброгации от консервативных ЭЭ к перицистэктомиям и резекциям печени [117]. В технических аспектах взгляды сторонников резекции печени также расходятся: одни предпочитают выполнять резекцию печени в анатомическом варианте, а другие считают целесообразным выполнение атипичных резекций печени [23, 37, 150].

Общеизвестно, что при ЭП радикальность хирургической операции связана с соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности. При радикальном оперативном лечении ЭП должны быть учтены вероятность

развития в отдаленном послеоперационном периоде других эхинококковых кист в оставшихся сегментах печени [3, 11, 48, 50, 110, 123].

В данном контексте большинство хирургов считают нерациональным применять резекционные вмешательства в виду их травматичности и отдают предпочтение закрытым или полужакрытым ЭЭ с обязательной гермицидной обработкой полости ФК [10, 119, 128]. С этой целью на практике используются химические средства: 60-80% глицерин, 10-30% хлорид натрия, 3-5% раствор повидона, декасан, 2-5% формалин, 70-96% этанола, 0,05% хлоргексидина и др. [7, 18, 49, 104, 132].

Наиболее широкое распространение получила обработка фиброзной капсулы 80% раствором глицерина. Применение глицерина связано с его высокой антипаразитарной активностью на все зародышевые элементы паразита [50, 64, 120]. В арсенале способов девитализации полости ФК широко применяются и физические методы: ультразвуковая кавитация ОП, аргоноплазменная коагуляция, СО<sub>2</sub>-лазеры, озонирование, криодеструкция, термическая обработка ОП нагретым до 70°C фурациллином (по Акматову Б.А.) или горячими парами спирта (по Кенжаеву М.Г.) [6, 8, 17, 48, 99, 107]. Однако, как нам кажется, перечисленные способы не всегда оказываются эффективными, после них встречаются случаи рецидива заболевания и осложнения [40, 52, 105].

Дренирование ОП перфорированными дренажами позволяет проводить дренажно-аспирационную санацию и контролировать процесс облитерации ОП. Одновременно через эти дренажные системы можно проводить лазерную обработку ОП как гермицидная обработка и стимуляция процесса регенерации [72, 88, 126]. Оперативное лечение нагноившегося ЭП заключается в выполнении одного из методов открытой или полужакрытой ЭЭ [34, 131, 161].

Развитие при перфорации ЭП в билиарный тракт механической желтухи, супрессии функции печени и иммунитета диктует неотложное проведение диагностических и дооперационных лечебных мероприятий, в том числе и эндоскопической ретроградной холангиографии, папиллосфинктеротомии, перкутанной чреспеченочной холангиостомии [30, 57, 77, 106, 141].

Хирургическое лечение заключается в выполнении ЭЭ, ликвидации ОП и места перфорации кисты в желчный проток, санации и дренировании билиарной системы. В послеоперационном периоде проводится антибактериальная и иммуномодулирующая терапия [51, 108, 155].

С целью исключения цистобилиарных свищей во время операции при больших ЭП рекомендуется проводить интраоперационную холангиографию [2, 90, 100]. При выявлении мелких желчных свищей они должны быть ушиты П-образными швами. В случаях перфорации ЭП в желчные протоки оперативное лечение требует выполнения холецистэктомии и наружного дренирования внепеченочных желчных протоков либо формирования билиодигестивного анастомоза [36, 76, 97].

При перфорации ЭП в билиарный тракт наружное дренирование желчных протоков на Т-образном дренаже в ряде случаев оказывается неадекватным в связи с закупоркой его детритом или мелкими дочерними кистами. В таких случаях некоторые хирурги рекомендуют гепатикоеюностомию на выключенной по Ру петле тонкой кишки, через которую в кисту устанавливается широкий дренаж для санации и эвакуации содержимого кисты в тонкую кишку. Данная хирургическая тактика обязательно должна быть дополнена химиотерапией [103, 152, 158]. При развитии стриктур желчных протоков как исход перфорации ЭП в желчные протоки хорошие рекомендации получило эндоскопическое стентирование стриктур [30, 53, 60].

При осложнении ЭП прорывом в плевральную полость рекомендуется операция торакотомным или торакофренолапаротомным доступом, заключающаяся в последовательном удалении паразитарной кисты плевральной полости и печени, а также патологического соустья между ними и завершается отдельным дренированием плевральной и брюшной полостей [4, 43, 55, 81, 82, 96]. Шевченко Ю.Л. и Назыров Ф.Г. (2016) применяют оригинальный способ одномоментного дренирования полости кисты печени и транскистозно – полости паразитарной эмпиемы плевры [104].

При ЭП, осложненном обызвествлением (2-9%), до настоящего времени

спорным вопросом является тактика по ликвидации ОП после ЭЭ, что связано с трудностью, а порой невозможностью ее выполнения из-за кальцинирования, плотности стенки ФК [67, 95, 101, 130]. ЭЭ с наружным дренированием полости ФК обязательно приводит к формированию ОП, имеющей тенденцию к нагноению [54, 69, 77, 115]. При обызвествленном ЭП показаны перицистэктомия или резекция печени, а при невозможности их выполнения – антипаразитарная обработка и аргоноплазменная коагуляция с пломбировкой ОП сальником [75, 87, 109, 124].

В целом, методология хирургических операций при ЭП на сегодня отработана в достаточной степени. Однако разнообразие методов операций, начиная от эхонавигационных пункционных технологий и до резекций печени, свидетельствует о разном подходе хирургов, об отсутствии единого унифицированного метода операции. Широко применяемые лапаротомные вмешательства характеризуются тяжелым послеоперационным течением, выраженным болевым синдромом, нарушением функции внешнего дыхания, длительной послеоперационной реабилитацией, частыми осложнениями [17, 20, 47, 62, 79].

В последние годы широкое распространение получают видео лапароскопические технологии в лечении многих заболеваний органов брюшной полости [54,160]. Разработка и внедрение в практику эндовидео хирургических технологий позволило устранить наиболее существенный недостаток полостной хирургии. Эта диспропорция между длительным созданием травматичного операционного доступа и непродолжительным вмешательством на печени. Малая инвазивность лапароскопических операций, не уступающих по эффективности полостным оперативным методам лечения, позволяет во всех случаях улучшить качество жизни оперированных больных [30,53,59-62,80].

Если в хирургии желчнокаменной болезни и непаразитарных кист печени эндовидеохирургия утвердилась как «золотой стандарт» лечения, то в хирургии ЭП ее применение пока еще изучается и является дискутабельным из-за опасности развития таких осложнений, как прорыв стенки кисты и подтекание

гидатидозной жидкости с последующим развитием анафилактического шока и рецидива болезни. С появлением лапароскопической хирургии в лечении ЭП проблема анти- и апаразитарности лечения приобрела еще большую актуальность [57,63,121, 151].

Вопрос о сроках проведения оперативного вмешательства при осложненном ЭП всеми авторами решен в пользу ранней операции. Большинство хирургов допускают возможность хирургической операции даже при тяжелом состоянии больных, поскольку оперативное вмешательство сама по себе считается как важное звено в комплексе лечебных мероприятий, направленных на выведение больных из тяжелого септического состояния [41, 68, 98, 127, 159].

Таким образом, все методы хирургического лечения осложненного ЭП условно разделяются на несколько этапов: 1 – оперативный доступ к паразитарной кисте печени, 2 – пункция, обеззараживание, вскрытие и эвакуация содержимого ЭП, 3 – обработка ОП, 4 – ликвидация ОП и ее дренирование [2, 31, 45, 78, 118]. Анализ литературы по хирургическому лечению осложненного ЭП свидетельствует о неудовлетворенности хирургов существующими методами оперативного лечения, на что указывают высокие показатели послеоперационных осложнений и летальности [7, 13, 46, 127, 140].

Следует отметить, что при осложненном ЭП операция ЭЭ не является окончательным этапом лечения, в 30-80% наблюдений длительно сохраняются ОП и желчные свищи, развивается раневое истощение, иммунные нарушения и амилоидоз [61, 70, 119, 136, 154, 162]. Несмотря на то, что хирургические операции остаются главными в лечении больных ЭП, осложнения, в частности послеоперационные, снижают эффективность и пролонгируют период реабилитации оперированных.

Основные причины развития осложнений после ЭЭ заключаются в нарушении принципов обработки ОП: недостаточная санация ОП; неполная ликвидация ОП; неадекватное дренирование ОП; не выявление цистобилиарных коммуникаций в ОП; оставление кальцинированной стенки ФК,

препятствующей облитерации ОП; преждевременное удаление дренажа ОП [3, 25, 39, 73, 83, 105].

Структура специфических послеоперационных осложнений при ЭП разнообразна и включает следующие осложнения: формирование ОП (3%), нагноение не дренированной ОП гематогенным путем или миграции микробов с желчью через мелкий желчный проток (1,7-14,2%), нагноение дренированной ОП (22,4%), нагноение операционных ран (3,1- 8,2%), плеврит (2,2-5,2%), послеоперационная пневмония (1,1-3,4%), перитонит (1,5-3,7%), рецидив (3,3-54%) [26, 50, 112, 131, 138, 157].

ОП после операций формируется в основном при поддиафрагмальной локализации ЭП, которые, как правило, недостаточно дренируются. Нагноение ОП поддиафрагмальной локализации вызывает воспалительную реакцию плевры с развитием гнойного плеврита [34, 51, 89, 132]. При прогрессировании гнойно-воспалительного процесса, а также неправильной лечебной тактике, особенно у ослабленных больных, возможно развитие перфорации гнойного кистозного содержимого в плевральную полость, в ряде случаев с формированием желчно-бронхиальных фистул (14,2%) [43,75, 82, 120].

Основными этиологическими факторами развития наружного желчного свища считаются некорригированная билиарная гипертензия; прорезывание швов, наложенных при ушивании ОП; стриктуры желчных путей; нагноение операционных ран; нагноение резидуальных ЭП [12, 35, 135, 144, 149].

Нагноение послеоперационных ран развивается при условии критической бактериальной диссеминации, достигающей до  $10^1$ - $10^6$  микробных тел в 1 грамме раневой ткани [9, 52, 84, 108]. Возможно нагноение и при меньшей концентрации микробов, что, как правило, имеет место при снижении общей неспецифической и местной сопротивляемости клеток и тканей к инфекционной интервенции. Различают эндогенные и экзогенные виды инфицирования гнойно-воспалительных раневых осложнений [38, 64, 93, 102, 125].

Из респираторных осложнений часто встречается послеоперационная пневмония (1,1-3,4%), которая бывает первичной послеоперационной как

самостоятельное осложнение и вторичной (септической) в результате прогрессирования абдоминального гнойно-воспалительного процесса [7,54, 112,134]. Послеоперационная пневмония в 91,4% случаев имеет бактериальный генез [67, 90, 130, 148].

Доказано, что патологическая транслокация микроорганизмов в дыхательные пути развивается вследствие нарушения дренажной функции бронхов, супрессии активности альвеолярных макрофагов, дисфункции сурфактантной системы легких, снижении иммунных механизмов протекции бронхов [78, 100, 142].

Воспалительная реакция плевры стимулирует продукцию экссудата в плевральной полости, приводя к развитию плевритов в 2,2-5,2% случаев [33, 43, 66, 123]. Различают асептические и инфекционные плевриты. Асептические плевриты развиваются после травматичных оперативных вмешательствах при ЭП с локализацией в верхне-задних сегментах печени [69, 82, 114, 133].

Выделяют первичные и вторичные формы послеоперационного перитонита при хирургическом лечении осложненного ЭП [34, 63, 75, 98, 156]. Первичный послеоперационный перитонит развивается в случаях инфицирования брюшной полости до- и во время хирургической операции или в первые 24-48 часов после нее. Вторичный послеоперационный перитонит возникает только в послеоперационном периоде спустя 2 суток.

При ЭП послеоперационный перитонит встречается в 1,5-3,7% случаев, а послеоперационный, нозокомиальный сепсис – в 0,6-2,2% [4, 32, 55, 144]. В специальной литературе сепсис интерпретируется как тяжелый, неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, развивающийся в условиях нарушения реактивности организма больного [14, 114, 143, 145].

Рецидив ЭП рассматривается как осложнение многофакторного характера, причиной которого является тактико-технические ошибки хирургов, а именно нерадикальность операции (24,3%), несоблюдение принципов антипаразитарности (18,3%), а также неустановленный до- и интраоперационно множественный (36,8%) и сочетанный эхинококкоз (20%) и спонтанная

диссеминация (0,6%) [6, 28, 31, 49, 58, 70, 84, 105].

Различают общие и местные послеоперационные осложнения ЭП. Общие осложнения зависят от исходного функционального состояния бронхо-легочной, печеночной, сердечно-сосудистой систем, а также уровня иммунной защиты организма. Местные осложнения включают нагноение операционных ран и ОП, желчеистечение, кровотечение, развитие свищей (гнойных, желчных, кишечных) [5, 75, 102, 118].

В хирургии эхинококкоза одной из актуальных проблем продолжают оставаться послеоперационные гнойно-септические осложнения, которые в свою очередь увеличивают сроки оперативного лечения и повышают послеоперационную летальность при первичном ЭП, составляющей 5,2-6,6%, а при рецидивном ЭП – до 10,8%, что обусловлено исходным тяжелым состоянием больных и течением заболевания [4, 34, 44, 66, 86, 111, 133, 161].

Для улучшения результатов оперативного лечения больных ЭП и профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений были предложены различные организационные, тактические и технические лечебные методы, в основе которых лежит борьба с хирургической инфекцией как комплексная стратегия профилактики гнойно-септических осложнений после операции [50, 78, 101, 134, 159]. Были предложены различные методы стимуляции общей неспецифической и специфической сопротивляемости организма больных ЭП путем применения биопрепаратов ( $\gamma$ -глобулины, вакцины, иммунные сыворотки, анатоксины, фаготерапия) [14, 46, 70, 122, 146, 162].

Антибиотикотерапия, несмотря на широкое и рутинное ее применение, в профилактике послеоперационных осложнений разными авторами интерпретируется неравнозначно [3, 20, 51, 82, 116, 128]. Как правило, рекомендуется начинать с пери операционной антибиотикопрофилактики, т.е. вводить препарат за 30-40 минут до кожного разреза вместе с премедикацией, чтобы создать к моменту максимальную интраоперационную концентрацию препарата в крови и тканях [10, 32, 59, 118, 132].

Необходимо иметь ввиду то, что, во-первых, большинство патогенной микробной флоры, инициирующей развитие воспалительных осложнений после «чистых операций», отличаются антибиотикоустойчивостью. Во-вторых, увеличивается количество случаев развития побочных реакций на антибиотики. В третьих, антибактериальные препараты вызывают иммунодепрессивный эффект [1, 45, 119, 127].

Среди причин развития послеоперационных инфекционно-воспалительных осложнений существует использование некачественного шовного материала [40, 54, 65, 95, 122, 151]. Экспериментальными и клиническими исследованиями было доказано, что шовный материал на основе шелка и кетгута способен вызывать воспалительно-деструктивные реакции тканей, которые могут привести к местным гнойно-септическим осложнениям [12, 32, 47, 145]. Соответственно обосновано применение современных шовных материалов на атравматической игле с декретированными сроками рассасывания (викрил, полидиоксанон, монокол и др.) [45, 83, 99, 144].

Еще одним из важных причин развития инфекционно-воспалительных осложнений являются хирургические ошибки организационного и тактико-технического характера, а также осложненное течение заболевания [55, 69, 102, 108].

Следующим элементом профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений в хирургии ЭП является выполнение превентивных мер предупреждения интра- и послеоперационных осложнений [5, 38, 91, 116]. Это меры по оптимизации таких технических аспектов хирургической операции, как изоляция, пункция, аспирация, вскрытие эхинококковой кисты, гермицидная обработка, ликвидация или дренирование ОП, поиск и ликвидация желчных свищей, раннее выявление и лечение послеоперационных осложнений [29, 47, 71, 94, 106]. В тематической литературе описано множество инновационных разработок разных исследователей с результатами клинической апробации [42, 44, 61, 80, 140, 160].

Аналогично онкологическим принципам абластики и антибластики в

хирургии ЭП обязательно должны быть соблюдены принципы апаразитарности и антипаразитарности [7, 18, 49, 50, 64]. Принцип апаразитарности классифицируется как комплекс интраоперационных мероприятий, направленных на профилактику диссеминации зародышевых элементов эхинококковой кисты.

Соблюдение данного принципа достигается путем рационализации операционных доступов, изоляции эхинококковой кисты от окружающих тканей, оптимизации и тщательного проведения антипаразитарной обработки полости кисты, стремлению к выполнению операций без вскрытия ЭП («идеальная» ЭЭ, резекция печени, цистперицистэктомия) [11, 48, 58, 70, 146]. Но, несмотря на множественные тактические и технические превентивные подходы, во время хирургической операции в зависимости от ряда особенностей ЭП (локализация и количество кист, наличие осложнений, спаечный процесс и др.) невозможно достичь абсолютной апаразитарности во всех случаях [10, 63, 105, 128, 135].

Трудный и неудобный операционный доступ и наличие возможных спаек не позволяют выполнить полную изоляцию паразитарной кисты от окружающих органов и тканей, а ЭП с тонкой стенкой может перфорироваться еще при ревизии брюшной полости [86, 109, 124, 143].

Принцип антипаразитарности в хирургическом лечении ЭП подразумевает комплекс мероприятий по уничтожению зародышевых элементов эхинококковой кисты с использованием физических, химических или сочетанных гермицидных методов, оказывающих специфическое антипаразитарное действие [11, 52, 64, 155, 159]. При открытой ЭЭ содержимое кисты удаляется после тщательной ее изоляции от окружающих органов и брюшной полости.

Во время любой операции по поводу ЭП существует риск перфорации кисты с развитием анафилактической реакции и распространенной имплантации жизнеспособных протосколексов [12, 41, 113, 125, 152]. Во избежание этих осложнений после пункции и аспирации гидатидозной жидкости используются

инъекции в полость кисты различных антисколецидных химических (3% повидон, 80-100% глицерин, 30% раствор хлорида натрия, декасан, 90<sup>0</sup> этанол, нагретый до 70<sup>0</sup> фурациллин, цетримид, 3% формалин, 30% тиосульфат натрия, 0,05% раствор уресульфата и др.) и физических (ультразвуковая кавитация, лазер, горячие пары спирта и др.) средств [6, 18, 21, 48, 66, 104].

Для профилактики излияния содержимого ЭП также предлагаются специальные конструкции хирургических инструментов в виде вакуумных аспираторов, цистотомы [102, 108]. Целью дренирования ОП после ЭЭ является своевременная эвакуация жидкостных скоплений (серозно-гнойный экссудат, желчь, кровь) и антисептическая санация для предупреждения послеоперационных гнойно-септических осложнений со стороны ОП. Для этого используются различные дренажные методы и системы – двухпросветные дренажи, сквозное дренирование, одним или двумя дренажами и др. [10, 43, 61, 100, 126]. В случае таких ятрогенных ошибок, как выпадение или миграция дренажа, неадекватное дренирование, наступает нагноение ОП, формирование желчного свища, кровотечение [12, 38, 51, 72, 95, 115].

Одним немаловажных показателей рационализации послеоперационной реабилитации пациентов ЭП считается экспертная оценка степени хирургического риска и прогнозирование осложнений, в частности гнойно-воспалительных [45, 69, 80, 88, 113]. Известно, что объективная возможность развития послеоперационных осложнений возрастает у пожилой и старческой категории больных, при сниженной иммунобиологической резистентности организма [75, 104, 119, 162]. В связи с этим необходимо рационально планировать периоперационную тактику ведения и объем хирургической операции. Необходим глубокий анализ клинико-лабораторной и инструментальной информации и сопоставление на этом основании показания и противопоказания к тому или иному методу операции [45, 78, 127, 133].

Существуют научные работы по изучению хирургического риска до операции и взаимосвязь его от метода операции [25, 39, 51, 89, 101]. Хирургический риск определяется при выявлении и клинической оценки

наиболее значимых этиологических факторов. Главными из них являются степень инвазивности и объем планируемой операции [1, 17, 44, 56]. Также учитываются такие данные, как возраст больного, особенности клинической манифестации ЭП, наличие и тяжесть сопутствующих заболеваний [38, 47, 108].

Для определения степени операционного риска была предложена бальная оценка факторов риска, согласно которой выделяют 5 степеней операционного риска, определяемые учетом возраста больных, характера патологии, объема операции, наличием сопутствующих заболеваний [104]. Было доказано, что частота послеоперационных осложнений возрастает при высоком операционном риске, в частности при 5 степени риска – до 75%, из которых в 30% наступает летальный исход [32, 102].

Ретроспективный анализ послеоперационных осложнений свидетельствует о том, что у большинства оперированных больных была возможность предупредить развитие тех или иных осложнений при использовании высокотехнологичных методов диагностики, правильном периоперационном ведении, проведении комплекса мер по профилактике с инфекцией, тщательном соблюдении правил асептики и антисептики [1, 69, 110, 117, 161].

## **РЕЗЮМЕ.**

На фоне заметного прогресса в деле диагностики, лечения и профилактики ряда специфических послеоперационных осложнений хирургического лечения ЭП еще не достигнуты стабильные результаты, а потому сохраняется актуальность:

- разработки, внедрения и оценки эффективности способов ранней диагностики послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных осложненным ЭП, основанной на малоинвазивности и диагностической эффективности инструментальных методов исследований;

- разработки, внедрения и оценки результативных способов тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений ЭП, основанных на использовании принципов разгрузки и санации ОП.

## ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Работа относится к категории контролируемых клинических испытаний.

**Объектом исследования** являются хирургические больные с осложненным ЭП. 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.

**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.

Как видно из табл. 2.1., возраст обследованных больных колебался в пределах 15-70 лет. Женщин было 101(54,4%), мужчин 85 (45,6%). Абсолютное большинство больных находились в возрасте в трудоспособном возрасте (21-50 лет). Около 2/3 больных составили лица молодого возраста (21-45 лет).

Таблица 2.1. - Распределение больных ЭП по полу и возрасту

Пол	Всего		Возраст (лет)					
	Абс.	%	< 20	21- 30	31-40	41-50	51-60	>60
Муж	85	45,6	15	17	20	18	10	5
Жен	101	54,4	19	20	19	20	13	10
Итого	186		34	37	39	38	23	15
%		100,0	18,2	19,8	20,9	20,4	12,3	8,4

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 (рис. 2.1).

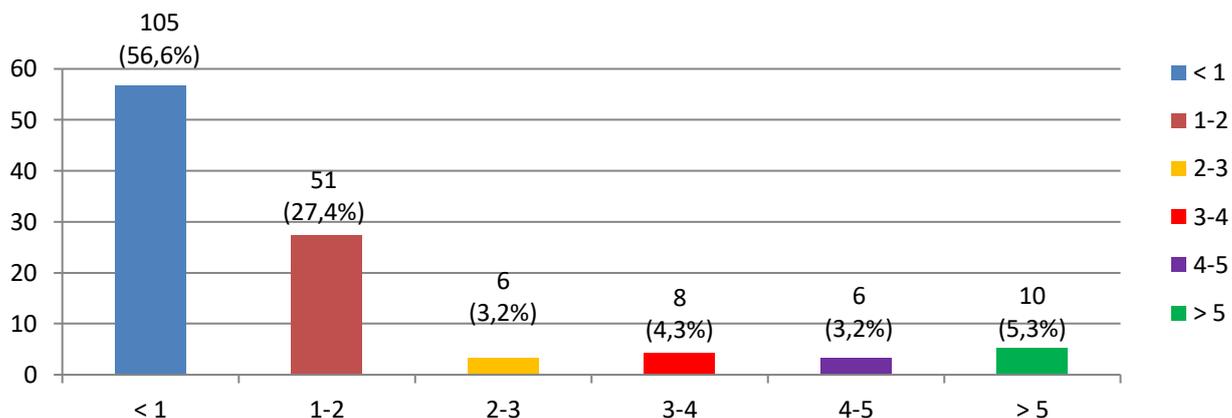


Рис. 2.1. Распределение больных ЭП по давности заболевания (в годах).

Всем больным с ЭП проводилось комплексное клинико-лабораторное обследование, УЗИ органов брюшной полости, а также, по показаниям, КТ, МРТ, эндоскопическое и другие инструментальные исследования. Общеклиническое обследование больных с ЭП проводилось по стандартной методике и включало опрос, осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию.

Лабораторные исследования включали: общий анализ крови и мочи; анализ крови на общий билирубин и его фракции, общий белок и его фракции, амилазу, сахар, мочевины, креатинин, АлТ, АсТ, тимоловую пробу, коагулограмму. Для их проведения использовали стандартные унифицированные методики в лабораториях ОМОКБ.

Все клинико-лабораторные и биохимические исследования выполнены до и после ЭЭ печени на 3-ьи и 5-е сутки. Обычно, эти исследования отражали состояние больных, а также количественные параметры клинико-лабораторных и биохимических исследований, включая ЛИИ, соответственно, на 3-ьи и 5-е послеоперационные сутки.

Контрольными показателями служили соответствующие показатели 18 здоровых лиц в возрасте от 20 до 35 лет. В анамнезе этой группы обследованных людей, как правило, не было факта заболевания ЖКТ, ССС, выделительной системы. Все количественные параметры исследования соотносились с таковыми у этих лиц клинического контроля.

Надо отметить, что все ультразвуковые и рентгенологические исследования выполнялись для диагностики заболеваний, их осложнений в процессе лечения больных, тогда как некоторые функционально-физиологические, гомографические, включая анализ ЛИИ для характеристики тяжести течения послеоперационного периода, то есть для фиксированной реализации задач исследования.

Инструментальные методы диагностики осложненного ЭП. Всем исследуемым пациентам было выполнено комплексное обследование УЗИ. Исследование проводили на ультразвуковом аппарате Mindray, производство КНР. Для исследования печени наилучшими являются конвексные датчики частотами 3,5-5 МГц или мультисекционные и широкополосные датчики, позволяющие получать наиболее качественное изображение в широком спектре частот. Частота порядка 3,5 МГц позволяет получить наилучшее изображение на большой глубине – до 28 см. А частота порядка 5 МГц обеспечивает хорошее качество изображения на меньшей глубине – до 20 см (табл. 2.1).

Таблица 2.2 - Структура и объем выполненных исследований

Методы исследования	Объем исследования	
	Число обследованных	Число исследований
Клинико-биохимическое	109	368
Клинико-лабораторное	109	464
УЗИ	66	72
Рентгенологическое	45	58
Бактериологическое	34	50
ЛИИ	109	220

Пациентам по стандартной методике проводили УЗИ печени через переднюю брюшную стенку. Для получения удовлетворительного изображения печени в большинстве случаев достаточно проведения сканирования в трех плоскостях со стороны эпигастрии и правого подреберья - косой, продольной и

поперечной. Структура паренхимы неизменной печени представлена мелкозернистым изображением средней эхогенности, состоящим из множества мелких точечных и линейных структур, равномерно расположенных по всей площади полученного среза. Иногда вариантом неизменной паренхимы печени может быть более крупнозернистое изображение, при условии сохранения однородности ткани.

По эхогенности ткань нормальной печени сопоставима или несколько превышает эхогенность коркового вещества почки, являющегося эталоном при отсутствии патологии этого органа. В ряде случаев в области ворот печени может наблюдаться некоторое повышение эхогенности паренхимы органа. Эхогенность хвостатой доли печени из-за особенностей ее расположения часто может быть несколько ниже эхогенности левой доли.

Причиной, приводящей к некоторому снижению эхогенности хвостатой доли, чаще всего являются повышенное поглощение и отражение ультразвука круглой связкой и воротами печени.

Однако известный способ диагностики не обладает достаточной точностью и информативностью, так как возможна только субъективная визуальная оценка эхогенности структуры паренхимы печени в сравнении с эхогенностью коркового вещества почки без применения объективных показателей оценки состояния паренхимы органа.

УЗИ диффузных поражений печени представляет определенные трудности, которые связаны объективными (тип ультразвукового аппарата, технические возможности, дополнительные функции и разрешающая способность) и субъективными (уровень подготовленности специалиста ультразвуковой диагностики, так как каждый специалист по-разному оценивает эхогенность, эхоплотность паренхимы печени) факторами.

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.

Для оценки состояние паренхимы печени вокруг эхинококковой кисты и здоровых непораженных тканей после операции 3-5-7 сутки 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. Регистрировали цифровой гистографический показатель среднего уровня интенсивности эхосигнала произвольной области ультразвукового изображения MN паренхимы печени, а на основе полученных данных строили графическую кривую гистограммы ткани печени. Таким образом, проводили сравнительный анализ полученных результатов с диффузными поражениями печени.

В ходе гистографического исследования регистрируют основной цифровой гистографический показатель: MN (MEAN) – Thesis the mean intensity level in the specific area (средний уровень интенсивности эхосигнала произвольной области ультразвукового изображения). Горизонтальная ось графика гистограммы представляет собой шкалу полутонов, имеющую уровни интенсивности от 0 до 63. Вертикальная ось характеризует распределение уровней интенсивности на произвольном участке, где число пикселей для чаще всего встречающейся интенсивности принято равным 100%.

Оперативное вмешательство при ЭП имеет целью удаление эхинококковых кист с их содержимым и при этом максимально обезопасить больного от возможности оставления в печени или где-либо в брюшной полости жизнеспособных сколексов и дочерних пузырей эхинококка, которые могут привести к рецидиву заболевания.

В нашу задачу, как это указывалось во введении, не входило разработка лабораторной инстиляции осложненного ЭП. Наряду с обще клиническими исследованиями крови и мочи, в качестве неспецифических маркеров тяжести

течения послеоперационного периода у больных осложненным ЭП были использованы клинико-биохимические методы (билирубин, печеночный функциональные пробы, АЛТ, АСТ, амилаза, остаточный азот, мочевины, креатинин, ионограмма крови).

В качестве прямого маркера интоксикации на фоне которого, как правило использовали ЛИИ, который определяли по Я.Я.Кальф-Калифу (1941) в модификации Ю.М.Островского и соавт. (1983) по формуле: ЛИИ - плазматические клетки + миелоциты + юные + палочкоядерные + сегментоядерные / эозинофилы + моноциты + лимфоциты. У здоровых людей ЛИИ - 0,5 - 1 ед.

В процессе выполнения операции ЭЭ изоляция нами осуществлялась в нескольких последовательных этапах: 1) до операции обкладывали операционное поле перед непосредственной лапаротомией; 2) второй раз операционными полотенцами изолировали кожу и подлежащие ткани операционной раны; 3) третий раз после рассечения брюшины салфетками; 4) четвертый раз непосредственно перед удалением кисты (при идеальной ЭЭ) или ее пункции и рассечения (при открытой ЭЭ).

Пораженный участок печени по максимальной возможности полностью изолировался большими операционными салфетками от окружающих органов и тканей брюшной полости. Кроме того, в абсолютно большинстве случаев эвакуация содержимого кисты осуществлялась использованием аспирационной технологии.

Анализ литературы показывает, что единого мнения в отношении классификации оперативных вмешательств до настоящего времени не существует, как в нашей стране, так и за рубежом. Причиной этому является не только большое разнообразие способов удаления и ликвидации остаточной полости, но и особенности характеристики строения эхинококковых кист (наличие двойной оболочки, дочерних пузырей и т.д.).

При обозначении способа операций мы пользовались классификацией А. З. Вафина (РФ, 2000). [22].

I. Способы эхинококкэктомии: 1) Закрытая - без вскрытия кисты

(«идеальная»;резекция органа с кистой; удаление органа с кистой; перицистэктомия); 2) Открытая - с пункцией или вскрытием кисты и удалением ее содержимого; 3) Сочетанная - при множественном эхинококкозе - сочетание закрытого удаления одних и открытого удаления других кист.

II. Методы ликвидации остаточной полости: 1) Полная ликвидация остаточной полости путем (капитонажа; инвагинации фиброзной капсулы; тампонады сальником, оментопластики; тотальной резекции фиброзной капсулы (открытой перицистэктомии); субтотальной резекции фиброзной капсулы с аплатизацией остающейся (неудаляемой) площадки фиброзной капсулы); 2) Неполная ликвидация остаточной полости с ее наружным дренированием после (капитонажа; инвагинации фиброзной капсулы; тампонады сальником); 3) Только наружное дренирование остаточной полости; 4) Внутреннее дренирование остаточной полости - цистодигестивные анастомозы.

Цифровой материал диссертации обработан методами вариационной статистики с помощью ПК (пакет анализа Microsoft Excel\*2010). Для всех величин определены средние показатели (M) и ошибки средних ( $\pm m$ ). Разница считалась достоверной, если вероятность возможной ошибки, определенной по критериям Стьюдента (P) была  $<0,05\%$ .

### ГЛАВА 3. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ И ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ ЭХИНИКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Задачей данной главы является 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.

Как видно из главы 2 и из рис. 2.1, у более половины больных (56,6%) давность заболевания составил <1 года и лишь у 5,3% больных, то есть в 10 раз меньше, давность заболевания составил >5 лет. Скорее мы связываем это с тем, что многие пациенты не обращали внимание на свое состояние.

Как видно из табл. 3.1, основными жалобами было наличие болевого синдрома, который отмечен у всех больных (100%).

Таблица 3.1 - Семиотика больных осложненным ЭП при поступлении

Симптомы	Абс.	%
Боль:	186	100
– в правом подреберье	179	96,2
– в эпигастрии	8	4,3
– по всему животу	16	8,6
Характер боли:		
– постоянная тупая	82	44,0
– приступообразная	89	47,8
Иррадиация болей:		
– в лопатку	11	5,9
– в шею	1	0,5
– в руку	3	1,6
Тошнота	168	90,3
Рвота	63	33,8
Сухость во рту	161	86,5
Слабость	172	92,4
Ожирение 2 ст.	2	1,0
Желтуха в анамнезе	8	4,3
Увеличение печени	23	12,3
Болезненность в правом подреберье	180	96,7
Горечь во рту	15	8,0

По сути, появление боли и явилось основной причиной для обращения пациентов за медицинской помощью с последующей госпитализацией.

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

Зачастую больные отмечали сухость во рту (86,5%), слабость (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 12,3% больных диагностировано увеличение печени, а у 4,3% - в анамнезе болезни была установлена желтушность.

Как видно из табл. 3.2., у 37 (57,8%) больных были обнаружены различные сопутствующие заболевания. У 17 (9,1%) из них выявлены два, три и более сопутствующих заболеваний обнаружены у 11 (5,9%) пациентов.

Таблица 3.2 - Сопутствующие заболевания больных осложненным ЭП.

Заболевания	Абс.	%
КБС, атеросклеротический кардиосклероз	10	5,3
Гипертоническая болезнь I-III стадии	3	1,6
Мерцательная аритмия, экстрасистолия	3	1,6
Недостаточность кровообращения I-IIст	7	3,7
Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей	6	3,2
Пневмония	5	2,6
Хронический бронхит	10	5,3
Диффузный пневмосклероз	2	1,0
Диссеминированный туберкулез с распадом	1	0,5
Буллезная болезнь	1	0,5
Ателектаз	1	0,5
Язвенная болезнь	1	0,5
Эрозивный гастрит, дуоденит, анастомозит	11	5,9
ЖКБ. Хронический холецистит	13	6,9
Хронический гепатит	3	1,6

Спаечная болезнь	6	3,2
Дивертикул Меккеля	2	1,0
Полип слепой кишки	1	0,5
Послеоперационная вентральная грыжа	1	0,5
«Геморрой»	2	1,0
Анемия (Hb 110-90 г/л)	12	6,4
Анемия (Hb 90-70 г/л)	13	6,9
Анемия (Hb 70 г/л и ниже)	6	3,2
МКБ. Хронический пиелонефрит	3	1,6
Киста почек	1	0,5
ХПН	1	0,5
Уретерогидронефроз	1	0,5
Гипоплазия почек	1	0,5
Киста яичника	2	1,0
Сахарный диабет, 2 тип	1	0,5
«Реактивный артрит лучезапястных и голеностопных суставов»	1	0,5
Кахексия	10	5,3

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%.

Как видно из табл. 3.3., у 186 пациентов обнаружены 224 эхинококковые кисты разных признаков. «При этом в 74,2% случаев имелось расположение эхинококковых кист в правой доле, а в ней у более ½ части пациентов - в 109 или же 58,6% случаев располагались в VII и VIII сегментах печени». Тогда как в правых и левых долях расположение эхинококковых кист имелось у 17 (9,2%) пациентов.

Таблица 3.3 – Расположение эхинококковых кист у пациентов с осложненным эхинококкозом печени

Доли				Всего	
Правая		Левая	Обе		
6-7 сегмент	7-8 сегмент	4-5 сегмент		Абс	%
29	109	31	17	186	
15,6	58,6	16,6	9,2		100

Первичный ЭП выявлен у 154 (82,7%) больных, причем солитарные кисты были выявлены у 104 пациентов. При рецидивах чаще выявлялись (n-18) множественные кисты.

Как видно из рис. 3.1., у 105 пациентов (56,3%) выявлены эхинококковые кисты размером в диаметре до 10 см. Эхинококковые кисты размером >10 см наблюдались у 43,5%.

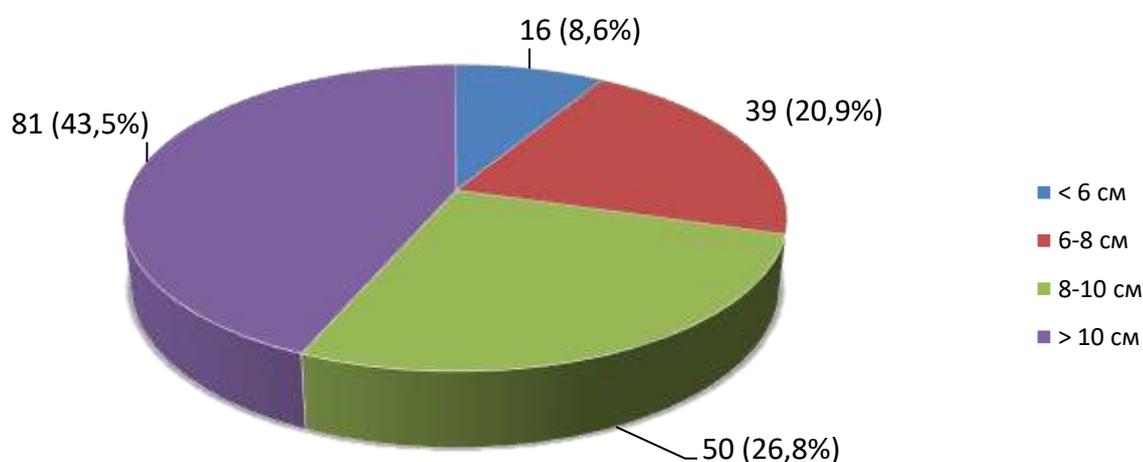


Рис.3.1. Размеры эхинококковых кист в печени (диаметр в см).

«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»[13]. У 29,5% больных отмечалось изолированное нагноение кисты печени.

Мы проанализировали клинико-лабораторные показатели у больных с ЭП.В момент первичного осмотра врач, как правило, констатировал тяжелое состояние либо средней тяжести.

Локально при осмотре больных с ЭП наблюдали эластичное, болезненное выпячивание в правом подреберий. «При расположении кисты брюшной полости и прорывах больные отмечали боль и напряжения мышц передней брюшной стенки» [60].

Как видно из табл. 3.4., в клинической картине в основном преобладали общие признаки, свидетельствующие о наличии гнойной инфекции. 1/3 больных

при поступлении отмечали озноб (33,3%), у 18 больных (9,7%) имело место желтушность кожных покровов.

Таблица 3.4 - Частота проявления симптомов при ЭП.

Симптомы	Абс.	%
Желтушность кожных покровов	18	9,7
Озноб	64	33,33
Похудание	38	19,79
Гипербилирубинемия	27	14,06
Эозинофилия	60	31,25
Ускорение СОЭ	128	66,66
Лейкоцитоз	70	36,45
Анемия	8	4,16

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.

В целом, выраженность клиники осложненного ЭП зависели от длительности течения гнойного процесса, локализация и размера кисты, а так же от общего состояния больного.

Как видно из табл. 3.5, у 4,16% больных отмечалась анемия. Лейкоцитоз выявлялся у 36,5% больных, а ускоренное СОЭ – у 66,6% больных. Эозинофилия выявлена у 31,25% больных. При осложненном ЭП отмечалась анемия практически у более 2/3 больных осложненным ЭП. Синхронно со снижением количества эритроцитов достоверно было снижено содержания Hb и ЦП. СОЭ

было ускоренной, составляя  $21,4 \pm 6,1$  мм/ч. у 66.66% больных.

Таблица 3.5 - Показатели гемограммы при осложненных ЭП

Показатели	M ± m
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	$3,3 \pm 0,7$
Эозинофилы, %	$2,1 \pm 0,9$
ЦП, ед	$0,8 \pm 0,25$
СОЭ, мм/час	$21,4 \pm 6,1$
Сегментоядерные нейтрофилы, %	$67,3 \pm 3,5$
Палочкоядерные нейтрофилы, %	$2,3 \pm 1,7$
Моноциты, %	$2,5 \pm 1,8$
Лимфоциты, %	$18,6 \pm 5,2$
Лейкоциты, $\times 10^9 /л$	$7,1 \pm 1,9$
Нв, г/л	$105,8 \pm 0,58$

Лейкоцитоз ( $7,1 \pm 1,9 \times 10^9/л$ ) выявлен у 36.45%. Таким образом, выраженный нейтрофилез наблюдались практически у каждого второго пациента.

Как видно из табл. 3.6., у больных имело место нарушения показателей печеночного теста, что в особенности выражено у лиц с перфорациями эхинококковой кисты в билиарную систему.

Таблица 3.6 - Биохимические показатели при осложненных ЭП

Показатели	M ± m
Билируб(общий), мкМоль/л	$27,14 \pm 0,94$
Билируб(прямой), мкМоль/л	$9,58 \pm 0,58$
Билируб(непрямой), мкМоль/л	$17,56 \pm 4$
Белок (общий), %	$68,20 \pm 0,5$
Тимоловая проба, ед	$5,44 \pm 1,2$
Сулемовая проба, ед	$1,50 \pm 0,6$
Остаточный азот, мМоль/л	$15,70 \pm 1,3$

Кроме того, отмечается умеренное повышение общего билирубина за счет

прямого билирубина сыворотка крови и повышение уровня ферментов сыворотки крови.

Таким образом, функциональные тесты, как впрочем, гемограмма отражают лишь общую картину заболевания и лишь косвенно указывают на специфические осложнения ЭП.

В этой связи, установление правильного диагноза возможна лишь при анализе совокупности клинического и лабораторного показателя, а также необходимо учитывать инструментальные методы исследования.

Нами выполнен анализ клинико-лабораторных показателей при осложненном ЭП. Общие признаки гнойной интоксикации были основной жалобой почти у всех больных, по поводу которых они в основном и обследовались. Следует отметить, что при остром течении заболевания преобладали местные симптомы и признаки тяжелой гнойной интоксикации, а при длительном течении во многом стертые признаки интоксикации.

В анализах крови отмечается выраженное повышение лейкоцитов, при этом сдвиг лейкоформулы отмечено у 36.45% больных влево и ускоренное СОЭ у 66.66%.

При объективном осмотре состояние почти всех больных было тяжелым либо средней тяжести.

Локально при осмотре больных с осложненными ЭП наблюдали эластичное, болезненное выпячивание в правом подреберий. При расположении кисты брюшной полости и прорывах больные отмечали боль и напряжения мышц брюшной стенке.

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

Такие же симптомы и изменения показателей крови встречаются при всех гнойно-воспалительных процессах различного расположения, в связи с этим, для постановки точного диагноза необходимо комплексный анализ имеющихся

клинических, лабораторных также современных инструментальных исследований.

«Для решения поставленной задачи проведено детальное исследование структурных изменений печени у пациентов контрольной группы и у пациентов с осложненными эхинококковыми кистами печени, где применялся современный способ гистографии» [76].

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

Как видно из рисунка 3.2, «у больных неизменной паренхимой печени при УЗИ при гистографической денситометрии выявлены следующие показатели: распределение эхосигналов структуры паренхимы печени на гистограмме в виде высокого и острого пика графической кривой со «столиком» основания средней величины, расположенного в начальном и среднем отделе горизонтальной оси графика гистограммы шкалы полутонов, что свидетельствует о нормальном состоянии структуры паренхимы печени» [76].



Рис. 3.2. УЗИ при гистографической денситометрии у больных с неизменной паренхимой печени.

Как видно из рисунке 3.3, у «78 больного с осложненной эхинококковой кистой печени гистограмма характеризуется в графическом изображении распределением эхосигналов структуры паренхимы печени в виде низкого и пологого пика графической кривой с широким «столиком» основания, расположенного в среднем и конечном отделах горизонтальной оси графика гистограммы шкалы полутонов» [76]. Тогда как у 12 пациентов в паренхиме печеночной ткани изменений не обнаружено.



Рис. 3.3. УЗИ при гистографической денситометрии у больных с осложненными эхинококковыми кистами печени.

«Представленный способ ультразвуковой гистографической денситометрии помогает в диагностике при целом ряде патологических изменений структуры паренхимы печени: дифференциальная диагностика диффузной и локальной форм жировой дистрофии печени; регистрация отсутствия или наличия, степени выраженности и распространенности диффузных изменений паренхимы печени осложненных формах эхинококкоза и оценка степени выраженности повреждения печеночной ткани при осложненном ЭП» [76].

## **РЕЗЮМЕ:**

Клинико-лабораторные показатели у больных осложненным ЭП зависят от длительности течения гнойного процесса, локализация и размера кисты, а так же от общего состояния больного.

В целях повышения точности диагностики осложненного ЭП на прижизненно-морфологическом уровне необходимо использовать разработанную нами УЗИ-ГДМ с соответствующими параметрами оценки.

## ГЛАВА 4. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОТКРЫТОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ СО СКВОЗНЫМ ДРЕНИРОВАНИЕМ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Задачей данной главы является анализ сравнительной эффективности, 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 с различными видами ликвидации ОП.

Все больные оперированы по срочным показаниям. «Для выбора операционного доступа нами, прежде всего, учитывалась локализация кисты в сегментах печени» [76]. «Как правило, уже до операции старались с помощью УЗИ, МРТ, КТ определить локализацию кист в анатомических структурах печени» [76].

«Выявлено, у 42 (44,21%) больных эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени, а в ней - в 7-8 сегментах 26 (54.16%)» [76]. 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.

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.

Как видно из табл.4.1., 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 4.1 - Операционные доступы, использованные при эхинококкэктомии из печени ( $M \pm m$ )

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

«Верхне-срединная лапаротомия была выполнена больным, главным образом, при локализации эхинококковой кисты в левой доле печени». «Расположение в печени, а именно в правой доле, эхинококковых кист потребовала разреза в правом подреберье по Федорову либо по Кохеру».

«При локализации эхинококковой кисты в задне-верхних сегментах правой доли печени применяли торакотомный доступ справа. Операция выполнялась из правого трансплеврального доступа» [76]. Причем, передне-боковая торакотомия в VI-межреберье применена у 1 больного и в VII-межреберье – у 5 больных.

Приводим клиническое наблюдение, в котором показана неадекватность оперативного вмешательства при рецидивном эхинококкозе купола печени из

лапаротомного доступа.

### **Клиническое наблюдение 1.**

Больная К.М., 1971 г.р., ист. болезни №21713, госпитализирована в плановом порядке в отделение хирургии №1 ОМОКБ 26.10.2007 г. с диагнозом: «Киста печени, правая доля, рецидивная, эхинококкоз. Беременность 27-28 недель».

Больной жалуется боли в правой подреберной области, слабость, потливость, снижение физической активности.

Анамнез болезни: в 1998 году больной по поводу эхинококкоза печени была проведена операция ЭЭ из печени. Операция была выполнена из верхне-срединного доступа. Была выписана в удовлетворительном состоянии. Вышеуказанные жалобы появились за месяц до обращения в клинику.

Анамнез жизни: Страдает хроническим бронхитом, ЖДА 2 ст. В 1998 году – операция ЭЭ из правой доли печени.

Status objectives: Состояние больного относительно удовлетворительное, больной астенического телосложения, активный. Кожа на ощупь влажная, обычной, розовой окраски. Частота сердечных сокращений 82 в 1 мин. Артериальное давление 145-85 мм. рт. ст.

Status locales: язык сухой, обложен белым густым налетом. Живот увеличен в размерах, ассиметрична, по срединной линии выше пупка имеется старый рубец после операции, живот пальпаторно мягкий, болезнен в правом подреберье. Симптом Щеткина-Блюмберга ортицательный. Печень пальпаторно увеличена в размерах, умеренно болезненная. Селезенка при пальпации не пальпируется. Аускультативно в кишечнике перистальтика выслушивается.

«ОАК: «Эр.-3,70x10<sup>12</sup>/л., Нб. -79 г/л., ЦП – 0,6, лейкоц. - 3,6x10<sup>9</sup>/л., нейт. – 72%, лимф - 26%, тромб.- 217x10<sup>12</sup>/л., мон. – 1%, эоз. – 1%, СОЭ-12мм/ч» [76].

«Биохим. анализ крови: сахар крови- 5,2 ммоль/л., общий белок - 68,5 г/л. АЛТ - 77,1 Е/л., АСТ-40,1 Е/л., ПТИ- 70,3%, [76]. Мочевина - 4,50 ммоль/л., общ.бил.- 7,02 мкмоль/л., пр. билир.- 1,70 мкмоль/л., ост.азот - 16,79 ммоль/л.

УЗИ: печень увеличена, контуры ровные, структура левой доли однородная, без очаговых изменений, в правой доле в проекции 7-8 сегментов определяется многокамерная эхинококковая киста размером 9 см. Заключение: «Киста правой доли печени (эхинококковая)».

«ЭКГ: ЧСС 56 уд в 1 минуту, ритм синусовый, вертикальное положение ЭОС. Рентген органов грудной клетки – заключение без очаговой патологии».

«Операция: 29.10.2007г. лапаротомия, ревизия, торакофрено-лапаротомия справа, ЭЭ из правой доли печени, дренирование ОП, дренирование правой плевральной полости по Бюлау».

Ход операции: лапаротомия по Федорову с иссечением старого послеоперационного рубца. В брюшной полости массивные спаечные сращения,

которые ликвидированы острым путем. Печень плотно припаяна к диафрагме. Круглая и серповидная связки печени рассечены, печень мобилизована вниз, но отделить от диафрагмы не представляется возможным. Эхинококковая киста локализована в задних сегментах. С участием торакального хирурга произведена торакотомия справа в VIII-межреберье. «При ревизии диафрагма истончена, на заднем отделе пальпируется кистозное образование». «После взятия диафрагмы на держалки произведена диафрагмотомия, освобождение печени» [76].

«Киста пунктирована, эвакуирована мутная жидкость с хлопьями». «По пункционной игле фиброзная капсула кисты рассечена, удалены хитиновая оболочка и множественные дочерние пузыри» [76]. «Остаточная полость располагается интрапаренхиматозно» [76]. Гермицидная обработка остаточной полости спиртом 96<sup>0</sup>. Дренирование ОП двумя дренажами. «Послойное ушивание торакотомной и лапаротомной ран с дренированием правой плевральной полости по Бюлау» [76].

Послеоперационное лечение: гентамицин 80 мг в/м, ампициллин 1 гр в/м, метрид 100 мл в/в, физ. р-р 400 мл в/в, глюкоза 5% 400 мл в/в, вит С 8,0мл в/в, рибоксин 10 мл в/в, полиглюкин 400 в/в, анальгетики, перевязки.

Заживление швов per prima. Пациент выписан из больницы на 12 сутки с дренажной трубкой.

Данный клинический пример наглядно демонстрирует, что при лапаротомных доступах, несмотря на пересечение связочного аппарата печени, при спаечном процессе между куполом печени и диафрагмой, очень сложно низвести печень и хорошо ревизировать ее купол, а после ранее перенесенной операции оказалось практически невозможным.

Даже в случае отсутствия спаек и низведении печени производить технические манипуляции на куполе печени крайне сложно – неудобно удалять содержимое кисты, выполнить гермицидную обработку остаточной полости, сложно ее закрывать и ликвидировать.

При развитии кровотечения крайне неудобно накладывать гемостатические швы, при спаечном процессе с диафрагмой имеется опасность повреждения диафрагмы с развитием пневмоторакса.

Необходимо подчеркнуть, что частота послеоперационных осложнений зависит также от вида выбранного доступа. Удельный вес послеоперационных осложнений возрастает по мере усложнения и травматичности доступа.

Специфическими осложнениями трансплеврального доступа являлись легочные (плеврит, пневмония).

Для исхода операции подчеркнем: «большое значение имеет правильно проведенная предоперационная подготовка больного, адекватное анестезиологическое пособие, выбор оптимального оперативного доступа, полноценное удаление паразитарной кисты с надежным обеззараживанием плодоносных элементов паразита, адекватная ликвидация или дренирование ОП и правильное послеоперационное ведение больных» [76].

Нами проводилась инфузионная терапия, направленная на улучшение функции печени (гепатопротекторы, р-р глюкозы 5 и 40 %, рибоксин, вит С и др.), а также дезинтоксикационная и антибактериальная терапия, общеукрепляющее лечение. Кроме того, при необходимости назначались кардиотропные и легочные препараты больным с нарушениями в кардиореспираторной системе и другие препараты по показаниям.

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» [76].

«Идеальная» ЭЭ выполнена 2 (1,7%) больным основной группы. Данный метод ЭЭ применялась в основном при отсутствии спаек, малых размерах паразитарной кисты с соблюдением осторожности после изоляции эхинококкового очага стерильными марлевыми салфетками, так как при выделении киста может легко вскрыться с обсеменением брюшной полости плодоносными элементами паразита.

При осложненном ЭП широкое применение данной операции ограничивается в связи с высоким риском подтекания гидатидозной жидкости в брюшную полость. Атипичная резекция печени была применена лишь у одного больного (0,8%) основной группы с нагноившейся кистой печени. Показаниями для выполнения этой операции явились краевое расположение кисты небольших размеров.

Как видно из табл. 4.2., 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 цистперикистэктомия (10 больных, 9%).

Таблица 4.2 - Методы операций при ЭП(М±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	-	-	-	-
- цистперикистэктомия	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 (перикистэктомия)	-	-	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	39	33,3±3,3	71	66,3±4,5
- сквозной метод дренирование ОП	41	35,0±3,4	-	-
- ушивание ОП наглухо без дренирования	-	-	2	1,8±1,2

«Сдерживающими факторами для выполнения обширных резекций печени при ЭП являются, как известно, опасность возникновения массивных интраоперационных кровотечений, а в послеоперационном периоде риск развития острой печеночной недостаточности» [36]. «По нашему мнению, резекции печени могут являться методом выбора при гигантских или многокамерных осложненных кистах, занимающих анатомическую половину органа с атрофией паренхимы» [76].

На наш взгляд, применение атипичных резекций печени при осложненном ЭП должно быть ограничено в пользу других вмешательств (перикистэктомия),

так как резекции печени технически более сложны и возможны осложнения. Перицистэктомию –произвели у 10 больных (9%) с ЭП.

Субтотальная перицистэктомия была выполнена у 3 больных, а у остальных 7 – парциальная. Показаниями к перицистэктомии в наших наблюдениях были осложненная кальцинированная киста в доступных сегментах печени; при краевых и поверхностно расположенных кистах.

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. При этом как таковой связи с желчными протоками не обнаружена.

Фиброзная капсула у всех пациентов была плотной, склерозированной, а у 3 кальцинированной. Субтотальную перицистэктомию производили после предварительного вскрытия, ревизии кисты, эвакуируем содержимое и производим обработку теплым раствором фурациллица.

Оставляемый участок фиброзной капсулы коагулировали. После гемостаза раневой поверхности печени производили оментогепатопексию. Парциальная перицистэктомия выполнена у 7 больных. У всех этих пациентов ЭП был осложнен нагноением. Схематическое изображение операции субтотальной перицистэктомии представлено на рисунке 4.1.

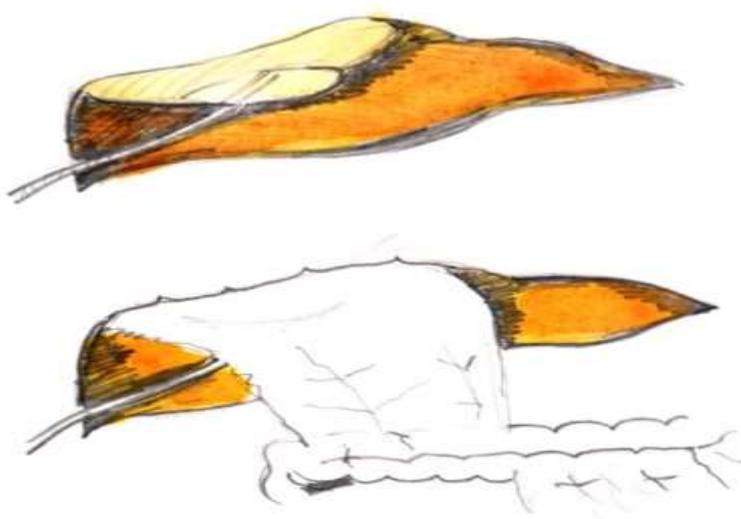


Рис. 4.1. Субтотальная перицистэктомия с оментогепатопексией.

Наиболее часто из способов ЭЭ в обеих группах была выполнена открытая методика – в основной группе 110 и в контрольной 101 случаев. Основные этапы данной операции представлены на рисунке 4.2.

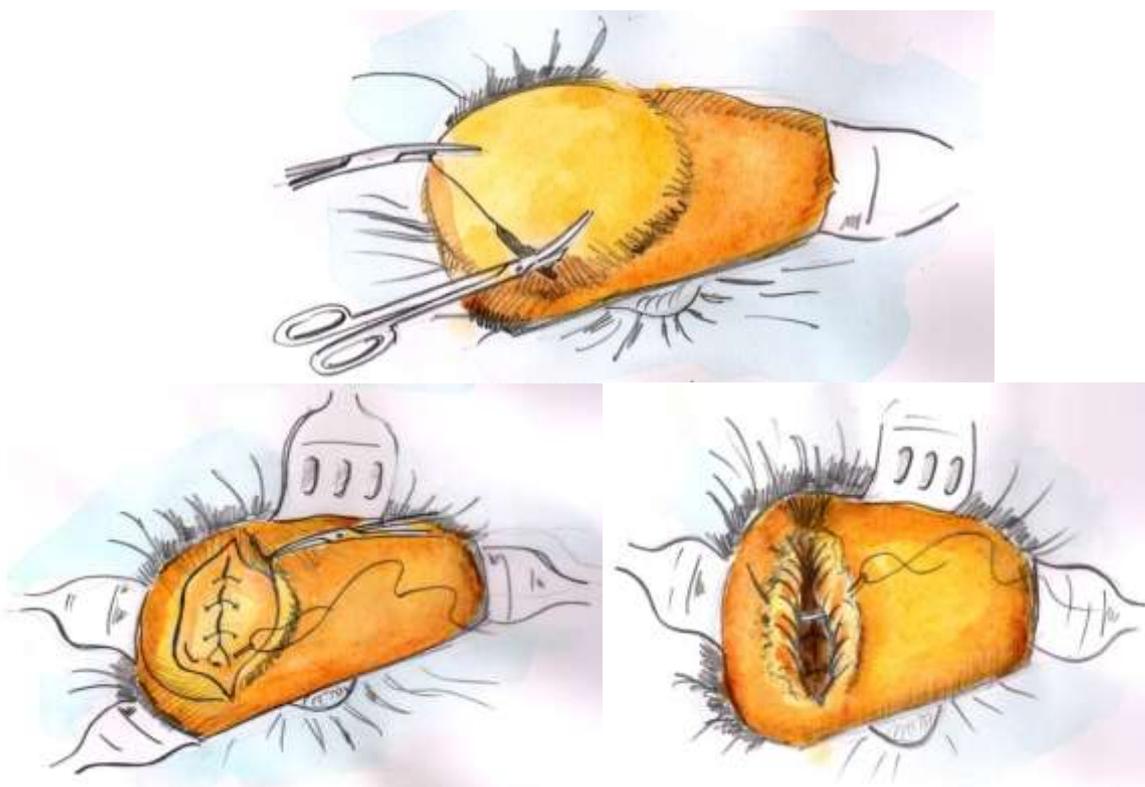


Рис. 4.2. Парциальная перицистэктомия с ушиванием ОП наглухо.

В отношении открытой ЭЭ следует, по нашему мнению, выделить «основной критерий этого варианта операции - по завершении операции полость ФК сообщается с наружным пространством, и заживление ее идет изнутри, за счет грануляции и рубцовой ткани» [78].

«При этом можно считать, что нет принципиальной разницы, происходит ли это после, практически очень редко применяемой сегодня, марсупиализации или при наружном дренировании полости, в том числе при частичном капитонаже, тампонировании полости сальником и других вариантах ликвидации полости» [78].

«Если принять такое положение, то отпадает необходимость в применении не всегда понятных терминов – «полузакрытая», «полуоткрытая» ЭЭ и некоторых других названий операций. Схематически данная операция выглядит следующим образом» (рис. 4.3 и 4.4).

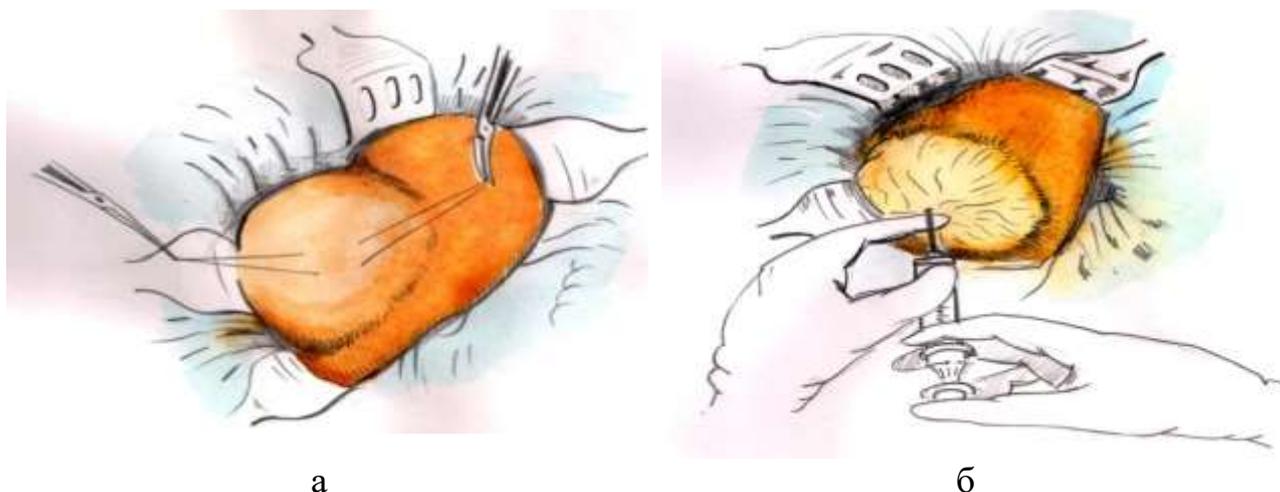
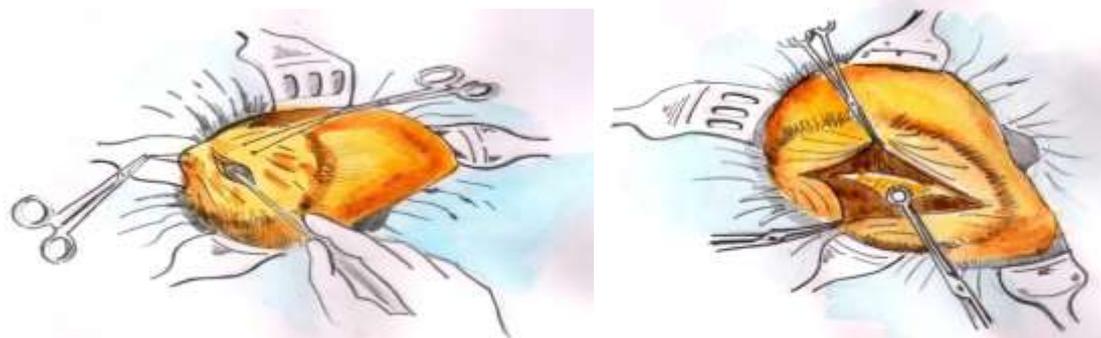


Рис. 4.3. Открытая ЭЭ:  
а - наложение держалок на стенку кисты, б – пункция кисты.

Техника открытой ЭЭ была традиционной и заключалась в следующем. После вскрытия брюшной полости производили ревизию, оценивали расположение и размеры кисты. При наличии спаек производили их разъединение острым и тупым путем.

Далее операционное поле обкладывали салфетками, смоченными антипаразитарным веществом (10%-р-р NaCl, фурациллин 1:5000 или 0,05 % водный р-р хлоргексидина) для отграничения кисты от свободной брюшной полости. Производили пункцию кисты иглой, диаметром 2,5 мм, подсоединенной к электрическому отсосу и аспирация содержимого кисты. Пункцию производили в наиболее выступающем из паренхимы печени участке фиброзной капсулы. После полного отсасывания жидкости полость кисты заполняется гермицидным р-ром и после 3-минутной экспозиции отсасывается. После аспирации жидкости на фиброзную капсулу на расстоянии 1-3 см от иглы накладывали две держалки, за которые фиброзная капсула приподнималась и между держалками монополярным электрическим ножом производили рассечение фиброзной капсулы на 2-4 см.

Из полости кисты удаляли ее содержимое (хитиновую оболочку, дочерние пузыри), затем ОП вновь заполняли гермицидным р-ром с 3 минутной экспозицией (рис. 4.4).



а

б

Рис. 4.4. Открытая ЭЭ: а – вскрытие кисты, б – удаление хитиновой оболочки

Большие и старые кисты иногда жидкости не содержали, а полость была заполнена более густой, вязкой гнойным содержимым или заполнена множеством дочерних и внучатых пузырей. В такой ситуации после тщательного обкладывания кисты, фиброзная капсула вскрывается и указанная масса удаляется ложечкой или электроотсосом. Плотность фиброзной капсулы обеззараживается вышеуказанным гермицидным способом.

Хотим отметить, что «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».

«Также необходимо подчеркнуть, что «при обнаружении на внутренней поверхности фиброзной капсулы желчного свища производилось его ушивание синтетической нерассасывающейся нитью на атрауматической игле № 4/0 или 5/0 кисетным швом» [76]. Количество больных, у которых было ушивание желчного свища, составило 9 (4%) больных, из них 2 пациентов основной группы и 7 - контрольной» [76].

Наиболее важным этапом завершения операции ЭЭ открытым способом является выбор метода ликвидации ОП. Как было представлено выше в таблице 3.3.2, 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).

Образовавшуюся раневую поверхность печени после тщательного гемо- и холестаза оставляли открытой с подведением страховочного дренажа или применили большой сальник на сосудистой ножке, которым закрывали раневую поверхность печени (см. выше рис. 4.1).

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.

Отметим, что, «закрытие ОП способом инвагинации заключалась в вворачивании свободных лоскутов фиброзной капсулы внутрь эхинококковой полости и зашивании ее наглухо» [76]. «Данный способ был применен у 6 (5,6%) пациентов» [76]. О перицистэктомиях мы говорили выше. «Неполная ликвидация ОП, как сообщалось выше, была выполнена у 23 больных» [76]. «Из них у 7 (5,9%) больных основной группы и у 16 (14,8%) контрольной».

В группе сравнения, а именно в основной, «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%).

На наш взгляд, капитонаж может быть использован в основном при средних и редко при крупных размерах кист, особенно при субкортикальном и периферическом расположении кисты. Ликвидация ОП при крупных размерах эхинококковых кист представлял значительные трудности, так как капитонаж или инвагинация оказывалось практически невозможным. Большая часть ОП остается незаполненной, что могло привести к образованию непаразитарных кист или нагноению ОП.

С целью ликвидации ОП в таких случаях операцию открытой ЭЭ мы

завершали оментопластикой. Выступающая из печени часть фиброзной капсулы иссекалась. ОП закрывали или заполняли лоскутом большого сальника на ножке. Последний фиксировали узловыми рассасывающимися швами по краям полости.

В целом, оментопластика была применена нами у 2 (1,8%) больных. «В остальных 164 (73,2%) случаях различные методы открытой ЭЭ были завершены без какой-либо ликвидации ОП». Возникает вопрос: «почему у подавляющего большинства больных (>73%) ОП не ликвидирована, хотя бы частично?».

«Отвечая на этот вопрос, мы хотели еще раз акцентировать внимание на том, что все случаи ЭП в наших наблюдениях были осложненными (нагноение, перфорация эхинококковой кисты в билиарный тракт или свободную брюшную полость с развитием перитонита, инфекционно-аллергического холангита и механической желтухи)».

«Общее состояние больных с перитонитами, механической желтухой и интоксикацией было тяжелым, что оказывало на выбор объема и тактики оперативного лечения» [76]. «Такое осложнение, как нагноение эхинококковой кисты в основном исключало или, по крайней мере, минимизировало возможности устранения или ликвидации ОП в связи с наличием гнойно-воспалительного процесса в полости эхинококковой кисты» [75].

При этом отметим, что «открытая эхинококкоэктомия с только наружным «дренированием остаточной полости 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 эхинококкоэктомия со сквозным дренированием» [49]. «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.

При ЭП расположенной в 6-8 сегментах следует акцентировать, что,

«осмотреть остаточную полость в практике не удастся, поэтому мелкие желчные свищи могут остаться не увиденными, а это как раз таки и является основным этиологическим фактором послеоперационного осложнения».

При этом следует учесть, что «оценка результатов лечения эхинококкоза печени локализации в 6-8 сегментах показывает, что основную роль в возникновении послеоперационных осложнений играет кровотечение и желчеистечение из фиброзной капсулы, параллельно с неадекватным дренированием остаточной полости» [79]. «Также миграцией и выпадением дренажной трубки и плотные стенки фиброзной капсулы играют роль каркаса, устранение которого технически не всегда будет возможным, а скопление раневого и ранее инфицированного экссудата приводят к повторному нагноению и формированию наружных желчно-гнойных свищей, лечение которых требует длительного времени» [78]. «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» [76].

Необходимо заместить, что для предупреждения осложнений специфического характера после операции в связи с ОП эхинококковых кист расположенных в VI-VIII сегментах, мы разработали способ сквозного метода дренирование ОП после ЭЭ. При поддиафрагмальных эхинококкозах, расположенных в VI-VIII сегментах, где при средних и больших ОП невозможно адекватное дренирование приемлем данный способ.

Сквозной метод дренирование ОП осложненного ЭП применено у 41 (35,0%) больных основной группы. После открытой ЭЭ, с соблюдением всех правил антипаразитарной обработки, после санации остаточных полостей и при обнаружении желчных свищей сшивали п-образными швами, на границе с тканью печени проводили пункцию-прокол фиброзной капсулы. При этом в остаточной полости на дно проводили и укладывали силиконовую дренажную трубку с диаметром 6-8 мм.

Отверстие кисты ушивали кетгутом отдельными швами. Далее

накладывали кетгутный шов кетгутом и погружали капсулу внутрь. Другой шов накладывали тоже кетгутом кетгутом на 2-2,5 см дальше предыдущего и таким образом швы накладывали до полного погружения фиброзной капсулы.

Следует обратить на то, что «латеральный конец трубки выводился наружу через дополнительный прокол фиброзной капсулы и ниже края реберной дуги медиальнее по средне-аксилярной линии» [76], «другой конец трубки через прокол фиброзной капсулы и ниже края реберной дуги медиальнее по средне – ключичной линии не доходя мечевидного отростка» [76]. «Медиальную часть трубки сшивали к коже одновременно со швами на послеоперационную рану. Также параллельно производили дренаж брюшной полости (рис. 4.5). В послеоперационном периоде ежедневно производилась активно-проточная санация остаточной полости. Смену дренажной трубки на тонкую производили при необходимости. Удаление дренажной трубки осуществляли при полном облитерации остаточной полости» [79]. «Отметим, что описанный способ дает возможность проводить лечебную, контрольную манипуляцию без особого риска миграции дренажа и его выпадения» [79]. «Она дает возможность полной облитерации остаточной полости без осложнений «абсцедирования» и сокращает срок лечения в послеоперационном периоде» [77].

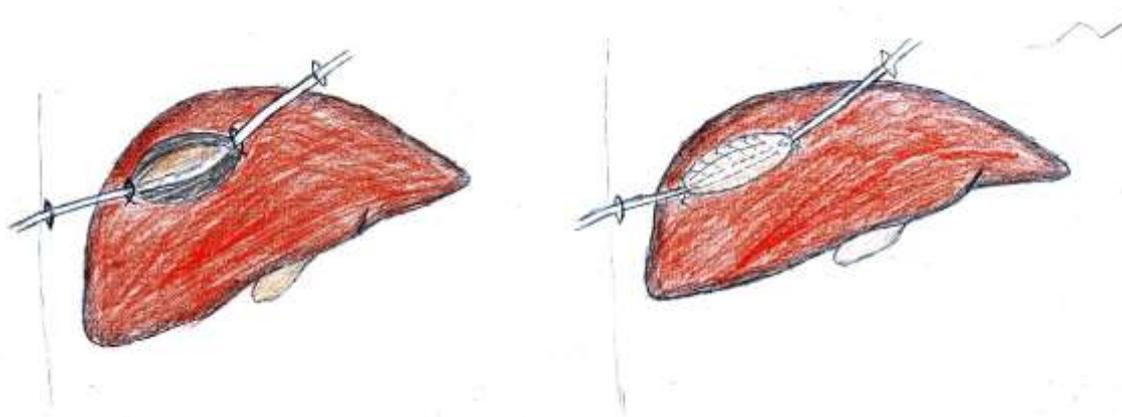


Рис.4.5. Сквозной метод дренирование ОП после ЭП.

При динамическом УЗИ-ГДМ после операции на 3-4 сутки, когда были начальные признаки воспаления-нагноения мы производили интенсификацию каждодневных промывных санаций через проточные системы современными антисептиками. И к началу 7-8 суток вышеописанный способ позволял

мониторировать состояние остаточной полости.

В связи с чем, как утверждается, «в послеоперационном лечении с помощью адекватных дренажей остаточных полостей скоплений желчи, крови и их нагноений в остаточной полости мы не наблюдали». Отметим, что при внедрении данного способа в практическую работу число осложнений связанных с остаточной полостью сведены до минимума и их мы не наблюдали, безусловно это отразилось на качестве жизни больных в сторону улучшения.

#### **Приводим клиническое наблюдение.**

«Больной К у. С. 1948 г.р., И.Бол. №8574, при поступлении жаловался на общую слабость, снижение аппетита, боль в голове, ощущения дискомфорта, чувство тяжести и ноющую боль в области правого подреберья, повышение  $t^0$  тела, тошноту, периодическую рвоту.

Объективный статус: «Язык сухой, слегка обложен белым налетом. Область живот асимметрична из-за выбухания правой подреберной области. В акте дыхания участвует, слегка отстаёт справа. При пальпации живот мягкий умеренно отмечает боль в правой подреберной области. Пальпаторно селезенка, печень и желчный пузырь не пальпируются.

Заключение УЗИ органов брюшной полости: киста печени, правой доли, гигантского размера, не исключается эхинококковая и нагноившаяся.

14.06.2014 года произведена операция – лапаротомия. При этом проекции 6-7-8 сегментов печени выявлена эхинококковая киста огромного размера. Произведено вскрытие кисты, творожистое с примесью желчи содержимое удалено электроотсосом. При ревизии вывалены двухкамерные кисты, обработаны горячим фурацилином, далее выявлены 2 свища желчные, они ушиты. В остаточную полость после «частичной перицистэктомии», из-за анатомического расположения и риска ятрогенных повреждений оставлена силиконовая дренажная трубка с отверстиями и выведены наружу через фиброзную капсулу.

В послеоперационном периоде осложнений не было. Швы зажили первичным натяжением. На контрольных динамических УЗИ-ГДМ и УЗИ печени отмечено на 10 сутки уменьшение в размере остаточной полости до 10x7 см, а силиконовая трубка определяется как «линия».

В динамике на 15 сутки произведена замена силиконовой трубки на меньшего размера, на 25 сутки произведена фистулография размер определяется 5x3 см. на 29 сутки выписана домой со сквозным дренажом на амбулаторное лечение по месту жительства.

Через 2 месяца произведена фистулография, где контраст не выходит за пределы дренажной трубки. Далее трубка удалена.

На контрольном осмотре особых жалоб нет. На УЗИ – уплотнение в правой доли печени, объемных образований нет.

В заключении примененный наш метод лечения, а именно дренажа

позволил с успехом устранить большую остаточную полость без осложнений (кровотечений, желчеистечений и нагноения).

Симультанные операции были произведены у 11 пациентов в контрольной группе. У 7 из них холецистэктомия была выполнена в связи с тем, что желчный пузырь был плотно припаян к стенке эхинококковой кисты. Также были выполнены правосторонняя гемиколэктомия (1 больной), надвлагалищная ампутация матки по поводу миомы (1 больной), резекция желудка по поводу язвы (1 больной), резекция правого яичника с придатками матки по поводу кисты (1 больной).

Приводим клинический случай.

#### **Клиническое наблюдение**

Больная Т.М., 1958 г.р., ист. болезни №1349, госпитализирована в отделение хирургии № 1 ОМОКБ 15.01.2009 г. с диагнозом: «Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит. Киста печени, правой доли, эхинококковая, нагноившаяся». Диагноз установлен на основании клинико-анамнестических данных, объективного и локального осмотра, результатов УЗИ и лабораторных исследований.

Результаты обследования: УЗИ: печень увеличена правой долей за счет наличия эхинококковой кисты с негетерогенным содержимым размером 6х9 см, контуры ровные, структура левой доли однородная, без очаговых изменений. Желчный пузырь увеличен, стенки уплотнены и утолщены до 0,8 см, с «двойным контуром», в полости определяются множественные конкременты размерами 0,5-1,2 см. Заключение: «Острый калькулезный холецистит. Киста печени, правой доли, эхинококковая, нагноившаяся».

ЭКГ: «ритм синусовый, ЧСС 80 уд в мин».

Рентгенография грудной клетки: «хронический бронхит, пневмосклероз».

ОАК: эр. - 4,3410<sup>12</sup>/л., Нб. - 127 г/л., ЦП - 0,87, лейкоц. – 5,1х10<sup>9</sup>/л., лимф. - 29 %, мон. – 1,4%, нейт. - 72%, эоз. - 1%, тромб. - 227х10<sup>12</sup>/л., СОЭ - 29мм/ч.

Биохимич.анализ крови: сахар крови - 5,6 ммоль/л., ПТИ – 87,91 %, АСТ. – 38,1 Е/л., АЛТ – 48,9 Е/л., общ.белок – 65,8 г/л., мочевины. – 7,8 ммоль/л., общ.бил. – 14,7 мкмоль/л., ост.азот. – 21,1 ммоль/л., пр. билир. – 4,57 мкмоль/л.

Операция: 16.01.2009 г. лапаротомия по Федорову, холецистэктомия, ЭЭ из правой доли печени, дренирование ОП и подпеченочного пространства.

Во время операции желчный пузырь после изоляции марлевыми салфетками пунктирован толстой иглой, эвакуировано густое темное желчное содержимое в количестве около 100 мл. произведена холецистэктомия от шейки по стандартной методике. Затем найдена эхинококковая киста SVIII печени. Киста была пунктирована, отсосано около 300-350 мл гнояного содержимого. Произведена открытая ЭЭ. ОП обработана нагретым р-ром фурациллина в соотношении 1:5000, затем 96% спиртом. При ревизии желчных свищей не

выявлено. ОП дренирована 2 трубками. Дренажирование подпеченочной области. Послойные швы на рану.

Послеоперационное лечение: гентамицин 80 мг в/м, мегасеф 500 мг в/в, метрид 100 мг в/в, физ. р-р 400 мл в/в, глюкоза 5% 400 мл в/в, вит С 8,0 мл в/в, вит С 10 мл в/в, рибоксин 10 мл в/в, спазмалин 5 мл в/м, анальгин 50% 2 мл + димедрол 1% 1 мл в/м, полиглюкин 400 в/в, анальгетики, перевязки.

Надо отметить, что в динамике, а это на 3-4 сутки у больного повысилось температуры тела до 38,7<sup>0</sup>С. На повторном осмотре в правой доле печени определяется ОП с наличием неоднородной жидкости. Дренажи окклюзировались густым содержимым ОП.

22.01.2009 г. под контролем УЗИ произведена чрескожное чреспеченочное дренирование ОП под контролем УЗИ. Получено около 60 мл мутной жидкости.

26.01.2009 г. при повторной эхографии четко остаточной полости не обнаружено. В правом плевральном синусе наличие свободной жидкости в небольшом количестве. И на 13 день после операции пациента выписана из клиники с наличием дренажей в ОП.

Необходимо отметить, что решение о выполнении симультанных операций должно исходить на оценке таких объективных критериев, как общее состояние больных, наличие клинически значимых сопутствующих патологий, прежде всего кардиореспираторной системы, наличие осложнений (перитонит) и прогнозирование серьезных специфических и неспецифических послеоперационных осложнений в ближайшие дни лечения.

Несмотря на ряд предложенных мер по раннему выявлению эхинококкоза, все еще продолжают поступать больные с осложненными формами ЭП, в частности с перфорацией кист. В нашем клиническом материале перфорация эхинококковых кист печени в брюшную полость была у 4 (1,78 %) больных, в билиарный тракт – у 9 (4 %).

Основная часть этих больных госпитализирована в течение первых 6-12 часов с момента перфорации, а 5 пациентов поступили в сроки >24 часов. Все больные отмечали острое начало заболевания: внезапные сильные боли в животе, вздутие живота, тошнота, сухость во рту, резкая слабость, холодный липкий пот.

Состояние их с течением времени прогрессивно ухудшалось, что вынуждало обратиться за скорой медицинской помощью. Из больных с данным

осложнением заболевания 18 человек знали о своем заболевании, так как ранее были обследованы, при УЗИ был установлен ЭП, но от предложенного хирургического лечения в то время они отказались.

Из всего числа больных с ЭП, осложнившимся перфорацией, 7 отмечали наличие ассиметричного уплотнения в правой половине брюшной полости, а при пальпации определялось уплотнение и гепатомегалия, которые после появления острых внезапных болей, т.е. после прорыва гидатидной кисты, исчезли или уменьшились в размере. У 11 больных осложнения связывают с травмой живота или резкими физическими нагрузками.

Следует отметить, что при осмотре больных с данным осложнением ЭП обращали внимание, помимо картины разлитого перитонита, бледность кожных покровов, наличие уртикарной сыпи, которые появились сразу же после возникновения острых болей в животе. Положение больных адинамичное, ортопноэ, лежащее на боку с приведенными к живому ногами.

Уровень АД было низким, ЧСС - брадикардия или тахикардия. При локальном осмотре передняя брюшная стенка акте дыхания участвует поверхностно, щадит, пальпаторно в животе определяется резкая болезненность и мышечный дефанс во всех отделах, более локализованное в правой половине живота.

При перкуссии патогномичным было определение притупления в отлогих местах живота, а при аускультации - угасание кишечной моторики (отсутствие или резкое ослабление интестинальных перистальтических шумов). Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный у всех больных.

Подобная клиническая манифестация осложненного ЭП указывала на развитие у пациента острого воспалительного процесса в брюшной полости и интоксикации. Эхографическую и лабораторную семиотику ЭП, осложненного перфорацией кисты в брюшную полость или билиарный тракт, мы излагали в предыдущих разделах нашей работы.

Суммируя данные клинико-anamnestического анализа, объективного и локального осмотра и УЗИ, хирургами устанавливались диагноз перитонита и

всем наблюдаемым пациентам в экстренном порядке произведены операции. По клиническим показаниям проводилась предоперационная подготовка в течение 1,5-2 часов, в при необходимости продолжали до 4 часов.

Объем предоперационной подготовки включал в себя проведение инфузионной, детоксикационной и десенсибилизирующей терапии с включением антибиотиков широкого спектра действия, гормонов, коллоидных р-ров.

У всех больных с прорывом эхинококковой кисты в брюшную полость проводили широкую лапаротомию, эвакуацию перитонеального экссудата, многократную санацию брюшной полости антисептическими средствами (фурацилин, диоксидин), антипаразитарную термическую обработку опорожненной кистозной полости, ликвидацию остаточной полости вышеназванными способами, дренирование остаточной и брюшной полости несколькими дренажами.

Не перфорированные эхинококковые кисты при множественном ЭП были оперированы одним из известных способов, при этом методом выбора являлась открытая ЭЭ. Интересным примером перфорации нагноившейся кисты печени в брюшную полость у больного с множественным ЭП является следующее клиническое наблюдение.

#### **Клиническое наблюдение**

Больная М.С., 1985 г.р., ист. болезни №4069, доставлена в тяжелом состоянии родственниками из сельской местности Кара-Суйского района Ошской области 01.03.2002 г. в приемное отделение ОМОКБ. Больная экстренно госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации для проведения экстренных инфузионно-корректирующих мероприятий.

Предварительный диагноз, установленный дежурным хирургом приемного покоя: Перитонит неясного генеза. Острый деструктивный аппендицит? Заворот кишечника?. Жалобы при поступлении: постоянные боли по всему животу, тошноту, рвоту, выраженную сухость во рту, плохое отхождение газов и стула, выраженную общую слабость.

Анамнез болезни: со слов заболела за 6-7 часов до обращения внезапно с появлением острых болей в эпигастрии. К врачам не обращалась, дома никаких лекарственных средств не принимала. В динамике болевой синдром усилился и локализовался в правой половине животе. За 4 часа до поступления начала отмечать ухудшение состояния, рвоту, распространение болей во все отделы

живота, усиление общей слабости. В сопровождении родственников доставлена в больницу.

Анамнез жизни: в детстве перенесла вирусный гепатит А. Проживает в сельской местности, содержит домашний скот.

Объективно: «Общее состояние пациента на приеме крайне тяжелое. Больная ослаблена, сознание заторможенное, на вопросы отвечает запоздало и неадекватно. Положение адинамичное, каталочное. Телосложение - астеническое. Кожа и видимые слизистые бледные, влажный на ощупь. Дыхание над легким проводится, жесткое, в нижних отделах ослабленное, хрипы сухие единичные. ЧД – 27 в 1 мин. Сердечные тоны ритмичные приглушены. А/Д - 85/55 мм тр.ст. ЧСС – 124 в 1 минуту.

Локально: «Язык сухой, обложен серым налетом. Пальпаторно живот вздутый, резко болезненный, определяется «дефанс мышц» передней брюшной стенки.

Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Печень увеличена правой долей. Селезенка не пальпируется. Перкуторно в верхних отделах живота притупление звука, аускультативно резкое ослабление кишечной перистальтики. Газы не отходят. Мочеиспускание не нарушено.

ОАК: Эр. -  $4,64 \times 10^{12}/л.$ , Нб - 138 г/л., ЦП - 1,2, лейкоц. –  $18,1 \times 10^9/л.$ , лимф. - 47%, нейт. - 71%, тромб. -  $287 \times 10^{12}/л.$ , СОЭ. - 27 мм/ч.

ОАМ: уд.вес – 1028, белок – 148 мг/л., эрит. – 18-24, лейкоц. – 5-7.

Биохимический анализ крови: сахар крови – 4,8 ммоль/л., общий белок – 64,1 г/л., мочевины – 12,1 ммоль/л., АЛТ – 89,5 Е/л., АСТ – 75,8 Е/л., ост.азот. – 22,4 ммоль/л., общ.бил. - 20,1 мкмоль/л., пр. билир. – 8,97 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, тахикардия, ЧСС 114-118 уд в мин., вертикальное положение ЭОС.

В связи с необходимостью проведения интенсивной инфузионной терапии, предстоящей операции и из-за плохой выраженности периферических сосудов произведена катетеризация подключичной вены справа по Сельдингеру. Проведена предоперационная терапия в течение 1,5 часов.

Операция: 01.03.2002 г. произведена срединная лапаротомия, эхинококкэктомия, санация и дренирование остаточных полостей печени, туалет и дренирование брюшной полости. Ход операции: средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости большое количество (около 4 литров) мутной жидкости с фибриновыми хлопьями, которые эвакуированы электроотсосом.

При ревизии обнаружена, что в 5 сегменте правой доли печени эхинококковая киста размером 11x10 см, выступающая над печенью и плотной консистенции, напряженная. Дорсальнее этой кисты в проекции VII сегмента ближе к диафрагме обнаружена еще одна эхинококковая киста, которая перфорировала. Визуализируется перфорированная фиброзная капсула, в полости кисты множество дочерних пузырей и коллабирующая хитиновая оболочка.

Произведено вскрытие фиброзной капсулы путем расширения перфорационного отверстия, содержимое кисты эвакуировано, остаточная полость многократно санирована спиртовым р-ром хлоргексидина и спиртом

96<sup>0</sup>. Краевое иссечение фиброзной капсулы (парциальная перицистэктомия), остаточная полость дренирована 3 трубками и ушита наглухо.

Затем выполнена открытая эхинококкэктомия второй неперфорированной кисты, которая оказалась нагноившейся с расплавленной хитиновой оболочкой. Остаточная полость обработана аналогичным способом и дренирована также 3 трубками.

Брюшная полость многократно до чистых вод санирована поочередно теплой дистиллированной водой и фурациллином до чистых вод. Учитывая ослабленную перистальтику кишечника, в корень брыжейки тонкой кишки введен 0,25 % р-р новокаина в количестве около 100 мл. далее дренировали брюшную полость и послойно ушили лапаротомную рану.

Послеоперационное лечение: гентамицин 80 мг в/м, ампициллин 1 гр в/м, метрид 100 мл в/в, физ. р-р 400 мл в/в, глюкоза 5% 400 мл в/в, вит С 8,0мл в/в, рибоксин 10 мл в/в, СЗП 250 мл, полиглюкин 400 в/в, гемодез 400 мл в/в, преднизолон 60 мг в/в, дексаметазон 8 мг в/м, хлористый кальций 10 мл в/в, пирацетам 5 мл в/в, фуросемид 20 мг в/м, коргликон 1 мл в/м, супрастин 1,0 мл в/м, анальгетики, перевязки.

На 3 день после операции пациентка - переведена из отделения анестезиологии и реанимации в хирургическое отделение №1. Послеоперационный период протекал тяжело, обусловленный интоксикацией организма и парезом ЖКТ. Больная восстанавливалась медленно. Ежедневно проводились промывание остаточных полостей через дренажные трубки.

Открылся желчный свищ, который затягивал процесс закрытия остаточной полости. При контрольном УЗИ обнаружена интрапаренхиматозно расположенная эхинококковая киста левой доли печени. Решено повторно прооперировать больную в плановом порядке после улучшения состояния и выписки из больницы через 1-2 месяца.

Послеоперационная рана зажила «per prima». На 23 день пациентка выписана из больницы с наличием дренажей в остаточной полости. Больная наблюдалась у оперирующего хирурга в амбулаторном порядке. Желчный свищ закрылся самостоятельно, остаточные полости ликвидировались, соответственно дренажи были удалены.

Приведенное клиническое наблюдение интересно тем, что, во-первых у пациентки имело место множественный ЭП. Один из трех эхинококковых кист, перфорировала в свободную брюшную полость, а, во-вторых, третья киста не была обнаружена во время первой операции, так как была расположена интрапаренхиматозно и относительно малых размеров (4x5 см).

Следует отметить, что УЗИ до операции не было проведено, так как больная поступила в тяжелом состоянии и была оперирована экстренно. Это обстоятельство создает необходимость круглосуточного функционирования в

приемном отделении УЗИ-кабинета, что улучшило бы первичную диагностику и тактику лечения экстренных хирургических больных в больнице.

В целом же аналогично представленному клиническому случаю, течение послеоперационного периода у всех больных было тяжелым, но у всех удалось добиться выздоровления. Не менее грозным осложнением ЭП является перфорация кисты в билиарный тракт, поскольку при этом быстро нарастает механическая желтуха и холангит.

Под нашим наблюдением находились 9 (4,0%) больных с ЭП, осложнившимся перфорацией кисты в желчные протоки. Больные поступили с жалобами на боли в животе, высокую температуру, желтуху, озноб и нарастающую слабость. При осмотре обращала на себя внимание желтуха кожных покровов и склер, больные адинамичны с явлениями токсической энцефалопатии.

Больные отмечали появление болей в животе и вслед за болевым синдромом возникала механическая желтуха. Такое клиническое проявление трактовалось как острый калькулезный холецистит и больные поступали в хирургическое отделение. 3 больных с медленным прогрессированием механической желтухи и болевого синдрома были изначально госпитализированы в инфекционное отделение, а после исключения инфекционного гепатита были переведены в хирургическое отделение, что явилось следствием позднего оперативного лечения.

Все больные были оперированы после предварительной предоперационной инфузионной подготовки в течение 1-2 часов. Мы являемся сторонниками раннего оперативного лечения таких больных, так как промедление с операцией не лучшим образом сказывается на исходе операции.

«Хирургическое лечение больных ЭП с цистобилиарными свищами достаточно сложно, так как больные были оперированы при наличии тяжелых осложнений: механической желтухи, инфекционно-аллергического холангита, тяжелой интоксикации организма, печеночной недостаточности» [77].

Характер оперативного вмешательства при этом осложнении ЭП зависел

от его последствий (механическая желтуха, холангит), от уровня локализации билиарного свища, от взаимоотношения кисты с воротами печени и от состояния больных. Операция преследовала две задачи: удаление эхинококковой кисты и коррекцию проходимости желчных путей.

ЭЭ были выполнены 8 больным. При обработке ОП с наличием желчного свища не используем концентрированные р-ры гермицидных средств, так как это могло привести к ожогу слизистой желчных путей с последующим развитием рубцовой стриктуры. В таких ситуациях применяем обработку ОП нагретым р-ром фурациллина в соотношении 1:5000.

Помимо ЭЭ всем больным были проведены холецистэктомия и санация холедоха с хитинэктомией. Санация и декомпрессия билиарного тракта было важным этапом оперативного пособия. У 2 больных дренирование холедоха было осуществлено по методике Холстеда Пиковского, у 3 – по Кэру, у 2 – по Вишневскому (рис. 4.6).

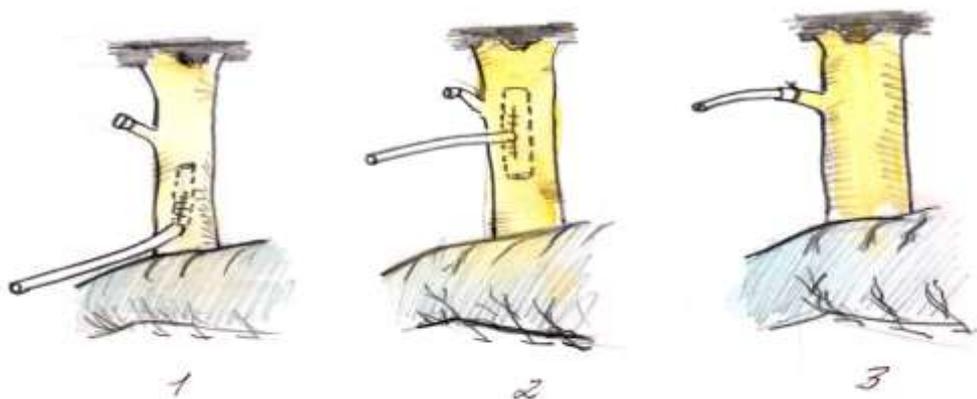


Рис. 4.6. Виды наружного дренирования холедоха:

1 – по А.В. Вишневскому, 2 – по Кэру, 3 – по Холстеду-Пиковскому.

У 2 больных в связи с отсутствием необходимости наружного дренирования билиарной системы холедохотомическое отверстие было ушито наглухо однорядным швом рассасывающейся монофиламентной нитью (монокрил, PDSII, биосин, монокол) размеров 4/0-5/0.

#### **Клиническое наблюдение**

Больной У.А., 1961 г.р., ист. болезни №23949, госпитализирован экстренно 31.12.2014 г. в хирургическое отделение ОМОКБ через 10 дней после ухудшения

состояния с предварительным DS: «Киста правой доли печени, эхинококковая, нагноившаяся, с прорывом в билиарный тракт. Механическая желтуха. Диагноз перфорации эхинококковой кисты в билиарный тракт был установлен на дооперационном этапе».

УЗИ внутренних органов: «Печень резко увеличена, контуры не ровные, четкие, в правой доле определяется образование размером 15 см в диаметре с неомогенной жидкостной структурой, желчные протоки резко расширены как внутри- так и внепеченочных. Холедох расширен до 2 см, содержимое неомогенное с эхогенными включениями, конкрементов нет. Желчный пузырь не увеличен, стенки уплотнены, содержимое неомогенное, конкрементов нет. Заключение: «Киста правой доли печени, эхинококковая, нагноившаяся, с прорывом во внутрипеченочные желчные протоки».

Операция: 01.01.2015 г. произведена операция – «Лапаротомия, холецистэктомия, эхинококкэктомия правой доли печени, холедохотомия с дренированием холедоха по М. Мамакееву и сквозное дренирование остаточной полости и подпеченочной области».

Ход операции: лапаротомия по Федорову. Печень резко увеличена, напряжена, купол ее интимно спаян с диафрагмой.

Визуально эхинококковая полость не определяется, так как фиброзная капсула не выступает из печени. После установления наиболее поверхностно расположенной части эхинококковой кисты произведена ее пункция тонкой иглой, но эвакуировать содержимое не удалось, так как оно было густым.

Произведен разрез паренхимы печени длиной 3 см, через который киста была вскрыта. Электроотсосом эвакуировано густое гнойное содержимое со зловонным запахом с расплавленной хитиновой оболочкой с дочерними пузырями в количестве около 5 литров. Эхинококковая киста занимала 6-7-8 сегменты печени. Печеночная паренхима отечная, рыхлая, легко рвется при манипуляциях и диффузно кровоточит. Обработана фурациллином и спиртом 96<sup>0</sup>. Желчный пузырь был увеличен. Холедох расширен до 2 см, напряжен. Холецистэктомия. Холедохотомия. Из полости холедоха были эвакуированы фрагменты хитиновой оболочки, гнойное содержимое с желчью.

При инструментальной ревизии левый печеночный проток интактен, а правый печеночный проток свободно сообщается с остаточной полостью (изогнутый тонкий металлический проводник проходит в остаточную полость). Произведено наружное дренирование холедоха по Вишневскому, дренирование остаточной полости 2 трубками, дренирование подпеченочной области.

«В динамике на 11 сутки лечения после операции на УЗИ брюшной полости выявляется остаточная полость до 6 см в правой доле печени с дренажом, а на 26 сутки размер остаточной полости уменьшился до 3 см, желчные протоки не расширены».

И только на 29-й день послеоперационного периода пациентка в

удовлетворительном состоянии с наличием дренажных трубок в остаточной полости для дальнейшего амбулаторного наблюдения выписана из больницы.

Данное наблюдение демонстрирует сложность оперативной тактики при нагноившемся ЭП с цистобилиарным свищом. В данном случае эхинококковая киста перфорировала в правый печеночный проток, и устранить цистобилиарный свищ в данной ситуации не было возможным.

У одной больной из 9 с данным осложнением была выбрана нетрадиционная тактика оперативного лечения. Ей была проведена холецистэктомия, холедохотомия, хитинэктомия, санация и дренирование холедоха по Кэру без ЭЭ.

#### **Клиническое наблюдение**

Больная З.Т., 1940 г.р., ист. болезни №1873, обратилась в приемное отделение 24.01.2003г. с сильными болями в эпигастрии и подреберьях, тошноту, рвоту. С предварительным диагнозом: Острый холецистопанкреатит больная госпитализирована в хирургическое отделение.

При УЗИ обнаружены умеренная гепатомегалия, внутри- и внепеченочная холангиоэктазия, эхинококковая киста 8 сегмента печени размером 45 мм, кисту левой подпеченочной области. В биохимических анализах крови умеренная гипербилирубинемия. После предоперационной подготовки больная оперирована с диагнозом: Интрапаренхиматозная эхинококковая киста VIII сегмента печени с прорывом в желчные протоки. Гнойный холангит. Острый холецистит. Ферментативный панкреатит. Механическая желтуха.

Доступом по Федорову вскрыта брюшная полость. При ревизии печень визуально особо не увеличена, эхинококковая киста определяется пальпаторно, так как расположена интрапаренхиматозно. Желчный пузырь резко увеличен, отечен, напряжен и деформирован. Холедох расширен. Головка рапсгеас увеличена и уплотнена. После изоляции желчный пузырь пунктирован, эвакуировано около 200-250 мл вязкого содержимого черного цвета.

Холецистэктомия от шейки. Холедохотомия. При этом под давлением выделилась темная застойная желчь с фрагментами хитиновой оболочки. При инструментальной ревизии тонким металлическим зондом установлена

проходимость в двенадцатиперстную кишку. Санация билиарного тракта, хитинэктомия, киста дренирована и гермицидно обработана через зонд, введенный в холедохотомическое отверстие. Дренирование холедоха по Кэру.

В послеоперационном периоде по дренажу Кэра ежедневно поступало около 250-300 мл желчи. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением. На 11 сутки выписана домой с наличием дренажной трубки Кэра для дальнейшего амбулаторного наблюдения. Через 1,5 месяца после удаления дренажа свищ закрылся самостоятельно. Рецидива желтухи не было.

В данном клиническом случае, учитывая интрапаренхиматозное расположение кисты, невозможность ЭЭ, прорыв и опорожнение кисты через холедох, операция была ограничена декомпрессионным вмешательством – наружным дренированием холедоха по Кэру. Исход благоприятный, что позволяет считать обоснованной выбранную тактику лечения.

Таким образом, в ходе многолетнего опыта хирургического лечения ЭП, в т.ч. и его осложнений, а также анализа его результатов сложились четкие взгляды относительно выбора и объема метода оперативного лечения, способов антипаразитарной обработки ОП и ее ликвидации.

В целях оценки эффективности открытой ЭЭ со сквозным дренированием ОП у больных с осложненным ЭП мы исследовали лабораторные и биохимические параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени на 3-ьи и 5-и сутки.

В основной группе у 10 больных осложненным ЭП в первые-вторые сутки послеоперационного периода выявлялись признаки токсической энцефалопатии, микроциркуляторные нарушения. АД оставался относительно стабильным в пределах нормальных цифр. Хотя у отдельных больных были признаки гиповолемии. Частота дыхания была 25 в мин в среднем  $24 \pm 5$  в мин, а частота сердечных сокращений составляла - 120 в мин, в среднем  $116 \pm 11$  в 1 мин.

Как видно из табл. 4.3, 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. 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.

Таблица 4.3 - Лабораторные параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (основная группа)

Пок-ли	Контроль M±m	При поступлении M±m	После ЭЭ печени (сутки)	
			3-ьи M±m	5-е M±m
Эр	4,3±0,8	3,7±0,4*	4,0±0,3*,**	4,0±0,7*,**
Нв	74,2±10,3	68,4±12,2*	82,2±11,2*,**	83,6±10,5*,**
ЦП	0,8±0,02	0,7±0,01	0,9±0,04*,**	1,0±0,02*,**
СОЭ	11,4±6,4	21,2±1,5*	14,4±2,1*,**	13,1±3,8*,**
Лейк.	7,2±1,2	19,9±2,6*	10,2±1,2*,**	7,4±3,2*,**,**
Пал.	7,2±1,8	7,6±1,2	4,5±1,1*,**	3,2±1,0*,**,**
Сегм.	66,6±4,5	69,4±6,6*	66,4±2,4	54,8±3,6
Лимф.	12,2±6,8	15,4±8,4	17,2±6,2	18,2±4,4
Мон.	3,8±1,2	4,3±1,1	3,2±1,1	3,2±2,1
Эозин.	2,4±0,9	2,4±0,4	2,2±0,1	2,4±0,3

Примечание: \* - достоверно в сравнении с нормой; \*\* - достоверно в сравнении с исходным; \*\*\* - достоверно в сравнении с предыдущим сроком.

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  $12,4 \pm 3,2 \times 10^9/\text{л}$  ( $P < 0,05$ ).

Содержание амилазы в крови если раньше превышал 2 раза относительно нормы, до операции достоверно снижается уже на 3ьи сутки после ЭЭ печени ( $P < 0,05$ ).

Как видно из табл. 4.4., содержание общего билирубина доходило до  $42,5 \pm 2,6$  ммоль/л. После ЭЭ печени на 3ьи 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.

Таблица 4.4 - Биохимические параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (Основная группа).

Пок-ли	контроль M±m	При поступлении M±m	После ЭЭ печени (сутки)	
			3-ьи M±m	5-е M±m
Бил.(общ)	18,1±4,6	42,5±2,6	18,2±,2*	16,1±2,2*,**
Бил.(прям)	2,2±0,8	10,2±0,3	2,8±0,5*	1,2±0,1*,**
Бил.(непрям)	15,3±2,4	30,2±1,2	14,6±1,5*	10,2±1,0*,**
АСТ	0,4±0,01	0,6±0,03	0,5±0,01	0,4±0,05
АЛТ	2,4±0,1	2,1±0,2	2,4±0,2	4,2±0,3
Белок (общ)	54,2±6,6	52,6±4,4	42,5±4,2*	46,2±3,6
Альбум.	30,2±6,2	28,2±11,1	32,4±0,2	31,2±4,4
γ-глоб.	6,4±1,2	6,2±1,8	8,3±1,2	6,4±2,1
Тимол. Пр.	6,6±1,4	10,4±1,2	8,8±1,6*	6,4±1,4
Сулем.пр.	2,2±0,8	3,4±0,5	2,4±0,9	3,2±1,2
Амилаза кр.	16,4±4,4	32,3±3,5	16,4±2,2	15,9±2,7
Ост.Н кр.	19,3±1,01	36,2±3,6	22,4±2,2*	20,1±4,2*,**
Мочевина	4,8±0,4	8,6±1,2	4,6±0,5	4,6±1,8
Креатинин	88,3±6,3	92,4±10,2	80,2±8,4	78,4±10,8
Сут.диур.	1210±75,6	1720±120,4	1215±110,1	1200±100,5
Уд.вес мочи	1021±1,1	1015±3,6	1022±2,2	1025±1,6
Na кр.	135,4±1,9	144,2±1,6	138,5±1,2*	135,8±1,2
К кр.	3,3±0,1	3,4±0,2	3,6±0,4	3,5±0,2*,**

\* - достоверно в сравнении с нормой; \*\* - достоверно в сравнении с исходным;

Показатель общий белок в сыворотке крови остается сниженным до конца срока наблюдения. Между тем, диспротеинемия ликвидируется после операции уже на 3ьи сутки. Суточный диурез, удельный вес мочи нормализуется также в этот срок. Остаточный азот, мочевина будучи повышенными при госпитализации постепенно нормализуются: остаточный азот – после ЭЭ печени на 3-ьи сутки, а мочевина – 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 3ьи сутки после ЭЭ печени ЛИИ снижается вдвое ( $P<0,05$ ), а на 5-е сутки нормализуется (табл. 4.5).

Таблица 4.5 - Динамика ЛИИ у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (Основная группа)

Сроки исследования	Показатель	P
При госпитализации	7,31±1,3	
3-е сутки после ЭЭ печени	3,22±0,34*	<0,05
5-е сутки после ЭЭ печени	2,10±0,25*,**	<0,05

\* - достоверно в сравнении с исходной; \*\* - достоверно в сравнении с предыдущим сроком.

Снижение количества эритроцитов заметно во все сроки лечения. Между тем, количество Нв и ЦП нормализуются уже на 3ьи сутки после операции (P<0,05). Если при поступлении СОЭ был заметно повышен, то в послеоперационном периоде она снижается (табл. 4.6).

Таблица 4.6 - Лабораторные параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (Контрольная группа)

Пок-ли	контроль M±m	При поступлении M±m	После ЭЭ печени (сутки)	
			3-ьи M±m	5-е M±m
Эр	4,3±0,8	3,5±0,6	3,4±0,8	3,4±0,7
Нв	74,2±10,3	66,4±11,3	84,5±7,4	88,1±10,5
ЦП	0,8±0,02	0,6±0,01	0,9±0,04	0,9±0,04
СОЭ	11,4±6,4	26,1±1,8	21,4±3,5	16,8±4,0
Лейк.	7,2±1,2	20,0±8,6	10,2±2,3	8,9±2,6
Пал.	7,2±1,8	9,2±1,2	8,0±1,2	7,2±1,2
Сегм.	66,6±4,5	66,4±5,6	67,4±3,4	59,8±5,6
Лимф.	12,2±6,8	15,4±8,4	16,2±8,2	12,3±4,4
Мон.	3,8±1,2	4,2±1,3	4,2±1,6	5,2±2,1
Эозин.	2,4±0,9	2,1±0,5	2,2±0,2	2,4±0,6

\* - достоверно в сравнении с нормой; \*\* - достоверно в сравнении с исходным; \*\*\* - достоверно в сравнении с предыдущим сроком.

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.

У больных осложненным ЭП после ЭЭ печени уже на 3ьи сутки после операции отмечается нормализация общего билирубина, причем, как за счет прямой, так и непрямой его фракции ( $P<0,05$ ) (табл. 4.7).

Таблица 4.7 - Биохимические параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (Контрольная группа).

Пок-ли	контроль	При поступлении	После ЭЭ печени (сутки)	
			3-ьи	5-е
	M±m	M±m	M±m	M±m
Бил.(общ)	18,1±4,6	46,0±16,4*	18,2±4,7**	18,1±5,6
Бил.(прям)	2,2±0,8	12,2±4,4*	8,1±1,9*,**	2,8±0,4**
Бил.(непрям)	15,3±2,4	33,2±8,8*	14,3±3,8**	15,1±1,2
АСТ	0,4±0,01	0,7±0,02*	0,5±0,01**	0,4±0,05**
АЛТ	2,4±0,1	3,2±0,2*	2,8±0,1**	3,1±0,3*
Белок (общ)	54,2±6,6	52,4±2,4	45,2±3,2*,**	43,8±4,6*
Альбум.	30,2±6,2	28,2±10,2*	30,4±5,2*	30,6±8,4
γ-глоб.	6,4±1,2	6,2±1,8	7,4±2,2	6,5±1,2
Тимол. Пр.	6,6±1,4	10,2±1,2*	7,1±1,2**	6,4±0,8**
Сулем.пр.	2,2±0,8	2,7±0,3	2,6±0,3	2,3±0,2
Амилаза кр.	16,4±4,4	32,6±4,5*	17,2±1,4**	16,5±1,3
Ост.Н кр.	19,3±1,01	34,2±2,6*	22,5±4,2**	21,6±2,2
Мочевина	4,8±0,4	8,6±1,2*	4,6±0,5**	4,3±0,8
Креатинин	88,3±6,3	92,4±10,2*	80,2±8,4**	120,4±10,8
Сут.диур.	1210±75,6	1840±120,4	1300±80,2	1220±90,6
Уд.вес мочи	1021±10,1	1015±30,6	1020±25,2	1022±10,8
Na кр.	135,4±1,9	144,2±1,6*	139,5±1,2*	136,4±1,2**
К кр.	3,3±0,1	3,4±0,2	3,6±0,4	3,3±0,1**

\* - достоверно в сравнении с нормой; \*\* - достоверно в сравнении с исходным; \*\*\* - достоверно в сравнении с предыдущим сроком.

Показатель общий белок 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-и 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-и сутки после операции. Остаточный азот и мочевины нормализуются к концу 5-й сутки наблюдения ( $P < 0,05$ ). В этот срок нормализуется и водно-солевой обмен.

ЛИИ снижается почти в 2 раза уже к 3-м суткам, а к концу раннего послеоперационного периода приобретает тенденцию к нормализации (табл. 4.8).

Таблица 4.8 - Динамика ЛИИ у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (контрольная группа)

Сроки исследования	Показатель	P
При госпитализации	$7,26 \pm 0,14$	$< 0,05$
3-е сутки после ЭЭ печени	$4,22 \pm 0,26^{**}$	$< 0,05$
5-е сутки после ЭЭ печени	$2,15 \pm 0,11^{**}$	$< 0,05$

\* - достоверно в сравнении с исходной; \*\* - достоверно в сравнении с предыдущим сроком.

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.

Объем послеоперационной медикаментозной тактики не отличался от общепринятой терапии и заключался в применении антибактериального, инфузионного корригирующего, дезинтоксикационного, гепатопротекторного и антиоксидантного лечения. В противомикробной терапии препаратами выбора

явились цефалоспорины 2-3-го поколения (цефтриаксон, мегасеф, цефазолин, ротацеф, цефамандол, цефобид), аминогликозиды (амикацин, канамицин, гентамицин) и метронидазол (метрид, метрогил) в общепринятых дозировках.

С целью коррекции гиповолемии применяли кристаллоидные (раствор Рингера, 0,9 % физиологический раствор хлорида натрия, 5 и 40 % растворы глюкозы) и коллоидные растворы (рефортан, сорбилакт, реосорбилакт, инфезол). Количественный и качественный состав инфузионно-корректирующего лечения устанавливали индивидуально и зависел от возраста пациентов, степени эндо- и экзотоксикоза, сроков холестаза, степени компенсации клинически значимого сопутствующего заболевания.

В средней вариации объем инфузионного лечения составлял 1500-2500 мл/сутки. С целью дезинтоксикации организма осуществляли форсированный диурез фуросемидом или маннитолом в общепринятых дозах. Профилактике синдрома печеночноцитолита и отека паренхимы печени способствовало применение препаратов адеметионина (гептрала) в дозе 400-800 мг/сутки.

При повышении уровня билирубина  $>45$  ммоль/л у пациентов клинко-лабораторно имела место истинная токсемия, что приводила к нарушению всех функций печени. В таких ситуациях назначали аминокислотные и белковые препараты (инфезол, 5-10 % р-р альбумина).

#### **РЕЗЮМЕ:**

«Для удаления скопившихся жидкостей (кровь, желчь, выпот) и его санации адекватное дренирование остаточной полости является важным этапом эхинококкэктомии».

Целесообразно использовать методику сквозного дренирования ОП, которая, в особенности приемлема при поддиафрагмальных эхинококкозах, расположенных в 6-8 сегментах.

Использование данной методики позволило довести до минимума послеоперационные осложнения, связанные с остаточными полостями и улучшить качество жизни больных.

## ГЛАВА 5. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕСКОЖНОГО ПУНКЦИОННО-АСПИРАЦИОННОГО ДРЕНИРОВАНИЯ ГНОЙНОЙ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Задачей данной главы является сравнительный анализ эффективности ЧКП-АД НОП у больных, перенесших ЭЭ печени.

Как отмечали во 2 главе: «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» [76]. «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) (рис.5.1.)» [76].

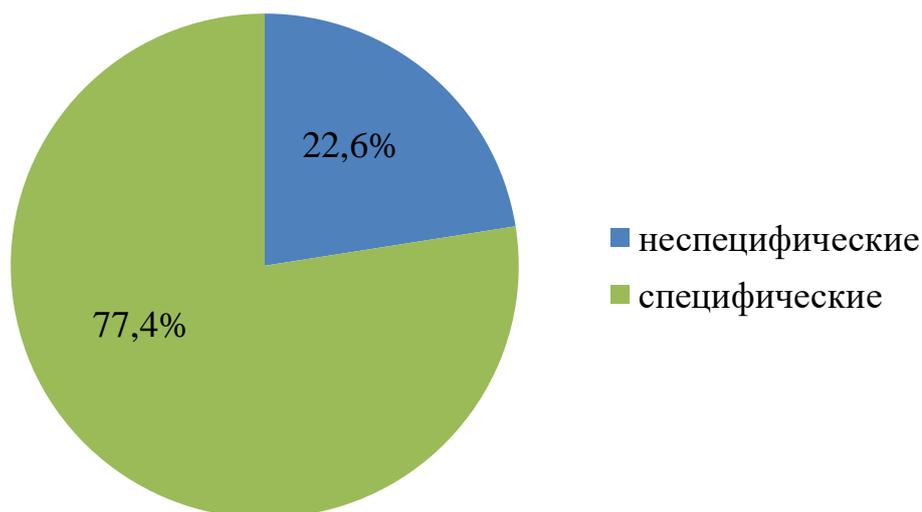


Рис. 5.1. Распределение осложнений после операций.

«Как видно из табл.5.1, в контрольной группе всего послеоперационные осложнения имели место в 52 (83,5%) случаях» [78]. «Среди них осложнения неспецифического характера зарегистрированы у 11 (17,7%) больных, а специфического характера - у 41 (65,8%)»[76]. «Из всех специфических осложнений наиболее часто встречалось нагноение ОП - 21 (33,8%)»[76].

Таблица 5.1 - Структура послеоперационных осложнений в исследуемых группах.

Характер осложнений	Основная группа		Контрольная группа	
	Абс.	%	Абс.	%
<b>Неспецифические</b>				
- пневмония	-	-	1	1,6
- печеночная недостаточность	-	-	1	1,6
- сердечно-сосудистая недостаточность	-	-	1	1,6
- постгеморрагическая анемия	-	-	7	11,3
- асцит	-	-	1	1,6
<b>Специфические</b>				
- 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

Отметим, что «для объективизации научных данных и определения прогностической и профилактической тактики рассмотрим частоту и характер послеоперационных осложнений в зависимости от доступа, метода ЭЭ и способа ликвидации ОП» [79]. В 87,3 % случаев нами применен трансабдоминальный доступ: верхне-срединная лапаротомия в 74,4 % наблюдений основной группы и в 54,1 % наблюдений контрольной группы ( $p < 0,001$ )» [79].

Как видно из табл. 5.2., «лапаротомия по Федорову была применена в 3,5 % в основной группе и 10,7 % в контрольной ( $p > 0,05$ )». Далее по «Кохеру в 3,5 % в основной и 14,3 % в контрольной группе».

Таблица 5.2 - Частота послеоперационных осложнений в зависимости от операционного доступа(M±m).

доступы	осложнения (n-28)				P
	Основн.(n-7)		Контрольн.(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

Отметим, что в контрольной группе лапаротомия по «Кохеру» и «трансплевральный» доступ были применены чаще, чем у больных основной группы (p<0,05 соответственно) [76].

В целом заметим, что «нагноение операционной раны зарегистрировано у 28 (16,6%) больных из всех 186 оперированных больных: 7 больных основной группы и 21 - контрольной» [77].

Из таблицы 5.3 видно: «послеоперационные осложнения больше наблюдались у больных контрольной группы (83,9% против 16,1%)» [76].

Таблица 5.3 – «Частота послеоперационных осложнений в зависимости от метода ЭЭ» (M±m).

Способы ЭЭ	Количество осложнений в группах (n-62)			
	Основная (n-10)		Контрольная (n-52)	
	абс	%	абс	%
«Закрытая» (перицистэктомия):	4	6,4±3,1	6	9,6±3,7*
«Открытая» – «с пункцией», «вскрытие кисты и удаление ее содержимого»	6	9,6±3,7	46	74,2±5,5**

Примечание: \* p>0,05 – не достоверна; \*\* p<0,001 – достоверна.

Дренирование ОП после ЭЭ используется для предупреждения кумуляции санации гнойного экссудата или желчи. Нами были использованы основные показания для дренирования ОП: нагноение эхинококковой кисты; обнаружение в ОП недоступной для ликвидации цисто-билиарного свища;

нагноение цисто-дигестивной фистулы (желудок, двенадцатиперстная кишка, толстая кишка); нагноение цисто-плевро-бронхиального свища.

Мы также выделяем следующие показания к дренированию ОП: отсутствие возможности ликвидации ОП в связи с техническими трудностями или тяжелым состоянием пациента; предупреждение абсцесса ОП; контролирование динамики процесса закрытия ОП.

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 %).

Таблица 5.4 - Послеоперационные осложнения в зависимости от способа устранения остаточной полости

Методы ликвидации ОП	Количество осложнений(п-62)			
	Основная группа (п-10)		Контрольная группа (п-52)	
	Абс.	%	Абс.	%
<b>Полная ликвидация ОП после ЭЭ печени путем:</b>				
капитонажа	-	-	2	3,2±2,2
инвагинации ФК	-	-	3	4,8±2,7
оментопластики	-	-	-	-
тотальной резекции ФК (перицистэктомия)	-	-	6	9,6±3,7
<b>Неполная ликвидация ОП с ее наружным дренированием после:</b>				
капитонажа	-	-	5	8,0±3,4
гофрирования (модификация капитонажа)	1	1,6±1,5	-	-
Только наружное дренирование ОП	9	14,5±4,4	18	29,0±5,7*
Ушивание ОП наглухо без дренирования	-	-	2	3,2±2,2

*Примечание: \* p<0,05 - достоверно.*

Как видно из табл. 5.4: «в контрольной группе послеоперационные

осложнения наблюдались больше, чем в основной группе. Наибольшее число осложнений (18 больных, 29%) отмечалось после наружного дренирования ОП без ее ликвидации» [77].

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%)»[76].

«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» [76].

«При этом мы приходим к следующему, что «основным ультразвуковым признаком, наблюдавшимся почти у всех больных, явился дефект ткани печени в зоне хирургического вмешательства, заполненный жидким содержимым» [78]. «Характер последнего был различным - от полностью анэхогенного до

эхоплотного с фиксированными к стенкам или флоттирующими массами» [77].

«Также мы отмечаем: «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». «Точка введения дренажных катетеров выбиралась с учетом кратчайшего расстояния до жидкостных скоплений». «Во всех случаях катетерное дренирование осуществлялось из межреберного доступа, не задевая плевральный синус» [78]. «Сопутствующий гидроторакс служил акустическим окном, позволяющим лучше визуализировать намеченную к дренированию ложную кисту и окружающие ее структуры» [76].

«Контроль за состоянием плевральной полости на стороне катетерного дренирования считаем обязательным и в течение 3-4 дней после вмешательства производили у 12 больных плевральную пункцию даже при относительно небольшом количестве выпота, заканчивая процедуру внутри плевральным введением антибиотиков широкого спектра действия». «Упорный гидроторакс на стороне поражения также служил косвенным указателем неблагополучия в брюшной полости. ЧКП-АД выполнялось без предварительной тонкоигольной пункции при заполненной кисте» [80]. «После установки дренирующего катетера в НОП печени происходила быстрая самостоятельная очистка остаточной полости от имеющихся гнойных масс» [80]. «Функция катетера контролировалась посредством УЗИ и ежедневного учета наружного дебита желчи» [76].

«В случаях, когда «при нарушении дренажной функции катетера выполнялось контрольное УЗИ остаточной полости, а трубка промывалась растворами антисептиков» [80]. «Если же количество желчного отделяемого уменьшалось, особенно при увеличении полости дренированной кисты, возникали показания к контрольной фистулографии для определения причины этого явления» [80]: «1) полное закрытие желчного свища» [80]; «2) нарушение

функции дренирующего катетера за счет obturation или перегиба его сократившейся полостью ложной кисты» [80]; «3) смещение или выпадение катетера из дренируемой полости» [80]. «Необходимость выполнения двухкатетерного дренирования гнойной полости возникла в 4 наблюдениях - для оттока применялись дренирующие катетеры калибра 20 и 32 Fr, установленные способом одномоментной троакарной пункции» [80]. «В двух наблюдениях применялись дренирующие стилет - катетеры фирмы «Argyle» калибра 12-16 Fr» [77].

«Критериями, свидетельствующими о возможности прекращения катетерного дренирования служили НОП, наряду с общеклиническими, следующие признаки» [79]: «1) сокращение полости дренирования до размеров выполняющего ее катетера» [79]; «2) отсутствие гнойного отделяемого по дренажу» [79]; «3) отрицательные результаты бактериологического исследования» [79]; «4) нормализация клинических анализов крови» [79]. При пункции внутрипеченочных жидкостных скоплений во всех наблюдениях получено гнойное содержимое» [79].

«Причинами, обусловившими, на наш взгляд, развитие нагноения остаточных полостей печени после хирургической операции, могли стать следующие факторы и их сочетания» [78]: «1) недостаточная функция или раннее удаление или выпадение интраоперационно установленных дренажных катетеров» [78]; «2) применение методики излишне интенсивной интраоперационной термообработки поверхности фиброзной капсулы, что может создавать условия для образования и последующего нагноения массивного струпа» [78]; «3) оставление при ЭЭ избыточно большой остаточной полости или технические трудности в ходе ее интраоперационного уменьшения» [77].

«Хотим отметить, что «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» [76].

«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» [77]. «Особенно актуальны эти технологии у лиц старших возрастных групп с тяжелыми сочетанными патологиями и высоким анестезиологическим риском» [77].

«В целях оценки эффективности ЧКП-АД при НОП после ЭЭ печени нами выполнен лабораторный и биохимический мониторинг послеоперационного периода».

В основной группе у 5 из 10 больных осложненным ЭП после ЭЭ печени выявлялись признаки токсической энцефалопатии, микроциркуляторные нарушения. В среднем, ЧД равнялась  $25 \pm 5$  в мин, а ЧСС -  $120 \pm 10$  в мин. АД оставался стабильным в пределах нормальных цифр. Хотя были признаки гиповолемии. Осложнений после операции в динамике мы не наблюдали.

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 Нб и ЦП (табл. 5.5). 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 ( $P < 0,05$ ).

Таблица 5.5 - Лабораторные параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (основная группа)

Пок-ль	контроль	При поступлении	После ЭЭ печени (сутки)	
			3-ьи	5-е
	M±m	M±m	M±m	M±m
Эр	4,3±0,8	3,9±0,2*	4,1±0,2**	4,0±0,7
Нь	74,2±10,3	68,4±10,1*	69,0±8,2	63,6±10,5**
ЦП	0,8±0,02	0,7±0,01*	0,9±0,04**	0,9±0,02
СОЭ	11,4±6,4	32,2±9,8*	12,4±2,1**	11,1±3,8**
Лейк.	7,2±1,2	15,4±2,4*	10,0±1,1*,**	7,4±3,2**
Пал.	7,2±1,8	7,6±1,2	4,6±1,2**	2,4±1,0**
Сегм.	66,6±4,5	68,2±4,6	65,4±2,1	59,8±2,6
Лимф.	12,2±6,8	16,4±4,4	15,3±3,2	17,2±1,4
Мон.	3,8±1,2	4,3±1,1*	3,2±1,1**	3,2±2,1
Эозин.	2,4±0,9	2,4±0,4	2,2±0,1	2,4±0,3

\* - достоверно в сравнении с нормой; \*\* - достоверно в сравнении с исходным; \*\*\* - достоверно в сравнении с предыдущим сроком.

Содержание общего билирубина равнялось 38,2±2,9 ммоль/л. Нормализация содержания всех фракций билирубина наступает уже раннем послеоперационном периоде (P<0,05) (табл. 5.6). Активность АСТ склонна к уменьшению, а показатель общий белок сыворотки 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 3ьи 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 3ьи сутки после ЭЭ печени (P<0,05).

Таблица 5.6 - Биохимические параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (основная группа)

Пок-ль	контроль	При поступлении	После ЭЭ печени (сутки)	
			3-ьи	5-е
	M±m	M±m	M±m	M±m
Бил.(общ)	18,1±4,6	38,2±2,9*	18,4±1,3**	18,8±2,8
Бил.(прям)	2,2±0,8	4,2±0,3*	1,2±0,1**	0,6±0,03**
Бил.(непрям)	15,3±2,4	30,4±1,1*	15,2±1,2**	16,6±1,2
АСТ	0,4±0,01	0,6±0,03*	0,4±0,01**	0,4±0,05
АЛТ	2,4±0,1	2,1±0,2	2,4±0,2	2,3±0,3
Белок (общ)	54,2±6,6	51,0±2,4*	46,6±3,2**	47,2±3,0
Альбум.	30,2±6,2	28,2±11,1*	32,4±10,2**	31,2±4,4
γ-глоб.	6,4±6,1,2	6,8±1,2	5,3±1,1	5,4±2,1
Тимол. Пр.	6±1,4	7,2±1,1*	7,6±1,3	6,6±1,0
Сулем.пр.	2,2±0,8	3,2±0,5*	2,4±0,9**	2,2±1,2
Амилаза кр.	16,4±4,4	33,3±2,5*	17,2±2,2**	16,0±2,2
Ост.N кр.	19,3±1,01	35,8±2,3*	32,6±1,9*,**	31,1±3,2*
Мочевина	4,8±0,4	8,6±1,2*	4,5±0,5**	4,0±1,6**
Креатинин	88,3±6,3	92,4±10,2*	80,2±8,4**	78,4±10,8**
Сут.диур.	1210±75,6	1920±10,2	1325±100,1	1260±120,6
Уд.вес мочи	1021±31,1	1031±43,6	1022±22,2	1026±10,6
Na кр.	135,4±1,9	148,6±1,4*	136,4±1,1**	134,9±1,1
K кр.	3,3±0,1	3,2±0,1	3,3±0,3	3,4±0,2

\* - достоверно в сравнении с нормой; \*\* - достоверно в сравнении с исходным; \*\*\* - достоверно в сравнении с предыдущим сроком.

Как видно из табл. 5.7., уже на 3-ьи сутки после операции ЛИИ резко снижается ( $P < 0,05$ ), а на 5-е сутки нормализуется. У 18 больных контрольной группы имелись признаки эндотоксикоза.

Таблица 5.7. - Динамика ЛИИ у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (Основная группа)

Сроки исследования	Показатель	P
При госпитализации	6,412±1,4	<0,05
3-е сутки после операции	2,66±0,22**	<0,05
5-е сутки после операции	1,70±0,20**	<0,05

\* - достоверно в сравнении с исходной; \*\* - достоверно в сравнении с 3 суткой.

Из таблицы 5.8 мы видим, что в динамике исследований 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.

Таблица 5.8 - Лабораторные параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (Контрольная группа)

Пок-ль	контроль	При поступлении	После ЭЭ печени (сутки)	
			3-ьи	5-е
	M±m	M±m	M±m	M±m
Эр	4,3±0,8	3,3±0,7*	3,5±0,3*,**	3,8±0,6*,**
Hb	74,2±10,3	68,2±12,5	69,2±5,5	69,2±8,5
ЦП	0,8±0,02	0,7±0,02	0,8±0,03	0,8±0,02
СОЭ	11,4±6,4	24,2±1,2*	20,2±2,4*,**	16,6±1,8*,**
Лейк.	7,2±1,2	22,5±4,6*	12,0±1,3*,**	8,8±2,0**
Пал.	7,2±1,8	10,2±1,7*	8,3±1,1**	7,2±1,2
Сегм.	66,6±4,5	67,4±3,6	68,4±2,4	60,8±2,6
Лимф.	12,2±6,8	15,4±8,4*	16,2±8,2	12,3±4,4**
Мон.	3,8±1,2	4,2±1,3*	4,2±1,6	5,2±2,1
Эозин.	2,4±0,9	2,1±0,5*	2,2±0,2**	2,4±0,6

\* - достоверно в сравнении с нормой; \*\* - достоверно в сравнении с исходным; \*\*\* - достоверно в сравнении с предыдущим сроком.

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 ( $P<0,05$ ).

Как видно из табл. 5.9., нормализация общего билирубина, а также его обеих его фракций наступает после ЭЭ печени на 3-ьи сутки ( $P<0,05$ ).

Таблица 5.9 - Биохимические параллели у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (Контрольная группа).

Пок-ль	контроль	При поступлении	После ЭЭ печени (сутки)	
			3-ьи	5-е
	M±m	M±m	M±m	M±m
Бил.(общ)	18,1±4,6	44,2±10,1*	19,9±5,2*,**	18,8±3,3
Бил.(прям)	2,2±0,8	13,0±3,4*	5,6±1,4*,**	2,2±0,4**
Бил.(непрям)	15,3±2,4	30,1±6,0*	14,2±2,8**	14,2±1,1
АСТ	0,4±0,01	0,8±0,03*	0,6±0,02**	0,5±0,02
АЛТ	2,4±0,1	3,2±0,2*	3,4±0,09*	4,1±0,2*,**
Белок (общ)	54,2±6,6	50,4±1,3*	46,2±3,1*,**	42,8±3,5*,**
Альбум.	30,2±6,2	23,2±12,2*	30,4±4,2**	30,6±8,4
γ-глоб.	6,4±1,2	12,2±0,9*	9,4±2,3*,**	8,5±1,1
Тимол. Пр.	6,6±1,4	9,2±1,2*	8,2±1,0*,**	6,2±0,1**
Сулем.пр.	2,2±0,8	4,2±0,3*	3,6±0,3*,**	2,3±0,2**
Амилаза кр.	16,4±4,4	22,3±1,5*	18,2±1,2**	16,6±1,1
Ост.N кр.	19,3±1,01	30,1±2,0*	29,1±2,2*,**	26,3±2,4*,**
Мочевина	4,8±0,4	8,7±1,2*	4,8±0,5**	4,2±0,5**
Креатинин	88,3±6,3	92,4±10,2*	80,2±8,4**	120,4±10,8**
Сут.диур.	1210±75,6	1820±95,4	1500±100,2	1222±102,6
Уд.вес мочи	1021±10,1	1026±30,6	1026±36,2	1026±9,9
Na кр.	135,4±1,9	146,3±1,2*	140,2±1,1*,**	135,5±0,6*,**
K кр.	3,3±0,1	3,2±0,2	3,6±0,4**	3,4±0,1

\* - достоверно в сравнении с нормой; \*\* - достоверно в сравнении с исходным; \*\*\* - достоверно в сравнении с предыдущим сроком.

Показатель общий белок сыворотки 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.

Как видно из табл. 5.10., ЛИИ имеет тенденцию к постепенному снижению.

Таблица 5.10. - Динамика ЛИИ у больных осложненным ЭП после ЭЭ печени (Контрольная группа)

Сроки исследования	Показатель	P
При госпитализации	$8,06 \pm 0,118$	$< 0,05$
3 сутки	$5,31 \pm 0,18^{**}$	$< 0,05$
5 сутки	$2,40 \pm 0,11^{**}$	$< 0,05$

\* - достоверно в сравнении с исходной; \*\* - достоверно в сравнении с 3 суткой.

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.

Мы провели факторный анализ ближайших результатов оперативного лечения больных ЭП. При установленными факторами послеоперационного осложнения явились: возраст больных; клинические стадии жизнедеятельности эхинококка; размеры и количество гидатидных кист; наличие осложнений ЭП;

методы ЭЭ; способы ликвидации ОП; наличие сопутствующих заболеваний.

Исходя из установленных факторов послеоперационного осложнения, нами было проведено прогнозирование развития осложнений у оперированных больных контрольной группы. Установлено, что из 107 пациентов контрольной группы, так называемый – « $R < 1$ » «риск развития послеоперационных осложнений» выявлен у 35 больных (32,7%). А « $(1 < R < 2)$ » - «высокий» риск» установлен у 51 (47,6%) и очень высокий риск ( $R > 2$ ) – у 23 (21,5%) пациентов.

Профилактика специфических гнойно-воспалительных осложнений в контрольной группе проводили по общестандартной программе: антибиотикотерапия; инфузионно-корректирующая терапия; санация ОП через дренажи. В основной группе больных профилактика специфических послеоперационных воспалительных осложнений осуществлялась комплексной программой, состоящей из мероприятий общего и специального характера на до-, интра- и послеоперационном периоде.

Комплексная периоперационная профилактика основывалась на следующих принципах:

- выявление и активная санация хронических очагов инфекций у исследуемых пациентов на дооперационном этапе;
- индивидуализация тактико-технических решений (оперативный доступ, метод ЭЭ и ликвидации ОП в зависимости от размеров, количества и сегментарного расположения эхинококковой кисты печени);
- выполнение ЭЭ с соблюдением правил анти- и апаразитарности, асептики и антисептики во время хирургического вмешательства;
- адекватное дренирование ОП;
- комплексная послеоперационная медикаментозная терапия с учетом изменений в системе гомеостаза (периоперационная антибиотикотерапия, инфузионно-корректирующая терапия).

Отметим, что на результат хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени сказывается правильная тактика организации и выполненная операция, также немаловажную роль играет эхинококковые

кисты, его объем, количество, состояние. Не остается за бортом и правильная, компетентная предоперационное ведение и подготовка, адекватная анестезиологическая тактика, доступ хирурга для оперативного вмешательства, адекватное удаление, обеззараживание паразитов, его ликвидация с или без дренирования остаточной полости, а также адекватное ведение больного после операции.

При эхинококкозе ранней и неосложненной стадии и при удовлетворительном общем состоянии больные в особой предоперационной подготовке не нуждаются. При осложненных эхинококковых кистах, особенно больших и гигантских размеров, показана подготовка, при которой учитывали морфофункциональные изменения гепатоцитов.

Нами проводилась инфузионная энергетическая терапия, направленная на улучшение функции печени (гепатопротекторы, раствор глюкозы 5 и 40 %, рибоксин, витамин С и др.), а также дезинтоксикационная и антибактериальная терапия, общеукрепляющее лечение. Кроме того, при необходимости назначались кардиотропные и легочные препараты больным с нарушениями в кардиореспираторной системе и другие препараты по показаниям.

Мы хоти подчеркнуть, что «результаты хирургического лечения ЭП являются важным критерием, который придает проблеме высокую актуальность. Анализ медицинских публикаций, посвященных оперативному лечению ЭП, показывает, что хирургические операции выполняются на фоне значительных изменений в системе печеночного гомеостаза. Для выбора рациональной хирургической тактики лечения был предложен ряд методов операций, о которых мы подробно излагали в предыдущих главах. Многолетний опыт оперативного лечения ЭП и ее осложнений позволяет нам говорить о сложности хирургического лечения этого заболевания. На результаты оперативного лечения во многом оказывают влияние серьезные осложнения, которые связаны с образованием ОП после ЭЭ (нагноение, желчные и гнойные свищи, кровотечение). По данным литературы, частота послеоперационных осложнений после ЭЭ остается величиной постоянной и составляет 17,9 -28,5%» [51].

«Приведенные данные создают тему для дискуссии о сложности хирургического лечения ЭП и профилактики послеоперационных осложнений. Анализируя методы операций при ЭП, обнаруживается достаточно большое количество различных методов операций. Хотя мы говорим об одной очаговой патологии печени наличие большого арсенала оперативных методов, несомненно, актуализирует проблему хирургического лечения данной патологии и требует стандартизации» [77].

Послеоперационное ведение больных ЭП не отличалось от общеизвестной тактики и заключалось в проведении антибактериальной, инфузионно-корректирующей, детоксикационной, гепатопротекторной и антиоксидантной терапии. Препаратами выбора в антибактериальной терапии были антибиотики цефалоспоринового ряда (цефазолин, цефтриаксон, мегасеф), аминогликозиды (гентамицин) и метронидазол в общепринятых дозировках.

Нарушение нормального баланса объема циркулирующей крови у больных ЭП и механической желтухой приводит к «содружественной» гиповолемии. Дефицит объема плазмы обусловлен нарушением естественного пассажа желчи в кишечный тракт, дисфункцией процесса пищеварения, белково-синтетической функции печени, рвотой.

Все это в финале может привести к водно-электролитным и кислотно-основным нарушениям крови. С целью устранения гиповолемии использовался 0,9% раствор хлорида натрия, раствор Рингера, 5 и 40 % растворы глюкозы, рефортан, сорбилакт.

Количественный и качественный объем инфузии определяли дифференцированно и индивидуально, что зависело от возрастного состава больных, тяжести интоксикации, длительности патологического процесса (холестаза). Объем инфузионной терапии в среднем составлял 2200-4000 мл/сутки.

Профилактика отека печеночной паренхимы за счет внутриклеточной утилизации калия достигалась назначением гепатопротекторного препарата адеметионин (гептрал, легенд) в дозе 400-800 мг в сутки. При значениях прямого

билирубина более 43 ммоль/л развивается истинная токсемия, которая может привести к нарушению всех функций печени. В таких ситуациях рационально назначение инфезола и 5-10 % растворов альбумина.

**РЕЗЮМЕ:**

Таким образом: «НОП отмечалось, главным образом, в проекции VII-VIII сегментов печени в результате раннего удаления либо случайного выпадения дренажных трубок из остаточной полости» [78]. «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» [76].

В результате происходит быстрая самостоятельная очистка ОП от имеющихся гнойных масс. Критериями, свидетельствующими о возможности удаления дренажей являются: уменьшение в размерах остаточной полости; ликвидация и прекращение отделяемых по дренажу.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приступая к заключению, следует подчеркнуть тот факт, что любая научно-исследовательская работа, предметом которой является проблема ЭП, приобретает особую остроту и актуальность. Это связано с тем, что во всем мире наблюдается критический рост заболеваемости ЭП. В этом плане наш Кыргызстан, не только не исключение, а скорее зримый показатель неблагополучия в отношении заболеваемости.

Мы задались целью улучшить результативность хирургического лечения осложненного ЭП путем совершенствования технологий С-ДХ, а также оптимизированных методов ранней диагностики и тактико-технической профилактики его гнойно-септических осложнений. Мы это связываем с результативностью хирургического лечения зависит от осложнений, связанных с ОП после ЭП, частота возникновения которой составляет 17,9-28,5%. Об этом сообщают Курбонов К.М. и соавт. (2015), Вафин А.З. и соавт. (2015) и др. В то же время, как оказалось существующие методы профилактики гнойно-септических осложнений ЭП, включая развитие ОП, малоэффективны, поэтому результаты лечения пациентов с эхинококкозом печени неоднозначны.

Что же показало изучение соответствующей литературы? В главе 1 нами приводится следующее резюме: На фоне заметного прогресса в деле диагностики, лечения и профилактики ряда специфических послеоперационных осложнений хирургического лечения ЭП еще не достигнуты стабильные результаты, а потому сохраняется актуальность:

1) Разработки, внедрения и оценки эффективности способов ранней диагностики послеоперационных гнойно-септических осложнений у больных осложненным ЭП, основанной на малоинвазивности и диагностической эффективности инструментальных методов исследований;

2) Разработки, внедрения и оценки результативных способов тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений ЭП, основанных на использовании принципов разгрузки и санации

ОП.

В связи с изложенными выше мы поставили перед собой следующие научно-практические задачи:

Во-первых, оценить эффективность открытой ЭЭ печени со сквозным дренированием ОП у больных осложненным ЭП в условиях применения способов ранней диагностики послеоперационных гнойно-септических осложнений, основанной на УЗИ-ГДМ;

Во-вторых, оценить результативность ЧКП-АД у больных с НОП после ЭЭ печени в условиях применения тактико-технической профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений;

В-третьих, на основании полученных данных обосновать и оптимизировать результативность хирургического лечения больных с ЭП, у которых развились в послеоперационном периоде осложнения гнойно-септического характера.

«Основу настоящей работы составляют результаты анализа клинического материала 186 больных осложненным ЭП. Больные с учетом основных характеристик эхинококковых кист, их осложнений и клинико-возрастных проявлений заболевания были распределены на 2 группы сравнения. Основную группу составили 90 больных с эхинококкозом печени, которым прогнозирование послеоперационных гнойно-септических осложнений проводилось на основе клинико-инструментальных критериев риска их развития, а при хирургическом лечении были использованы сквозное дренирование остаточной полости. Контрольную группу составляли 96 больных эхинококкозом печени, которые были реабилитированы традиционными лечебно-профилактическими мероприятиями» [76].

«Возраст обследованных больных колебался от 15 до 70 лет, преобладали женщины активного трудоспособного возраста» [76]. «Из 186 больных, женщин было 101 что составила (54,4%), а мужчин 85 (45,6%) при рассмотрении поступивших по возрасту обращало на себя внимание что наиболее часто поступали больные в возрасте от 21 до 50 лет» [76].

Мы проанализировали давность (таб. 2.1.2) в целом у всех поступивших при рассмотрении результатов исследования установлено, что преобладали больные с давностью до 1 года 105 (56.6%). Мы также проанализировали симптоматику заболевания в момент поступления больных. «У 186 больных выявлено всего 224 кист разного характера. Среди больных преобладали (56,3%) случаи, когда диаметр эхинококковых кист составлял до 10 см. Живой паразит был обнаружен в 87 (46,7%) кистах, а мертвый паразит в 99 (53,2%) случаях, причем в разных стадиях изменений» [76]. Чаще (29,5%) среди больных отмечалось изолированное нагноение кисты. «Эхинококковые кисты с размером более 10 см наблюдались у 43,5%, что может свидетельствовать о запущенности патологического процесса» [76].

«Диагноз устанавливался на основании комплекса клинических, лабораторных и специальных инструментальных методов исследования» [76]. «Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное обследование, УЗИ органов брюшной полости, а также, по показаниям, МРТ, КТ и другие исследования. Для их проведения использовали стандартные унифицированные методики в лабораториях ОМОКБ» [76].

Итак, клиничко-лабораторные показатели у больных осложненным ЭП зависят от длительности течения гнойного процесса, локализация и размера кисты, а так же от общего состояния больного. В целях повышения точности диагностики осложненного ЭП на прижизненно-морфологическом уровне необходимо использовать разработанную нами УЗИ-ГДМ с соответствующими параметрами оценки.

«С целью предупреждения послеоперационных осложнений специфического характера, для удаления жидкостей воспалительного и характера, желчи и их очищения, адекватного дренирования остаточных полостей – все это в комплексе является основным этапом эхинококкэктомии» [77].

Для профилактики послеоперационных специфических осложнений, связанных с остаточной полостью эхинококковых кист расположенных в VI-VIII

сегментах, мы разработали способ сквозного метода дренирования остаточных полостей печени после эхинококкэктомии.

«Суть данного способа – снизить до минимальных значений послеоперационные осложнения, причиной которых являются остаточные полости печени, а также повысить качество жизни пациентов» [78]. «Необходимо применять данный способ сквозного дренирования остаточной полости печени при локализации эхинококковых кист при 6-8 сегментах» [78].

Считаем, что применение данного метода приведет к минимизации осложнений в послеоперационном периоде, причиной которых являются остаточные полости печени, а также повысить качество жизни пациентов.

Отметим, что «малоинвазивный метод лечения применяли у 28 больных с НОП после эхинококкэктомии. 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%» [76]. «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. НОП отмечалось, главным образом, в проекции VII-VIII сегментов печени в результате раннего удаления либо случайного выпадения дренажных трубок из ОП. 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» [77].

В результате происходит быстрая самостоятельная очистка ОП от имеющихся гнойных масс. Критериями, свидетельствующими о возможности удаление дренажа является: уменьшение размера остаточной полости;

отсутствие отделяемых и ликвидация остаточной посласи. На наш взгляд: «данный способ актуален в практическом применении у пациентов пожилого и старческого возраста, с сопутствующими коморбидными заболеваниями, что является риском для анестезиолога»[77].

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-м 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 3ьи 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 3ьи 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 3ьи 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-и 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 Hb и ЦП нормализуются уже на 3-и 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-им 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-и 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-и 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-и сутки после операции. Остаточный азот и мочевины 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-им 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.

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 Hb и ЦП.

СОЭ резко, почти в 3 раза снижается после операции уже на 3-и 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 склонна к уменьшению, а показатель общий белок 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-и 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 Нв 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-ьи 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 так же 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. После операции осложнений и летальных исходов не было.

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. При НОП после ЭЭ ЧКП-АД является методом выбора.

## 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 удаления дренажей, являются сокращение ОП до размеров выполняющего ее катетера, а также отсутствие гнойного отделяемого по дренажу.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Абдисаматов, Б.С.** Современные направления в хирургическом лечении эхинококкоза печени [Текст] / Б.С. Абдисаматов // Современная медицина. Актуальные вопросы: сб. ст. Международной научно-практической конференции № 2-3 (47). – Новосибирск: СибАК, 2016. – С. 91-98.
2. **Абдуллаев, А.Г.** Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков [Текст] / А.Г. Абдуллаев, А.А. Мовчун, Р.М. Агаев // Хирургия. – Москва, 2005. - №2. - С. 38-42.
3. **Агаев, Б.А.** Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени [Текст] / Б.А. Агаев, Р.М. Агаев, Р.М. Мамедов // Анналы хирургии. – Москва, 2005. - №1. - С. 54-58.
4. **Агаев, Р.М.** Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений [Текст] / Р.М. Агаев // Хирургия. – Москва, 2001. - №2. - С. 32-36.
5. **Акешов, А.К.** Совершенствование диагностики и лечение осложненных форм эхинококкоза печени [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед.наук: 14.01.17 / А.К. Акешов. – Бишкек, 2012. - 18с.
6. **Акматов, Б.А.** Комплексное обследование населения с целью выявления эхинококкоза и рецидивов заболевания [Текст] / Б.А. Акматов // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – Москва, 1994. - С. 76-78.
7. **Алиев, М.Ж.** Эффективность методов обеззараживания полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени [Текст] / автореф. дисс. ... канд. мед.наук: 14.01.17 / М.Ж. Алиев. – Бишкек. - 2015. - 21с.
8. **Альперович, Б.И.** Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени [Текст] / Б.И. Альперович, Р.В. Сорокин, М.В. Толкаева // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2006. – Т. 11, №1. - С. 7-10.
9. **Альперович, Б.И.** Хирургия печени [Текст] / Б.И. Альперович. – Москва: Медицина. - 2010. - 216с.
10. **Амонов, Ш.Ш.** Опыт использования пергидроля в хирургическом лечении больных эхинококкозом печени [Текст] / Ш.Ш. Амонов, М.И. Прудков, Т.Г. Гульмурадов // Московский хирургический журнал. – Москва, 2014. - № 1

(35). – С. 13-16.

11. **Аничкин, В.В.** Метод полузакрытой эхинококкэктомии с антипаразитарной обработкой остаточной (фиброзной) полости смесью глицерина и 1-2% раствора альбендазола в димексиде у пациентов с эхинококкозом печени [Текст] / В.В. Аничкин, В.В. Мартынюк // Хирургия. Восточная Европа. – Минск, 2014. - № 2 (10). – С. 60-68.

12. Аплатизация кист печени и селезенки малоинвазивным способом [Текст] / [Р.Т. Меджидов, М.А. Хамидов, Т.М. Хамидов и др.] // Эндоскопическая хирургия. – Москва, 2015. – Т. 21, № 6. – С. 12-17.

13. **Аталиев, А.Е.** Пункционное и пункционно-дренажное лечение эхинококковых кист печени [Текст] / А.Е. Аталиев, О.Р. Тешаев, А.А. Шукуров // Материалы XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Ташкент, 2015. - С. 110-111.

14. **Ахмедов, И.Г.** Формирование микроцефалоцист в эхинококковой кисте и его индукция *in vitro* // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – Махачкала, 2016. - №1 (14). - С. 29-33.

15. **Ахмедов, И.Г.** Эхинококкоз печени: современное состояние проблемы [Текст] / И.Г. Ахмедов, Р.А. Койчугев // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – Махачкала, 2017. - № 2 (23). – С. 71-77.

16. **Ахмедов, С.М.** Резекция печени при эхинококкозе [Текст] / С.М. Ахмедов, Н.К. Иброхимов, Б.Д. Сафаров // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2014. – Т. 19, №2. - С. 49-53.

17. **Ахмедов, Р.М.** Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени [Текст] / Р.М. Ахмедов, И.А. Мирходжаев, У.Б. Шарипов // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2010. - №3. - С. 99-102.

18. **Бабакулов, К.К.** Интраоперационные и послеоперационные меры профилактики рецидива эхинококкоза [Текст]: автореф. дисс. ... канд. мед.наук: 14.00.27 / К.К. Бабакулов. – Бишкек, 2010. – 24 с.

19. **Безезов, Х.С.** Распространенность и хирургическое лечение

эхинококкоза печени [Текст] / Х.С. Бебезов, Д.Н. Нурманбетов, Ш.М. Чынгышбаев // Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане: сб. научн. тр. – Бишкек, 2002. - С. 22-27.

20. **Бейшеналиев, А.С.** Состояние гемодинамики печени при эхинококкозе [Текст] / А.С. Бейшеналиев, Ж.А. Кочконбаев, А.А. Кудайбердиев // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2013. – Т. XIX, приложение 4. - С. 74-75.

21. **Белеков, Ж.О.** Перкутанная пункционно-аспирационная эхинококкэктомия под контролем ультрасонографии [Текст] / Ж.О. Белеков, Б.З. Осумбеков, К.С. Ысмайылов // Вестник КРСУ. – Бишкек, 2007. – Т. 7, №4. - С. 175-177.

22. **Вафин, А.З.** Классификация методов хирургического лечения эхинококкоза [Текст] / А.З. Вафин // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2000. - №2. - С.19-22.

23. **Вафин, А.З.** Хирургическое лечение эхинококкоза печени без применения чрескожных технологий [Текст] / А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров, М.И. Маланка // Материалы XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Ташкент, 2015. - С. 112-113.

24. **Веронский, Г.И.** Радикальные операции при эхинококкозе печени [Текст] / Г.И. Веронский, С.А. Демин, К.Г. Ершов // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2005. – Т. 10, №2. - С. 55-58.

25. **Ветшев, П.С.** Эхинококкоз: современное состояние проблемы [Текст] / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, С.В. Бруслик // Украинский журнал хирургии. – Киев, 2013. – Т. 3, № 22. - С. 25-28.

26. **Ветшев, П.С.** Эхинококкоз: основа диагностики и роль миниинвазивных технологий [Текст] / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2015. – Т. 20, №3. - С. 47-52.

27. **Вишневский, В.А.** Радикальное лечение эхинококкоза печени, современное состояние проблемы [Текст] / В.А. Вишневский, В.А. Икрамов, Р.З. Кахаров // Бюллетень Сибирской медицины. – Томск, 2007. - №3. - С. 22-26.

28. **Вишневский, В.А.** Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени [Текст] / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // *Анналы хирургической гепатологии*. – Москва, 2011. – Т. 16, № 4. – С. 25-33.

29. **Вишневский, В.А.** Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение [Текст] / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // *Доказательная гастроэнтерология*. – Москва, 2013. – №2. – С. 18-24.

30. Возможности применения эндоскопических технологий в диагностике и лечении эхинококкоза печени [Текст] / [Ф.И. Махмадов, К.М. Курбонов, К.Р. Холов и др.] // *Новости хирургии*. – Витебск, 2011. – Т. 19, № 5. – С. 147-150.

31. Возможности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза [Текст] / [Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова А.С., А.С. Бекшоков и др.] // *Хирургия*. – Москва, 2015. – № 6. – С. 77-80.

32. Выбор оптимальной хирургической тактики при эхинококкозе печени [Текст] / [З.И. Муртазаев, Т.К. Камалов, С.Т. Хужабоев и др.] // *Современные направления развития медицины: сборник статей Международной научно-практической конференции*. Под общей редакцией В.П. Трошина. – Брянск, 2014. – С. 39-47.

33. Гидатидозный эхинококкоз – современный взгляд [Текст] / [С.Б. Иманкулов, А. Байгенжин, Т.У. Туганбеков и др.] // *Клиническая медицина Казахстана*. – Астана, 2015. – №2 (36). – С. 11-14.

34. **Гайбатов, С.П.** Клиническая картина и лечение нагноившегося эхинококкоза печени [Текст] / С.П. Гайбатов, Д.С. Гайбатов // *Хирургия*. – Москва, 2006. – № 6. – С. 16-18.

35. **Дадвани, С.А.** Лечение гидатидозного эхинококкоза [Текст] / С.А. Дадвани, О.С. Шкроб, А.Н. Лотов // *Хирургия*. – Москва, 2000. – №8. – С. 27-32.

36. **Джабраилов, Д.А.** Эхинококкоз печени, осложненный цистобилиарными свищами: диагностика и тактика лечения [Текст] / Д.А. Джабраилов, Г.Х. Мусаев, С.С. Харнас // *Анналы хирургии*. – Москва, 2008. –

№4. - С. 5-9.

37. **Джоробеков, А.Д.** Хирургическая тактика при эхинококкозе печени [Текст] / А.Д. Джоробеков, Т.Б. Атакаев, Б.А. Акматбеков // Хирургия рубежа XX и XXI века: Материалы III конгресса хирургов КР. - 2000. - С. 243-248.

38. **Домашенко, О.Н.** Эхинококкоз печени: диагностика, лечебная тактика [Текст] / О.Н. Домашенко, А.Д. Шаталов, Д.С. Паниева // Известия высших учебных заведений. – Ростов-на-Дону, 2016. - №3 (39). – С. 35-40.

39. **Журавлев, В.А.** Гидатидный эхинококкоз печени. Вопросы хирургического лечения [Текст] / В.А. Журавлев, В.М. Русинов, Н.А. Щербакова // Хирургия. – Москва, 2004. - №4. - С. 18-19.

40. **Журавлев, В.А.** Традиционное, новое и спорное в хирургии эхинококкоза печени [Текст] / В.А. Журавлев, О.В. Черемисинов // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2005. – Т. 10, № 2. - С. 109-111.

41. **Запорожченко, Б.С.** Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства при эхинококкозе печени [Текст] / Б.С. Запорожченко, И.Е. Бородаев, О.Б. Зубков // Материалы XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Ташкент, 2015. - С. 113-114.

42. **Иброхимов, Н.К.** Совершенствование техники резекции печени при эхинококкозе [Текст] / Н.К. Иброхимов // Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе, 2005. - №5. - С. 45-47.

43. **Иванов, С.А.** Варианты хирургической тактики при лечении сочетанного эхинококкоза легких и печени [Текст] / С.А. Иванов, Е.А. Корымасов, С.В. Мешков // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – Самара, 2015. – Т. 17, № 1 (2). – С. 517-520.

44. **Ильхамов, Ф.А.** Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст]: автореф. дисс. ... докт. мед.наук: 14.00.27 / Ф.А. Ильхамов. – Ташкент, 2005. – 42с.

45. **Камилов, Т.С.** Диагностика и пути улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / Т.С. Камилов // Анналы

хирургической гепатологии. – Москва, 2004. - №2. - С. 11-13.

46. **Карымасов, Е.А.** Эволюция способа операции при эхинококкозе печени [Текст] / Е.А. Карымасов, С.А. Иванов, В.Н. Чернышев // Материалы XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Ташкент, 2015. - С. 116-117.

47. **Кахаров, М.А.** Эхинококкоз печени. Новые аспекты диагностики и хирургического лечения [Текст]: автореф. дисс. ... докт. мед.наук: 14.00.27 / М.А. Кахаров. – Москва, 2003. - 36 с.

48. **Кенжаев, М.Г.** Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива [Текст] / М.Г. Кенжаев, Б.А. Акматов. – Бишкек: «Медфарминфо». – 2001. – 157 с.

49. **Кенжаев, М.Г.** Профилактика рецидива эхинококкоза [Текст] / М.Г. Кенжаев, А.М. Кенжаев, К. Бабакулов // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2005. – Т. 10, № 2. – С. 113-114.

50. Клиническая эффективность применения принципа апаразитарности и антипаразитарности в хирургии эхинококкоза [Текст] / [А.З. Вафин, А.Д. Абдоков, А.В. Попов и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – Ставрополь, 2010. - № 2. - С. 10-13.

51. **Курбонов, К.М.** Выбор оптимального метода лечения больных тяжелого состояния с нагноившимися эхинококковыми абсцессами печени [Текст] / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, А.Д. Гулахмадов // Материалы XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. - Ташкент, 2015. - С. 117-118.

52. **Лотов, А.Н.** Моновезикулярный эхинококкоз печени: современные подходы к лечению [Текст] / А.Н. Лотов, Г.Х. Мусаев, А.В. Чжао // Материалы Международного конгресса ассоциации гепатопанкреато-билиарных хирургов стран СНГ. – Ташкент, 2015. - С.118-119.

53. Малоинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени [Текст] / [Ф.И. Махмадов, Ф.И. Курбонов, А.Д. Гулахмадов и др.] // Вестник педагогического университета. – Душанбе, 2013. - № 3 (52). – С. 154-157.

54. Малоинвазивные методы хирургической коррекции осложненной остаточной полости после эхинококкэктомии печени [Текст] / [Ф.Н. Нишанов, А.З. Отакузиев, Б.Р. Абдуллажонов и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. – Москва, 2013. – Т. 8, № 3. – С. 66-69.

55. **Мамакеев, М.М.** Результаты хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной полости и грудной клетки [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Акматов, Ж.Т. Бектуров // Развитие хирургии в Кыргызстане: сб. науч. тр., посвященных памяти академика И.К. Ахунбаева. - Бишкек, 1998. – С. 267–270.

56. **Махмадов, Ф.И.** Место неинвазивных методов диагностики в определении тактики хирургического лечения больных с эхинококкозом печени, осложненным прорывом в желчевыводящие пути [Текст] / Ф.И. Махмадов, К.М. Курбонов, А.Д. Гулахмадов // Материалы XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. - Ташкент, 2015. - С. 120-121.

57. **Махмадов, Ф.И.** Эффективность видеолапароскопии при нагноившихся эхинококковых кист печени [Текст] / Ф.И. Махмадов, А.Д. Гулахмадов, Д. Давлатов // Материалы XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. - Ташкент, 2015. - С. 121-122.

58. **Меджидов, Р.Т.** Перкутанное дренирование рецидивных эхинококковых кист печени [Текст] / Р.Т. Меджидов, М.А. Алиев, А.З. Абдуллаева // Материалы XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. - Ташкент, 2015. - 122с.

59. **Минаев, С.В.** Современные подходы в лечении эхинококкоза печени в детском возрасте [Текст] / С.В. Минаев, И.Н. Герасименко, Н.И. Быков // Вестник хирургии. – Санкт-Петербург, 2013. - №1. - С. 71-75.

60. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени [Текст] / [Р.М. Ахмедов, И.А. Мирходжаев, У.Б. Шарипов и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2010. – Т. 16, № 3. – С. 99.

61. Минимально-инвазивная хирургия эхинококкоза печени [Текст] / [Т.Г. Гульмурадов, Ш.Ш. Амонов, М.И. Прудков и др.] // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе, 2015. - №2. – С. 29-33.
62. **Мирходжаев, И.А.** Минимально инвазивные методы в лечении эхинококка печени [Текст] / И.А. Мирходжаев, У.Б. Шарипов, Ж.С. Хикматов // Материалы XXII Международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Ташкент, 2015. - С. 122-123.
63. **Мукантаев, Т.Е.** Лапароскопическая эхинококкэктомия при прорыве кисты печени в брюшную полость [Текст] / Т.Е. Мукантаев // Эндоскопическая хирургия. – Москва, 2016. – №6. – С. 48-51.
64. **Мукантаев, Т.Е.** Антипаразитарные свойства сколецидных растворов, используемых при прорыве эхинококковой кисты в брюшную полость [Текст] / Т.Е. Мукантаев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – Краснодар, 2015. – № 12. – С. 69-74.
65. **Мусаев, А.И.** Абдоминализация полости фиброзной капсулы в лечении эхинококкоза печени [Текст] / А.И. Мусаев, Э.М. Мадаминов, М.С. Айтназаров // Казанский медицинский журнал. – Казань, 2016. – Т. 97, № 3. – С. 327-331.
66. **Мусаев, А.И.** Диагностика и хирургическое лечение осложненных и сочетанных форм эхинококкоза печени [Текст] / А.И. Мусаев, Ж.О. Белеков, Р.М. Баширов. - Бишкек: ОсОО «Continent», 2004. - 258с.
67. **Мусаев, А.И.** Нарушения гемодинамики печени при эхинококкозе и методы их коррекции [Текст] / А.И. Мусаев, Ж.А. Кочконбаев, М.Б. Усубалиев. - Бишкек: изд. центр КГМА, 2006. - 94с.
68. **Мусаев, Г.Х.** Возможности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза [Текст] / Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова, А.С. Бекшоков // Хирургия. – Москва, 2015. - №6. - С. 77-80.
69. **Назыров, Ф.Г.** Спорные вопросы и причины повторных операций при эхинококкозе печени [Текст] / Ф.Г. Назыров, А.В. Девятов, У.М. Махмудов

// *Анналы хирургической гепатологии*. – Москва, 2007. – Т. 12, №1. - С. 29-35.

70. **Назыров, Ф.Г.** Химиотерапия и проблема рецидивного эхинококкоза печени [Текст] / Ф.Г. Назыров, А.В. Девятов, У.М. Махмудов // *Анналы хирургической гепатологии*. – Москва, 2011. – Т. 16, №4. - С. 19-24.

71. **Ниязов, Б.С.** Хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] / Б.С. Ниязов, Д.Т. Бектуров, Ж.С. Абдуллаев // *Хирургия рубежа XX и XXI века: материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики*. – Бишкек, 2000. - С. 265-268.

72. **Одишелашвили, Г.Д.** Хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] / Г.Д. Одишелашвили, Д.В. Пахнов, Л.Г. Одишелашвили // *Медицинский вестник юга России*. – Ростов-на-Дону, 2014. - №4. – С. 78-82.

73. **Оморов, Р.А.** Заболеваемость эхинококкозом в Кыргызской Республике [Текст] / Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, Р.М. Баширов // *Центрально-Азиатский медицинский журнал*. – Бишкек, 2008. – Т. 14, приложение 2. – С. 40-42.

74. Опыт диагностики и хирургического лечения больных с эхинококковыми кистами печени [Текст] / [И.А. Лурин, Е.В. Цема, В.В. Негодуйко и др.] // *Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии*. – Киев, 2012. – Т. 16, №4. – С. 9-11.

75. Осложненный эхинококкоз печени [Текст] / [Я.О. Соколова, Н.А. Алехина, Т.Д. Калашникова и др.] // *Актуальные вопросы современной медицины: материалы Международной конференции Прикаспийских государств*. – Астрахань, 2016. – С. 197-198.

76. **Осумбеков, Б.З.** 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.

77. **Осумбеков, Б.З.** Диагностика и малоинвазивное чрескожное дренирование нагноившихся остаточных полостей печени после эхинококкэктомии [Текст] / Б.З. Осумбеков // *Хирургия Кыргызстана*. – Бишкек,

2012. - № 2. – С. 32-35.

78. Поиск и пути решения повышения эффективности оперативного лечения эхинококкоза печени [Текст] / [А.И. Мусаев, М.С. Айтназаров, А. Акешов и др.] // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2011. – Т. 27, приложение 3. – С. 42-44.

79. Показания к дренажно-аспирационной эхинококкэктомии из печени с помощью ультразвукового исследования [Текст] / [Ж.О. Белеков, К.С. Исмаилов, Б.З. Осумбеков и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – Москва, 2005. – Т. 10, № 2. – С. 103-104.

80. Применение новых технологий в хирургическом лечении кистозных образований печени [Текст] / [М.Е. Рамазанов, Е.Ш. Калиаскаров, М.Т. Менайков и др.] // VI съезд Казахстанской ассоциации эндоскопических хирургов: тезисы докладов. – Актобе, 2016. – С. 65-66.

81. **Попов, А.Ю.** Хирургическое лечение больных с сочетанными эхинококковыми поражениями [Текст] / А.Ю. Попов, И.В. Басанкин, А.Н. Петровский // Хирургия. – Москва, 2012. - № 6. - С.55-56.

82. **Пулатов, А.Т.** Прорыв эхинококковой кисты печени в плевральную полость [Текст] / А.Т. Пулатов, В.И. Петлах, А.В. Брянцев // Детская хирургия. – Москва, 2009. - №1. - С. 41-44.

83. **Пышкин, С.А.** Множественный сочетанный эхинококкоз [Текст] / С.А. Пышкин, А.И. Куляшов, А.С. Алладин // Хирургия. – Москва, 2006. - № 6. - С. 64-68.

84. Радикальное лечение резидуального эхинококкоза печени [Текст] / [В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов и др.] // Альманах Института Хирургии им. А.В. Вишневского. – Москва, 2008. – Т. 3, №1. – С. 13-18.

85. Радикальное лечение эхинококкоза печени с использованием ультразвуковых резекционных технологий [Текст] / [Р.С. Султанова, М.А. Шахназаров, Ш.Р. Меджидов и др.] // Вестник Дагестанской Государственной медицинской академии. – Махачкала, 2016. - № 2 (19). – С. 40-44.

86. Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе

печени [Текст] / [В.А. Вишнеvский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – Москва, 2011. – Т. 16, № 4. – С. 25-33.

87. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / [Ж.А. Шамсиев, К.Э. Рахманов, С.С. Давлатов и др.] // *EuropeanScience*. – Иваново, 2017. - № 7 (29). – С. 49-54.

88. Сберегающая хирургия при эхинококкозе печени [Текст] / [А.Н. Лотов, Н.Р. Черная, С.А. Бугаев и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – Москва, 2011. – Т. 16, № 4. – С. 11-18.

89. **Скипенко, О.Г.** Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической практике [Текст] / О.Г. Скипенко, В.Д. Паршин, Г.А. Шатверян // *Анналы хирургической гепатологии*. – Москва, 2011. – Т. 16, №14. - С. 34-39.

90. **Скипенко, О.Г.** Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки, осложненный холедоходуоденальным свищом [Текст] / О.Г. Скипенко, Л.О. Полищук, Д.А. Чекунов // *Хирургия*. – Москва, 2012. - №7. - С. 80-82.

91. Современные хирургические вмешательства при эхинококкозе [Текст] / [Д.П. Кислицин, В.В. Хрячков, В.П. Ионин и др.] // *Актуальные вопросы хирургической гепатологии: материалы XX Международного конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов стран СНГ*. – Донецк, 2013. – С. 25.

92. Способы ликвидации остаточной полости печени после закрытой эхинококкэктомии [Текст] / [В.С. Пантелеев, А.Х. Мустафин, Р.Р. Абдеев и др.] // *Медицинский вестник Башкортостана*. – Уфа, 2015. – Т. 10, № 5 (59). – С. 80-82.

93. **Токсанбаев, Д.С.** Выбор оптимального способа хирургического лечения больных с эхинококкозом печени [Текст] / Д.С. Токсанбаев // *Вестник хирургии Казахстана*. – Алматы, 2008. - № 4 (16). – С. 13-15.

94. **Толстикoв, А.П.** Хирургическое лечение больных с эхинококкозом печени [Текст] / А.П. Толстикoв, А.В. Абдульянов, М.А. Бородин // *Хирургия. Онкология*. – Москва, 2013. - №2. - С. 94-96.

95. **Третьяков, А.А.** Закрытие остаточных полостей печени [Текст] / А.А. Третьяков, И.И. Хижняк, О.Б. Дронов // *Вестник хирургии*. – Санкт-

Петербург, 2012. – Т. 171, №6. - С. 97-99.

96. **Тулин, А.И.** Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени в Латвии [Текст] / А.И. Тулин // Вестник хирургии. – Санкт-Петербург, 2012. - №2. - С. 38-44.

97. **Хаджибаев, А.М.** Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути [Текст] / А.М. Хаджибаев, Х.Э. Анваров, М.А. Хашимов // Вестник экстренной медицины. – Ташкент, 2010. - №4. - С. 15-18.

98. **Хаджибаев, Ф.А.** Дифференциальная диагностика и выбор метода хирургического лечения при осложненном эхинококкозе и альвеококкозе печени [Текст] / Ф.А. Хаджибаев, Х.Э. Анваров, Н.У. Арипов // Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Новосибирск, 2017. - №4. - С. 26-27.

99. Хирургическое лечение гидатидозного эхинококкоза печени [Текст] / [А.С. Скакбаев, М.О. Досханов, Ж.Б. Баймаханов и др.]// Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2017. - № 2. – С. 39-44.

100. **Хоробрых, Т.В.** Лечение цистобилиарного свища, осложненного абсцессом печени после эхинококкэктомии [Текст] / Т.В. Хоробрых, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // Хирургия. – Москва, 2011. - №2. - С. 71-72.

101. **Черноусов, А.Ф.** Эхинококкоз: стратегия и тактика [Текст] / А.Ф. Черноусов, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – Краснодар, 2013. - № 4. – С. 5-10.

102. **Чернышев, В.Н.** Хирургия эхинококкоза печени [Текст] / В.Н. Чернышев, С.А. Иванов. – Самара: Прогресс, 2005. – 196 с.

103. **Чернышев, В.Н.** Лечение гидатидозного эхинококкоза печени [Текст] / В.Н. Чернышев, К.А. Панфилов, В.Е. Богданов // Хирургия. – Москва, 2005. - №9. - С. 39-42.

104. **Шевченко, Ю.Л.** Хирургия эхинококкоза [Текст] / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назыров. – Москва: Издательство «Династия», 2016. – 288 с.

105. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и

его диагностика / [Нишанов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Ботиров А.К., Отакузиев А.З.] // Вестник хирургии. – Санкт-Петербург, 2011. - № 2. – С. 91-94.

106. Эхинококкоз: диагностика и органосохраняющая хирургия [Текст] / [А.Н. Лотов, А.В. Чжао, Н.Р. Черная и др.] // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – Москва, 2010. – Т. 5, №2. – С. 26-36.

107. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение [Текст] / [В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов и др.] // Доказательная гастроэнтерология. – Москва, 2013. - № 2. – С. 18-22.

108. Эхинококкоз человека: современные методы диагностики и лечения [Текст] / В.В. Грубник, С.Г. Четвериков, П.П. Шипулин. – Киев: «Медицина», 2011. – 224 с.

109. **Atmatzidis, K.S.** Recurrence and long term outcome after open cystectomy with omentoplasty for hepatic hydatid disease in an endemic area [Text] / K.S. Atmatzidis, T.E. Powlidis, B.T. Papaziogas // Acta Chir Belg. - 2005. - V. 105, № 2. - P. 198-202.

110. **Aydin, U.** The optimal treatment of hydatid cyst of the liver: Radical surgery with a significant reduced risk of recurrence [Text] / U. Aydin, P. Yazici, Z. Onen // Turk J. Gastroenterol. - 2008. - V. 19, №1. - P. 33-39.

111. **Belli, F.** Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver [Text] / F. Belli, E. Favero, A. Marni // Am J. Surgery. - 2006. - V. 145, №2. - P. 239-242.

112. **Biava, M.F.** Laboratory diagnosis of cystic hydatid diseases [Text] / M.F. Biava, A. Dao, B. Fortier // World J. Surg. - 2001. - V. 25. - P. 10-14.

113. **Brunetti, E.** Writing Panel for the WHOIWGE. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in human [Text] / E. Brunetti, P. Kern, D.A. Vuitton // Acta Tropica. - 2010. - V. 114, №1. – P. 114.

114. **Buttenschoen, K.** Echinococcosis granulosa infection the challenge of surgical treatment [Text] / K. Buttenschoen, C. Buttenschoen // Largeslees Surg. - 2003. - V. 388. - P. 218-230.

115. **Buttenschoen, K.** Surgical treatment of hepatic infections with

Echinococcus granulosus [Text] / K. Buttenschoen, P. Schorcht, S. Reuter // Z. Gastroenterol. - 2004. - № 42. - P. 1101-1108.

116. Changing concepts in the management of liver hydatid disease [Text] / [C. Dervenis, S. Delis, C. Avgerinos et al.] // J. Gastrointest Surg. - 2005. - V. 9, №6. - P. 869-877.

117. **Cirenei, A.** Evolution of surgery for liver hydatidosis from 1950 to today: analysis of a personal experience [Text] / A. Cirenei, I. Bertoldi // World J. Surg. - 2001. - V. 25, №1. - P. 218-230.

118. Clinical management of cystic echinococcosis: state of the art, problems, and perspectives [Text] / [T. Junghanss, A.M. da Silva, J. Horton et al.] // Am. J. Trop Med. Hyg. - 2008. - V. 79. - P 301.

119. Clinical Outcome and Immune Follow-Up of Different Surgical Approaches for Human Cyst Hydatid Disease in Liver [Text] / [X. Chen, X. Chen, Y. Shao et. al.] // Am J. Trop Med Hyg. - 2014. – V. 91. – P. 801-805.

120. **Craig, P.S.** Prevention and control of cystic echinococcosis [Text] / P.S. Craig, D.P. McManus, M.W. Lightowlers // Lancet. Infect. Dis. - 2007. - V. 7. - P. 385-394.

121. **Dervisoglu, A.** Videolaparoscopic treatment of hepatic hydatid cyst [Text] / A. Dervisoglu, C. Polat, W. Hokelek // Hepatogastroenterology. - 2005. - V. 52, №65. - P. 1526-1528.

122. Does primary surgical management of liver hydatid cyst influence recurrence? [Text] / [H.O. El Malki, Y. El Mejdoubi, A. Souadka et al.] // J Gastrointest Surg. – 2010. – V. 14, № 7. – P. 1121-1127.

123. **Donald, P.** Echinococcosis [Text] / P. Donald, D.P. McManus, Jun Li. Wenbao Jhang // The Lancet . - 2012. - V. 362. - P. 1295-1304.

124. **Dziri, C.** Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence? [Text] / C. Dziri, K. Haouet, A. Fingerhut // World J Surg. – 2004. – V. 28, №8. – P. 731-736.

125. Efficacy and Safety of PAIR for Cystic Echinococcosis: Experience on a Large Series of Patients from Bulgaria [Text] / [B. Golemanov, N. Grigorov, R. Mitova

et al.] // Am. J. Trop Med. Hyg. - 2011. - V. 84. - P. 48-51.

126. External tube drainage or omentoplasty in the management of residual hepatic hydatid cyst cavity: a prospective randomized controlled study [Text] / [A. Ajaz, Wani, Arshad Rashid et al.] // Ger. Med. Sci. - 2013. № 11. Doc11. Published online. 2013. July 29.

127. Factors Influencing the Serological Response in Hepatic Echinococcus granulosus Infection [Text] / [R. Lissandrin, F. Tamarozzi, L. Piccoli et al.] // Am. J. Trop. Med. Hyg. - 2016. - V. 94. - P. 166-171.

128. Hepatic echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects [Text] / [G. Nunnari, M.R. Pinzone, S. Gruttadauria et al.] // World J. Gastroenterol. - 2012. - V. 18. - P. 1448-1458.

129. Is hepatic resection the best treatment for hydatid cyst? [Text] / [D.J. Birnbaum, J. Hardwigen, L. Barbier et al.] // J. Gastrointest Surg. - 2012. - V. 16, № 11. - P. 2086-2093.

130. **Jildirgan, M.I.** Rupture In liver Hydatid Cysts: Results of 20 Years Experience [Text] / M.I. Jildirgan, M. Basoglu, S.S. Atamanalp // Acta Chir belg. - 2003. - №103. - P. 621-625.

131. Leakage tests reduce the frequency of biliary fistulas following hydatid liver cyst surgery [Text] / [C. Kayaalp, C. Aydin, A. Olmez et al.] // Clinics (Sao Paulo). - 2011. - V. 66, №3. - P. 421-424.

132. **Liu, C.S.** Echinococcus granulosus: suitable in vitro protoscolic culture density [Text] / C.S. Liu, H.B. Zhand, J.H. Yin // Biomed Environ Sci. - 2013. - V. 26, №11. - P.912-915.

133. **Macpherson Calum, N.L.** Performance Characteristics and Quality Control of Community Based Ultrasound Surveys for Cystic and Alveolar Echinococcosis [Text] / N.L. Macpherson Calum, Ruth Milner // Acta Tropica. - 2003. - V. 85.- P. 203-209.

134. **McManus, D.P.** Echinococcosis [Text] / D.P. McManus, W. Zhang, J. Li // Lancet. - 2003. - V. 362. - P. 1295-1304.

135. **Moro, P.** Echinococcosis: a review [Text] / P. Moro, P.M. Schantz //

Internal. J. Infect. Dis. - 2008. - V. 13. - P.125-133.

136. Multidisciplinary imaging of liver hydatidosis [Text] / [G. Marrone, F. Crino', S. Caruso et al.] // World J. Gastroenterol. - 2012. - V.18. - P. 1438-1447.

137. **Nasseri-Moghaddam, S.** Percutaneous needle aspiration, injection, and reaspiration with or without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic hydatid cysts [Text] / S. Nasseri-Moghaddam, A. Abrishami, R. Malekzadeh // Cochrane Database Syst Rev. – 2006. – V. 19, №1. CD003623.

138. **Oden, K.** Sonographically guided percutaneous treatment of hepatic hydatid cysts: Long- term results [Text] / K. Oden, Y. Parsoy, A. Arslan // Journal of Clinical Ultrasound. - 2000. - V. 28, №2. - P. 469-478.

139. **Ozmen, M.M.** New technique for finding the ruptures bile duct to liver cysts: scope in the cave technique [Text] / M.M. Ozmen, F. Coskun // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech. - 2002. - V. 12, №3. - P. 187-189.

140. **Ozmeci, N.** A new percutaneous approach for the treatment of hydatid cysts of the liver [Text] / N. Ozmeci, Y. Soykan, A. Bectas // Am J. Gastroenterol. - 2001. - V. 96, №7. - P. 2225-2230.

141. **Pakala, T.** Hepatic Echinococcal Cysts: A Review [Text] / T. Pakala, M. Molina, G.Y. Wu // J. Clin. Transl Hepatol. - 2016. - V. 28, №4 (1). - P. 39-46.

142. Percutaneous needle aspiration, injection, and re-aspiration with or without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic hydatid cysts [Text] / [S. Nasseri-Moghaddam, A. Abrishami, A. Taefi et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2011. – V. 19, №3: CD003623.

143. Peritoneal perforation of liver hydatid cysts: clinical presentation, predisposing factors, and surgical outcome [Text] / [A. Akcan, H. Akyildiz, T. Artis et al.] // World J. Surg. - 2007. - V. 31, №6. - P. 1284-1291.

144. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis [Text] / [J. Prousalidis, C. Kosmidis, G. Anthimidis et al.] // Can J Surg. – 2011. – V. 54, № 5. – P. 15-20.

145. Predisposing factors and surgical outcome of complicated liver hydatid cysts[Text] / [A. Akcan, E. Sozuer, H. Akyildiz et al.] // World J. Gastroenterol. - 2010. - V. 16, №24. - P. 3040-3048.

146. **Prousalidis, Y.** Postoperative recurrence of cystic hydatidosis [Text] / Y. Prousalidis, C. Kosmidis, G. Anthimidis // *Can Y. Surg.* - 2011. - V. 54, №5. - P. 15-20.
147. Radical vs conservative surgery for hydatid liver cysts: experience from single center [Text] / [S. Akbulut, A. Senol, A. Sezgin et al.] // *World J Gastroenterol.* – 2010. – V. 16, № 8. – P. 953-959.
148. **Ramia, Y.** Feasibility of radical surgery for liver hydatidosis [Text] / Y. Ramia, P. Veguillas, R. De La Plaza // *A prospective serie UPB.* - 2009. - №11. - 16p.
149. Recurrence and long-term outcome after open cystectomy with omentoplasty for hepatic hydatid disease in an endemic area [Text] / [K.S. Atmatzidis, T.E. Pavlidis, B.T. Papaziogas et al.] // *Acta Chir Belg.* – 2005. – V. 105 (2). – P. 198-202.
150. Recurrence in hepatic hydatid disease [Text] / [M. Kapan, S. Kapan, E. Goksoy et al.] // *J Gastrointest Surg.* – 2006. – V. 10, №5. – P. 734-739.
151. Results of surgical, laparoscopic, and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver: 10 years experience with 355 patients / [G. Yagci, B. Ustunsoz, N. Kaymakcioglu et al.] // *World J Surg.* – 2005. – V. 29, №12. – P. 1670-1679.
152. Role of albendazole in the management of hydatid cyst liver [Text] / [Shams-Ul-Bari, S.H. Arif, A.A. Malik et al.] // *Saudi J Gastroenterol.* – 2011. – V. 17, №5. – P. 343-347.
153. **Rothlin, M.** Intraoperative ultrasonography of the liver [Text] / M. Rothlin, R. Schlumpf, P. Bornman // *Swiss. Surg.* - 2009. - №3. - P. 105-111.
154. **Sielaff, T.D.** Recurrence of Hydatid Disease [Text]. *World J Surg.* – 2001. – V. 25. – P. 83-86.
155. **Stankovic, N.** Liver hydatid disease morphological changes of protoscolicis after albendazole therapy [Text] / N. Stankovic // *Voinosanit Prege.* - 2005. - V. 62, №3. - P.175-179.
156. Surgical techniques and treatment for hepatic hydatid cysts [Text] / [S. Gourgiotis, C. Stratopoulos, P. Moustafellos et al.] // *Surg Today.* – 2007. – V. 37, №5. – P. 389-395.

157. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: 25 years of experience [Text] / [S. Tagliocozzo, M. Miccini, S. Amore Bonapasta et al.] // Am J Surg. – 2011. – V. 201, №6. – P. 797-804.

158. **Teggi, A.** Treatment of human cystic echinococcosis with benzimidazole carbamates [Text] / A. Teggi, B. Di Vico // XXth International Congress of Hydatology. Kusadasi-Turkey. - 2001. - P. 45-46.

159. **Tomus, C.** Intrabilliary recapture of hepatic hydatid cysts: results of 17 years experience [Text] / C. Tomus, C. Iancu, F. Pop // Chirurgia (Bucur). - 2009. - V. 104, №4. - P. 409-413.

160. **Tuxun, T.** World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis – 914 patients [Text] / T. Tuxun, Y. H. Zhang, J.M. Zhao // Int. J. Infect. Dis. - 2014. - №24. - P. 43-50.

161. **Waghlikar, P.** Surgical management of complicated hydatid cyst of the liver [Text] / D. Waghlikar, S.S. Sikora, A. Kumar // Trop Gastroenterol.- 2010.- Vol. 23, №1.- P. 35-37.

162. **Zhang, W.** Recent advances in the immunology and diagnosis [Text] / W. Zhang, D.P. McManus // F.E.M.S. Immunol. Med. Microbiol. - 2006. - V. 47, №1. - P. 24-41.

# ПРИЛОЖЕНИЯ

Кыргызская Республика



Кыргызская государственная медицинская академия  
им. И.К. Ахунбаева.

## Удостоверение

на рационализаторское предложение

№ 15/2017

Название: *«Ультразвуковая гистографическая денсометрия у больных с осложненным эхинококкозом печени».*

Автор(ы): *Осумбеков Б.З., Нуржан уулу У., Осумбеков Р.Б.*

Предприятие (я): *Ошский государственный университет .*

Дата подачи заявления: 15.11.2017

Регистрационный №: 11

**ВЫДАНО В СООТВЕТСТВИИ С ПОЛОЖЕНИЕМ О  
РАЦИОНАЛИЗАТОРСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КГМА  
им И.К. АХУНБАЕВА**

Эксперт КГМА им.И.К.Ахунбаева  
по интеллектуальной собственности  
и научно – техническим инновациям

 Масалимов Ф.Я.

28 декабря 2017 года

УТВЕРЖДАЮ  
заместитель министра  
здравоохранения  
Кыргызской Республики

М.М. Каратаев

«11» сентября 2019 г.

### АКТ

о реализации научных результатов, полученных в диссертации Нуржан уулу Уланбека на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия на тему «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкоэктомии печени»

Комиссия в составе:

Арстанкулов Т.К. (председатель) – директор ОМОКБ, к.м.н., доцент

Койчиев К.К. – зам. директора по хирургии ОМОКБ, к.м.н.,

Абдиев А.Ш. – зав. отделением хирургии №2 ОМОКБ, д.м.н.,

Исмаилов Н.Н. – врач хирург отд. №2 ОМОКБ, к.м.н.,

Осмонов Т.Ж. – зав. кафедры хирургические болезни мед. факультета ОшГУ, к.м.н., свидетельствует о том, что при разработке темы диссертационной работы Нуржан уулу Уланбека на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия на тему «Эффективность санационно-дигестивной хирургии остаточных полостей после эхинококкоэктомии печени» были реализованы следующие научные результаты:

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 эхинококкоэктомии печени со сквозным дренированием остаточной полости у больных осложненным эхинококкозом печени.

4. Осуществлена оценка результативности чрескожной пунктирно-аспирационной дренирования у больных с нагноением остаточной полости после эхинококкоэктомии печени с обоснованием показаний.

Реализация материалов диссертации Нуржан уулу У. позволила:

Разработанные методы прогнозирования и профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений при хирургическом лечении эхинококкоза печени внедрены в практику работы хирургических отделений Ошской межобластной объединенной клинической больницы, что позволило улучшить результаты оперативного лечения больных с эхинококкозом печени.

Материалы диссертации использованы в следующих документах, материалах и разработках:

Разработанные критерии методов прогнозирования и профилактики послеоперационных гнойно-септических осложнений при хирургическом лечении эхинококкоза печени позволили улучшить результаты, что нашло отражение в научных статьях (11 научных работ и утверждено 1 рационализаторских предложений). Основные положения диссертации используются в учебном процессе на хирургических кафедрах медицинского факультета Ошского государственного университета и на кафедре хирургии Ошского филиала КГМИПнК.

По результатам реализации получен следующий положительный эффект:

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.

Применение ультразвуковой гистографической денситометрии, разработанные методы обработки, ликвидации и дренирования остаточных полостей позволяет улучшить результативность хирургического лечения больных с осложненным эхинококкозом печени.

**Председатель:**

Директор ОМОКБ, к.м.н., доцент

**Члены комиссии:**

Зам. директора по хирургии ОМОКБ, к.м.н.

Зав. отд. хирургии №2 ОМОКБ, к.м.н.

Врач хирург отд. №2 ОМОКБ, к.м.н.

Зав. каф. хир. болезни мед. факультета Ош У, к.м.н.

Исполнитель:



*Arstankulov T.K.*

Арстанкулов Т.К.

*Koichiev K.K.*

Койчиев К.К.

*Abdiev A.Sh.*

Абдиев А.Ш.

*Ismailev N.N.*

Исмаилов Н.Н.

*Osmonov T.Zh.*

Осмонов Т.Ж.

*Nurjan Uulu U.*

Нуржан уулу У