

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

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д 14.19.600

На правах рукописи
УДК 616.36-002.951.21-089.168-06

Калыбеков Талгат Анарбекович

**ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ
ПЕЧЕНИ, ИХ ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА**

14.01.17 - хирургия

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2021

Работа выполнена на кафедре общей хирургии факультета усовершенствования врачей Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации имени С. Б. Даниярова.

Научный руководитель: **Мусаев Акылбек Инаятович** - доктор медицинских наук, профессор, главный врач городской клинической больницы №1 города Бишкек

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

Мамашев Нурлан Джурабаевич - кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры госпитальной хирургии Кыргызско-Российского Славянского университета имени Б. Н. Ельцина

Ведущая организация: Международная высшая школа медицины, кафедра хирургических дисциплин (700254, г. Бишкек, ул. Интергельпо, 1).

Защита диссертации состоится « 8 » июня 2021 года в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.19.600 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале, идентификационный код онлайн трансляции защиты диссертации: https://vc.vak.kg/b/d_1-s2p-icn-nvx

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

Автореферат разослан « 6 » мая 2021 года.

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

М. Б. Чапыев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Эхинококкоз – распространенное паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени и нередко наблюдается сочетание печени и легких (Б. С. Ниязов и соавт., 2000; Т. О. Омурбеков, 2002; Р. М. Ахмедов, Б. Б. Муаззамов, 2016; Ш. А. Каниев и соавт., 2018; P. Moro, P. M.Schantz, 2006; D. Tiseo, G. Borgia, 2014; R. Lissandrin et al., 2016). Лечение этого заболевания в основном хирургическое, а медикаментозное является лишь дополнением к оперативному вмешательству с целью профилактики рецидива (В. А. Журавлев и соавт., 2004; К. К. Бабакулов, 2008; В. А. Вишневский соавт., 2013; С. М. Ахмедов и соавт., 2014; А. И. Мусаев и соавт., 2016, W. Liang et al., 2014).

На протяжении многих лет в лечении эхинококкоза использовали органосохраняющие операции, которые выполнялись в различных вариантах: инвагинация, капитонаж, марсупиализация. Несмотря на их малую травматичность, доступность выполнения операции для рядового хирурга и сравнительно быстрое улучшение состояния больных в ближайшем послеоперационном периоде после этих операций возникает ряд осложнений: формирование остаточной полости с возникающим в последующем нагноении, гнойные, желчные свищи нередко требующие повторного оперативного лечения, большие сроки облитерации полости, что является причиной длительной потери трудоспособности, а иногда и инвалидности. Кроме того в отдаленные сроки после этих операций высок процент рецидива заболевания, который колеблется от 10 до 36% (А. А. Салехов и соавт., 1998; Р. А. Оморов и соавт., 2008; В. П. Сергиев и соавт., 2008; М. А.Нартайлаков и соавт., 2011; М. М. Мамакеев и соавт., 2012; А. К. Тулин и соавт., 2012; K. Becker et al., 1997; K. S. Atmatzidis et al., 2005; Y. Prousalidis et al., 2011; A. Duseja, 2013), что ухудшает состояние больных и требует повторной операции.

В последние годы в лечении эхинококкоза печени стали применять радикальные методы лечения: перицистэктомия, резекция печени, благодаря совершенствованию анестезиологии и реаниматологии. Однако выполнение радикальных методов лечения эхинококкоза печени требует высокой квалификации хирурга, оснащения операционных современной аппаратурой и инструментарием и кроме того они выполняются по строгим показаниям (М. А. Кахаров и соавт., 2003; В. А. Вишневский и соавт., 2013; Б. Арчвадзе и соавт., 2015; П. С. Ветшев и соавт., 2015; А. И. Мусаев и соавт., 2016; T. L. Belli et al., 2006) после которых наблюдаются осложнения, существенно влияющие на исход операции: кровотечение, желчеистечение, формирование абсцесса различной локализации, печеночная недостаточность, плевриты, пневмония (А. Н. Лотов и соавт., 2011; О. Г. Скипенко и соавт., 2011; В. В. Аничкин и соавт., 2014; Ш. Ш. Амонов и соавт., 2019; U. Aydin et al, 2008), но после радикальных

операций рецидив болезни не превышает одного процента.

Несмотря на преимущества и недостатки органосохраняющих и радикальных операций оба этих типа вмешательств продолжают применяться в лечении эхинококкоза печени.

Необходимо отметить, что имея накопленный опыт в лечении эхинококкоза и наличия многочисленных публикаций, посвященных осложнениям после органосохраняющих и радикальных операций, и в настоящее время остается до конца нерешенным вопрос о причинах их возникновения и каковы исходы этих осложнений, что имеет немаловажное значение в оценке оперативных методов, так как наряду с частотой осложнений очень важен результат их лечения и еще более важным остается их профилактика. Идут поиски наиболее совершенных методов лечения и разработка мер профилактики.

Учитывая частоту и характер осложнений после органосохраняющих и радикальных операций возникла необходимость в детальном анализе не только частоты осложнений, но и выяснения причины их возникновения и наметить пути их профилактики. Все вышеизложенное явилось основанием для выполнения данного исследования.

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

Цель исследования. Изучить причины возникновения осложнений после органосохраняющих и радикальных операций при эхинококкозе печени и разработать целенаправленные меры их профилактики.

Задачи исследования:

1. Определить частоту осложнений после органосохраняющих и радикальных операций при эхинококкозе печени, выяснить причины их возникновения и результаты лечения по материалам хирургических отделений городской клинической больницы №1 г. Бишкек.

2. Усовершенствовать отдельные этапы операций, направленных на предотвращение осложнений.

3. Разработать меры профилактики осложнений с учетом характера осложнений эхинококкоза и типа выполненной операции.

4. Дать сравнительную оценку результатов лечения эхинококкоза печени при использовании традиционного подхода и усовершенствованного.

Научная новизна полученных результатов:

1. Определена частота осложнений после радикальных и органосохраняющих операций, причины их возникновения и результаты лечения.

2. Усовершенствованы этапы операций, направленные на предотвращение

остаточной полости и желчеистечения.

3. Построен алгоритм лечения остаточной полости после эхинококкэктомии печени.

4. Обоснована возможность снижения осложнений после операций, выполненных по поводу эхинококкоза печени.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Выяснение причин возникновения осложнений после органосохраняющих и радикальных операций, выполненных по поводу эхинококкоза печени, позволило целенаправленно разработать меры их профилактики.

2. Разработанные меры профилактики осложнений после эхинококкэктомии и усовершенствование их лечения позволило снизить частоту осложнений в ближайшие сроки после операции и улучшить результаты лечения больных эхинококкозом печени.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Применение традиционных операций при эхинококкозе печени приводит к возникновению осложнений у 28,7% больных, причинами которых являются неадекватный выбор метода ликвидации полости фиброзной капсулы и технические погрешности.

2. Улучшение результатов лечения эхинококкоза печени можно добиться при использовании разработанных мер профилактики осложнений и усовершенствования их лечения (включающих применение гемостатической коллагеновой губки и инфракрасного облучения раны).

Личный вклад соискателя. Включает участие в обследовании больных, их оперативном лечении, совершенствовании отдельных этапов операции, разработку, внедрение мер профилактики осложнений и их лечение. Анализ клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования и их статистическая обработка выполнены лично автором.

Апробация результатов диссертации. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: научно-практических конференциях молодых ученых КГМА имени И. К. Ахунбаева (Бишкек, 2018, 2019); заседании сотрудников кафедры общей хирургии КГМИПКиК им. С. Б. Даниярова (Бишкек, 2020).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. По теме диссертации опубликовано 11 научных работ. Утверждено 3 рационализаторских предложения: №13/2018 от 15.06.2018 г.; №15/18-19 от 04.10.2018г.; №64 /18-19 от 11 06 2019г. выданные патентным отделом КГМА им. И. К. Ахунбаева.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на 132 страницах компьютерного набора, шрифтом Times New Roman, Кириллица (шрифт 14,

интервал 1,5), на русском языке и состоит из введения, главы обзора литературы, четырех глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и приложения. Список использованной литературы включает 227 источников, из них 60 работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 19 таблицами и 19 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении дана актуальность темы исследования, цель и задачи, изложена научная новизна и практическая значимость выполненной работы и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе «Оперативное лечение эхинококкоза печени, частота осложнений и меры их профилактики» (обзор литературы) приведены основные литературные сведения, они систематизированы и обобщены соответственно вопросам частоты осложнений после эхинококкэктомии и меры их профилактики. Глава заканчивается сообщением основных известных и спорных положений в диагностике и лечении эхинококкоза печени.

Вторая глава «Клиническая характеристика больных, лабораторные и инструментальные методы обследования». В ней изложена клиническая характеристика больных, методы исследования, которые включают клинические, лабораторные и инструментальные методы и их информативность.

Объект исследования: 236 больных, оперированных по поводу эхинококкоза печени.

Предмет исследования: результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов до операции и после органосохраняющих и радикальных операций, выполненных по поводу эхинококкоза печени.

В процессе наблюдения за оперированными больными выделены 2 группы: первую составили 122 больных, у которых методы лечения эхинококкоза и меры профилактики выполнялись традиционно, она служила контролем. Вторую группу составили 114 больных, у которых использовано усовершенствованное оперативное лечение, направленное на профилактику остаточной полости при органосохраняющих операциях и для тщательного гемостаза после перикистэктомии и профилактику воспалительных осложнений с применением инфракрасного излучения на область операционной раны, аппаратом «Матрикс». Это была основная группа, обе группы по основным показателям были равнозначны.

Выполнено проспективное обследование всех 236 больных. Их распределение по полу и возрасту представлено в таблице 1. Большинство поступивших составляли женщины и реже мужчины, наиболее часто госпитализированы больные в возрасте от 20 до 40 лет.

Таблица 1 - Распределение больных эхинококкозом печени по полу и возрасту

Пол	Всего		Из них в возрасте:						
	абс.ч.	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	старше 60	
Жен.	141	59,7	13	43	25	22	24	14	141
Муж.	95	40,3	14	30	20	14	12	5	95
абс.ч.	236	100,0	27	73	45	36	36	19	236
%	100,0	100,0	11,4	30,8	19,1	15,3	15,3	8,1	100,0

При поступлении обращали внимание на уточнение срока давности заболевания, хотя эти сроки чисто условные, так как больные указывали время, когда уже возникли признаки заболевания или осложнения. У большинства поступивших отмечен срок до 6 месяцев, реже более длительные (табл. 2).

Таблица 2 - Сроки заболевания эхинококкозом печени

Срок	Всего больных	
	абс.ч.	%
До 6 месяцев	108	45,8
От 6 мес. до 1 года	53	22,5
От 1 года до 3 лет	48	20,3
От 3 лет до 5 лет	18	7,6
Более 5 лет	9	3,8
Всего	236	100,0

При обследовании больных чаще выявляли поражение правой доли печени (74,6%), реже левой (18,2%), и обе доли были поражены у 7,2%. Первичный эхинококкоз был у 201 (85,2%) больных, а рецидивный у 35 (14,5%). При УЗИ определяли и размеры кист. У многих поступивших были кисты больших размеров (60,6%) реже средних (37,7%) и гигантские имели место у 4 (1,7%) (табл. 3).

Таблица 3 – Размеры кист (в мм)

Размеры	Всего больных	
	абс.ч.	%
Малые (до 50мм)	-	-
Средние (от 50мм до 100мм)	89	37,7
Большие (от 100 до 200мм)	143	60,6
Гигантские (более 200мм)	4	1,7
Всего	236	100,0

При анализе семиотики обращало на себя внимание тупые боли в правом подреберье, общая слабость, похудание и снижение аппетита, а при объективном исследовании часто отмечалась болезненность в правом подреберье 183 (77,5%), увеличение печени у 123 (52,1%). Реакция Казони с апирогенным антигеном была выполнена у 201 больных, и она оказалась положительной у 148 (73,6%).

В обследовании больных выполняли общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу Я.Я. (1941), исследовали функциональное состояние печени и почек по общепринятым методикам (билирубин, тимоловая проба, общий белок, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин), УЗИ аппаратом Philips HD5 до операции для определения характера заболевания, в момент операции для контроля удаления всех кист, а в послеоперационном периоде для выявления осложнений брюшной и грудной полости и за течением раневого процесса (эхоморфометрия ран). УЗИ выполняли в 4 позициях: лежа на спине, на левом и правом боку и заканчивали в положении стоя. При локализации кист в зоне 6-7-8 сегментов выбор доступа основывался на эхоморфометрических критериях, разработанных Айтназаровым М. С. (2008).

Статистическая обработка полученных результатов исследования выполнена с определением средней арифметической величины (M), средней квадратичной (σ), ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t -критерию по таблице Стьюдента.

Третья глава «Результаты оперативного лечения эхинококкоза печени больных с применением традиционных методов» (контрольная группа). В этой главе даны результаты обследования и лечения 122 больных с эхинококкозом печени. Все они оперированы под эндотрахеальным наркозом, доступ был в правом подреберье по Федорову при локализации кисты в правой доле, верхне - срединный в левой доле, а при поражении обеих – доступ типа «мерседес». Обеззараживание осуществляли озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл или 0,02% раствором декасана, эффективность которых доказана экспериментальными и клиническими исследованиями (Мамашев Н. Д. 2007; Акешов А. Ж. 2008; Максут уулу Э., 2012; Алиев М. Ж. 2015). Выполнение типа операции зависело от характера осложнения эхинококкоза, размера кист и их локализации.

Органосохраняющие операции включали выполнение капитонажа, инвагинации, абдоминализации, реже пластику по Аскерханову Р.П. (6 чел.) и открытый метод (4 чел.). У двух поступивших выявлена механическая желтуха, обусловленная прорывом кист в желчные протоки (у одного в долевой, а у второго в холедох). Оба оперированы, из протоков удалены дочерние и внучатые кисты, холедох тщательно промыт, свищ ликвидирован лоскутом париетальной брюшины методикой, разработанной Мусаевым А. И. (1999), а затем полость фиброзной капсулы ликвидирована капитонажем. Операцию заканчивали

холецистэктомией для профилактики воспаления в послеоперационном периоде и рецидива эхинококкоза.

У одного больного был прорыв кисты в брюшную полость, он поступил с явлениями перитонита. Срочно оперирован, при лапаротомии обнаружена перфорация кисты, киста вскрыта удалено содержимое, полость фиброзной капсулы и брюшная полость обеззаражены озонированным раствором хлорида натрия, а полость фиброзной капсулы ликвидирована методом абдоминализации, осложнений после операции у него не наблюдали. Характер осложнений после органосохраняющих и радикальных операций дан в таблице 4.

Таблица 4 - Типы выполненных операций и характер осложнений у больных контрольной группы

Тип операции	Всего больных		из них возникли осложнения						
	абс.ч.	%	остаточная полость	плеврит	желче-истечение	кровотечение	нагноение раны	инфильтрат	Всего
<i>Органосохраняющие:</i>									
капитонаж	14	11,5	3	2	-	1	1		7
инвагинация	23	18,9	2	2	-	-	2		6
абдоминализация	21	17,2	-	2	-	-	1	1	4
пластика по Аскерханову Р.П.	6	4,9	-	-	-	-	1	-	1
открытый метод	4	3,3	1	-	-	-	-	-	1
<i>Радикальные:</i>									
перицистэктомия	26	21,3	-	4	1	-	-	2	7
резекция печени	8	7,4	-	-	1	-	1	-	2
идеальная эхинококкэктомия	9	7,4	-	1	-	-	-	1	2
<i>Симультанные операции:</i>									
капитонаж + холецистэктомия	2	1,6	1						1
инвагинация + холецистэктомия	2	1,6	1	1					2
абдоминализация + холецистэктомия	2	1,6		1				1	2
резекция печени + холецистэктомия	1	0,8		1					1
инвагинация + грыжесечение	2	1,6							
абдоминализация + грыжесечение	2	1,6							
Итого: абс.ч.	122		8	14	2	1	5	5	35
%		100,0	6,6	11,5	1,6	0,8	4,1	4,1	28,7

В этой группе органосохраняющие операции выполнены у 78 (63,9%) больных и радикальные у 44 (36,1%). При анализе осложнений этой группы обращало на себя внимание частота плевритов (11,5%) и остаточная полость выявлена у 8 (6,6%).

Среди оперированных после органосохраняющих операций у 8 была выявлена остаточная полость при чем лишь у 2 не потребовавшие дренирования, а у 4 было нагноение полости и им под контролем УЗИ выполнено дренирование, у 2 потребовалась повторная операция. У больных контрольной группы отмечена частое нагноение раны, которое имело место чаще после органосохраняющих операций. Желчеистечение возникло у 2 больных после радикальных операций, которое не потребовало повторной операции, так как дренирование обеспечивало отток содержимого, выделение желчи постепенно уменьшалось, а затем прекратилось и при контрольном УЗИ жидкости в брюшной полости не обнаружено. У одного после операции возникло внутрибрюшное кровотечение, выполнена повторная операция, при которой установлено, что его причиной было повреждение сосуда при выполнении капитонажа. Кровотечение остановлено.

У 11 больных выполнены симультанные операции, осложнения возникли у 6, они связаны с эхинококкэктомией. Они чаще возникали при осложненных формах эхинококкоза и причиной являлся не адекватный доступ и метод ликвидации полости фиброзной полости, технические погрешности, что явилось основанием для разработки мер профилактики.

Особое внимание в этой группе было уделено лечению возникших осложнений: при обнаружении остаточной полости учитывали ее размеры, локализацию и наличие воспалительного процесса. Из 8 больных, у которых выявлена остаточная полость, у всех выполнены были органосохраняющие операции. У двух полость была небольших размеров, без наличия жидкости и воспалительных изменений, и они были выписаны под наблюдение. Еще у 4 полость удалось ликвидировать дренированием, а у двух – выполнена повторная операция – открытое дренирование. У одной больной послеоперационный период осложнился внутрибрюшным кровотечением, произведена повторная операция, кровотечение остановлено, послеоперационный период протекал без осложнений. У двух больных в первые дни после операции выявлено желчеистечение, за ними вели наблюдение, усиливали противовоспалительную терапию и вводили гепатотропные препараты, желчеистечение остановилось самостоятельно.

При выявлении плеврита (14 чел.) выполняли плевральные пункции до полного прекращения накопления жидкости и тоже усиливали противовоспалительную терапию. Когда возникало нагноение ран выполняли традиционное лечение под повязкой, а при инфильтрате назначали

физиотерапевтическое лечение.

Четвертая глава «Результаты оперативного лечения больных эхинококкозом печени (основная группа)». Эта группа включала 114 больных эхинококкозом печени. По основным показателям эта группа была равнозначна контрольной, небольшие колебания не носили достоверных различий. Выбор доступа в этой группе был обоснован эхоморфометрическими критериями: при локализации кист в зоне 6-7-8 сегментов печени с учетом стояния диафрагмы, ее подвижности и размера печеночной ткани над кистой, а при остальных локализациях доступы были идентичные, как и в контрольной группе. Типы операции не отличались, но имелись различия по количеству выполненных операций. В этой группе из органосохраняющих операций чаще выполняли абдоминализацию и реже инвагинацию, а из радикальных операций выполняли перицистэктомию (табл. 5).

Таблица 5 - Типы операций и характер осложнений у больных основной группы

Типы операций	Всего		из них возникли				Всего осложнений
	абс.ч.	%	плеврит	остаточная полость	нагноение раны	желчеис-течение	
<i>Органосохраняющие:</i>							
капитонаж	15	13,1	-	1			1
инвагинация	7	6,1			1		1
абдоминализация	25	21,9	1			1	2
открытый метод	6	5,3	1				1
<i>Радикальные:</i>							
идеальная эхинококкоэктомия	5	4,4					
перицистэктомия	30	26,3	1		1		2
резекция печени	10	8,8	1			1	2
<i>Симультанные операции:</i>							
абдоминализация + холецистэктомия	8	7,0					
перицистэктомия + холецистэктомия	6	5,3					
абдоминализация + холецистэктомия + наружное дренирование холедоха	2	1,8					
Итого	114	100,0	4	1	2	2	9 (7,9%)

В этой группе, как и в контрольной, перед операцией и к концу ее вводили внутривенно цефазолин 1,0 а после операции при нагноившихся кистах продолжали внутривенное введение этого антибиотика на протяжении 4-5 дней. Обеззараживание плодоносных элементов осуществляли также озонированным раствором или раствором декасана.

В процессе работы нами была усовершенствована методика, направленная на профилактику формирования остаточной полости, которая заключалась в том, что при капитонаже, инвагинации между стенками полости укладывали гемостатическую коллагеновую губку, а при перистэктомии в ложе удаленной кисты, для профилактики кровотечения и желчеистечения. Губка выпускается ЗАО ФНПЦ + БЕЛКОЗИН (Россия, Санкт-Петербург) и мы использовали ее у 32 больных из которых у 26 была неосложненная форма эхинококкоза, а у 6 осложненная нагноением. Расположение губки дано на рисунке 1.

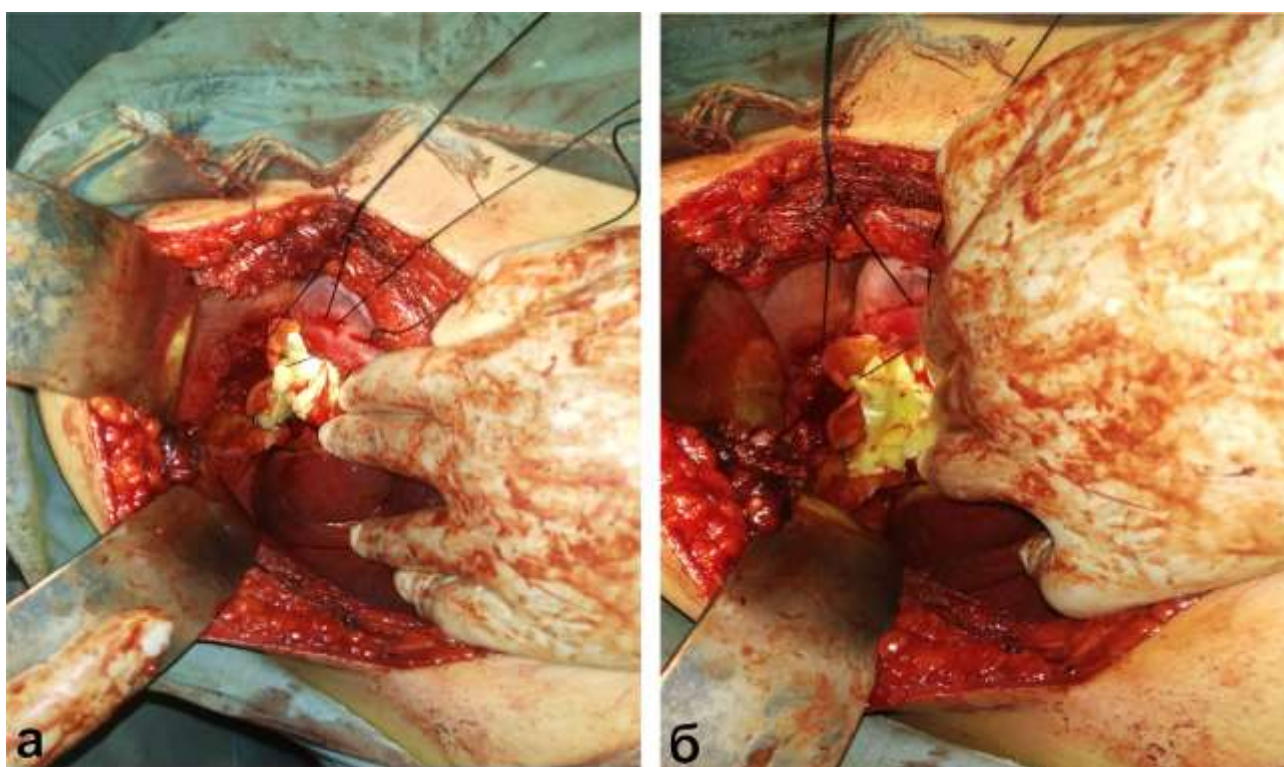


Рис. 1. Расположение коллагеновой гемостатической губки при капитонаже (а) и инвагинации (б).

Учитывая литературные сведения, что гемостатическая коллагеновая губка обладает антисептическим, гемостатическим, адсорбирующим и стимулирующим регенерацию тканей свойствами, мы сочли целесообразным использовать ее при оперативном лечении больных эхинококкозом печени. После операции выполняли УЗИ через 2-3 дня и в процессе лечения определяли лейкоцитоз и ЛИИ. При этом было установлено, что динамика количества лейкоцитов и ЛИИ не отличались от показателей больных, у которых выполнены

капитонаж, инвагинация и перицистэктомия при благоприятном течении послеоперационного периода. Лишь у одного больного выявлена остаточная полость размером 1,5x2,0см без жидкости и воспалительных явлений ткани печени. Результаты, хотя и на малочисленном наблюдении, показали эффективность этого метода. Губка способствует регенерации и быстрой облитерации полости, что и обеспечивает благоприятный исход операции.

Наши наблюдения за больными с остаточной полостью контрольной и основной групп позволили разработать алгоритм их лечения (рис. 2). На наш взгляд использование этого алгоритма существенно облегчает работу врача в выборе метода лечения.

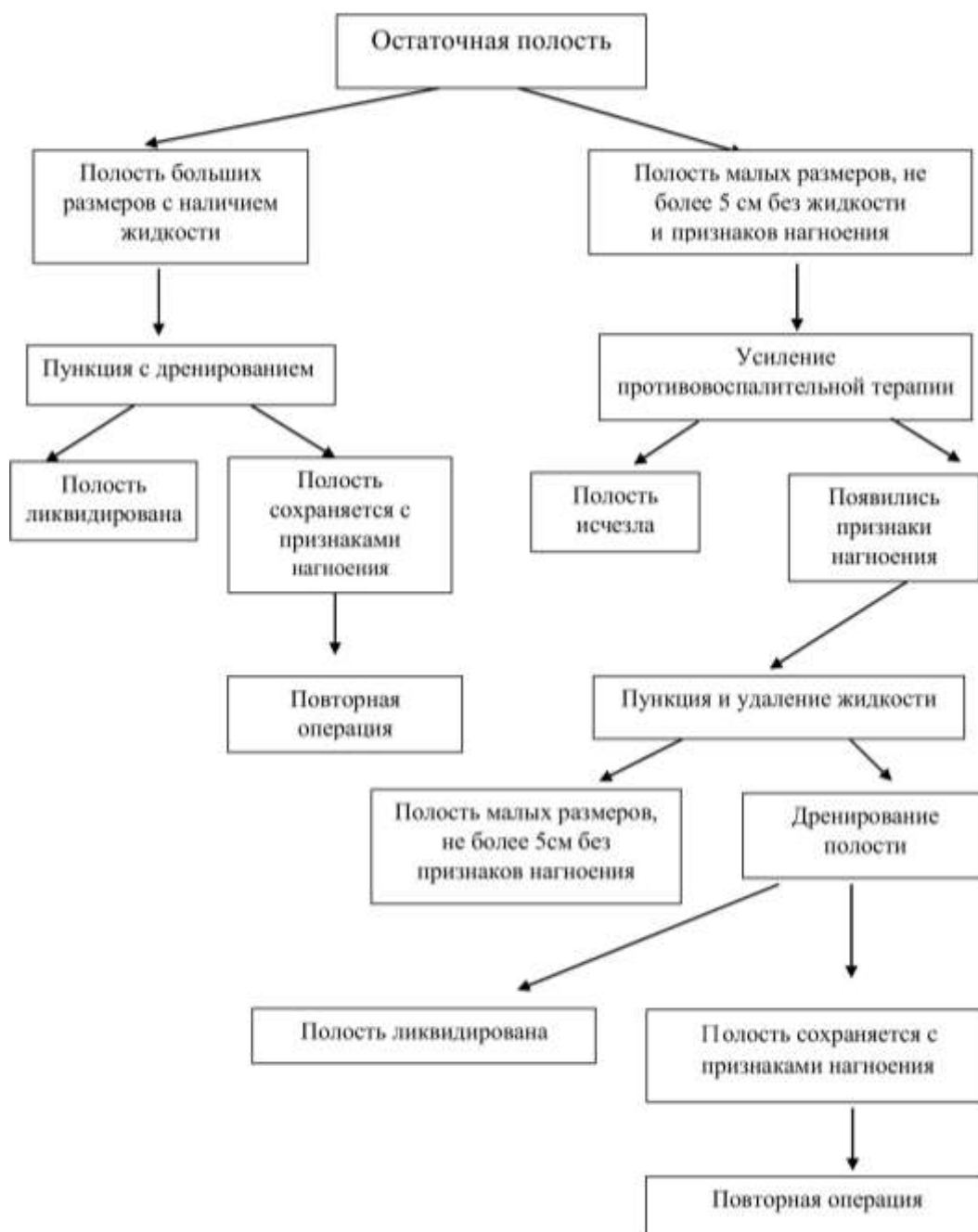


Рис. 2. Алгоритм лечения остаточной полости печени после эхинококкэктомии.

Следующей мерой профилактики явилось использование инфракрасного излучения, которое выполнялось на область операционной раны начиная со вторых суток после операции с экспозицией 10 минут аппаратом «Матрикс». Литературные сведения, посвященные применению инфракрасного излучения в лечении воспалительных заболеваний многих органов, показали, что инфракрасные лучи проникают на глубину 2-3 см оказывают противовоспалительное, бактерицидное и иммунокорректирующее действие и это явилось основанием для применения инфракрасного излучения для профилактики воспалительных осложнений после операций, выполненных при эхинококкозе печени. Эта методика использована у 94 больных основной группы, и мы обратили внимание, что в этой группе лишь у одного имело место нагноение раны, снизилась частота плевритов, что подтверждает то положение, что инфракрасное облучение оказывает не только местное, но и общее действие на организм. Сопоставление показателя ЛИИ при использовании ИК излучения показало (рис. 3), что снижение ЛИИ идет быстрее при применении ИК излучения.

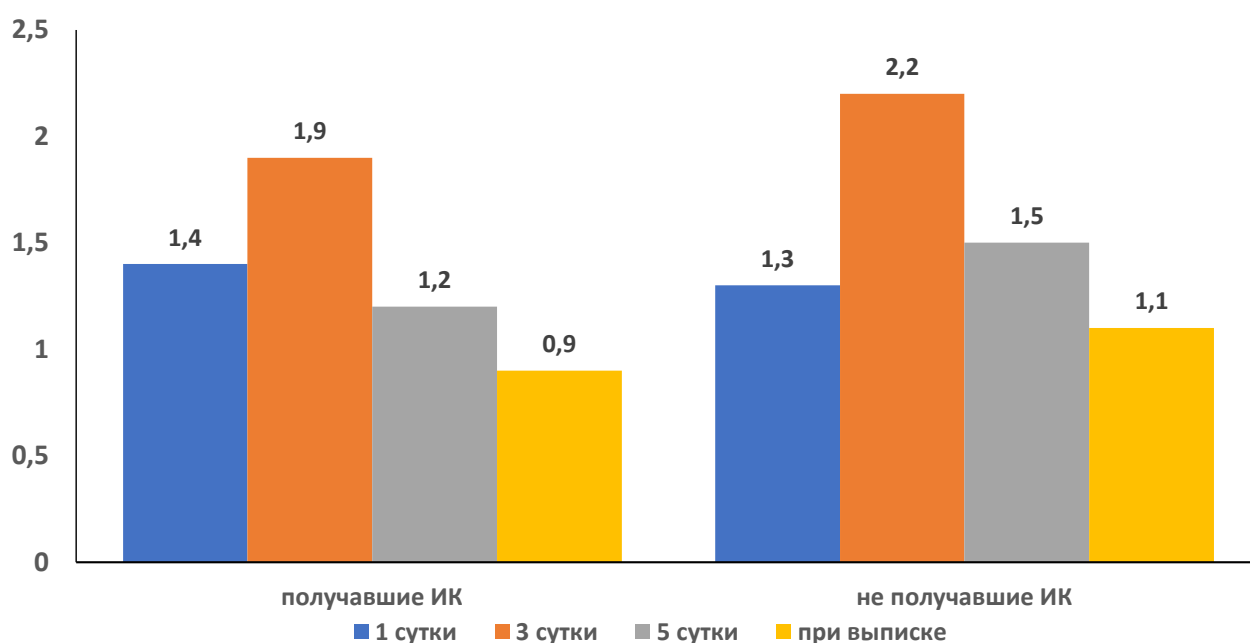


Рис. 3. Динамика ЛИИ при использовании ИК излучения.

В основной группе мы существенно чаще в сравнении с контрольной выполняли абдоминализацию фиброзной капсулы как метод менее травматичный и после этой операции реже возникают осложнения. В целом в основной группе из 114 больных осложнения возникли у 9 (7,9%), что подтверждает эффективность разработанных нами усовершенствований.

Пятая глава «Сравнительная оценка результатов лечения больных эхинококкозом печени контрольной и основной групп». По полу и возрасту обе группы не отличались. Сроки заболевания даны в таблице 6.

Таблица 6 - Сроки заболевания больных контрольной и основной групп

Пол	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
До 6 мес.	39	34,2	69	56,6
От 6 до 12 мес.	38	33,3	22	18,0
От 1 года до 3 лет	19	16,7	24	19,6
От 3 лет до 5 лет	12	10,5	4	3,3
Более 5 лет	6	5,3	3	2,5
Итого	114	100,0	122	100,0

Что же касается локализации кист, то наибольшее число больных было с поражением правой доли печени (рис. 4) в обеих группах.

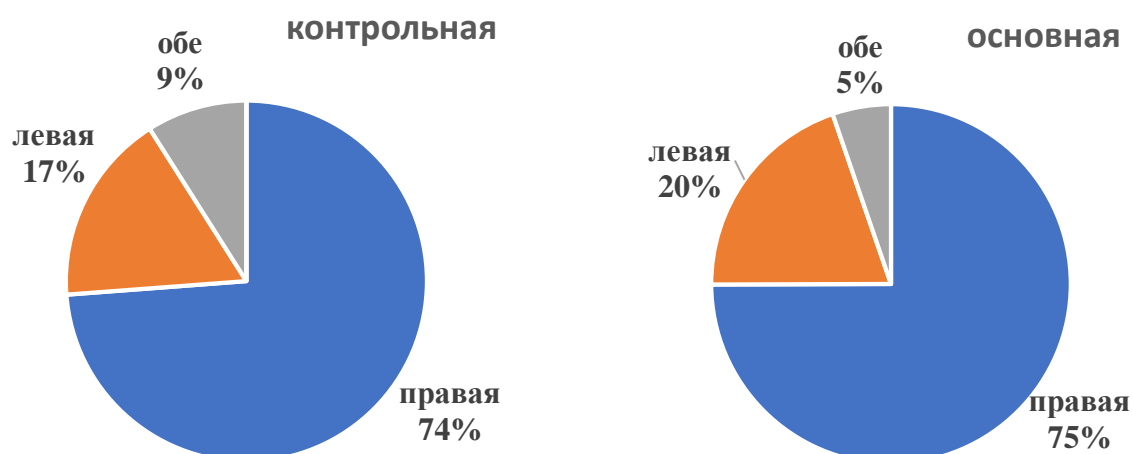


Рис. 4. Локализация кист у больных контрольной и основной групп.

По удельному весу размеры кист в обеих группах различия были незначительные (рис. 5), как в контрольной, так и в основной преобладали больные с большими размерами кист.

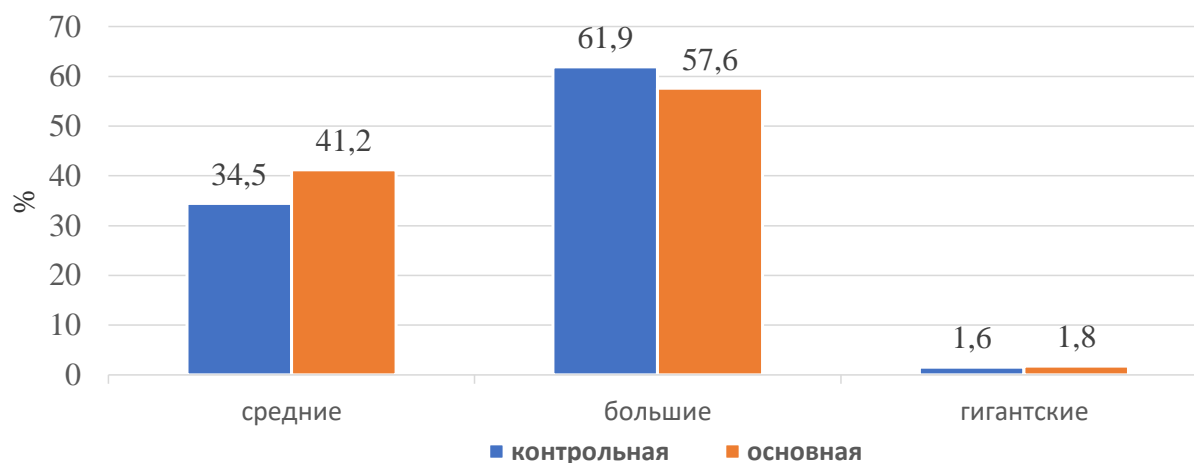


Рис. 5. Размеры кист контрольной и основной групп (в %).

При анализе сопутствующих заболеваний, требующих оперативного лечения, в основной группе они составили 14,3% (16 чел.), а в контрольной 9% (11 чел.).

В результате обследования осложненные формы эхинококкоза печени чаще отмечены у больных основной группы в сравнении с контрольной (рис. 6), при чем в обеих группах превалировало нагноение кист.

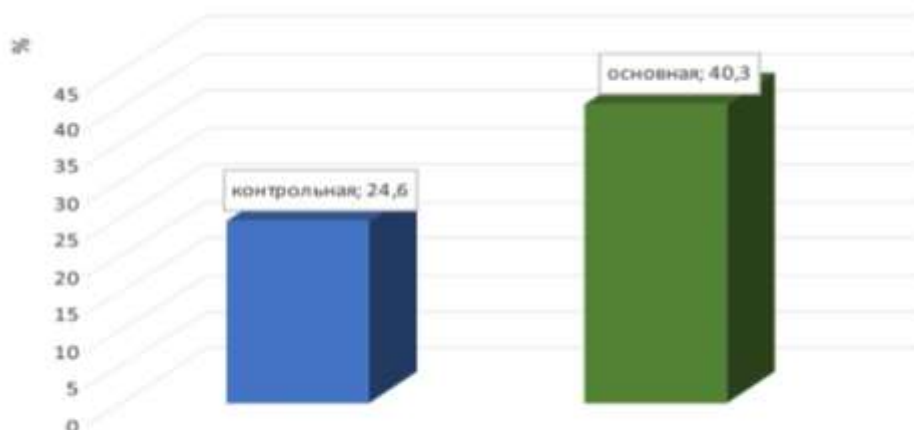


Рис. 6. Частота осложненных форм эхинококкоза печени в контрольной и основной группах (в %).

Все больные оперированы и результаты операций сопоставлены (табл. 7).

Таблица 7 - Типы операций и частота осложнений в контрольной и основной группах

Типы операций	Основная группа, n-114			Контрольная группа, n-122		
	всего		осложнения	всего		осложнения
	абс.ч.	%		абс.ч.	%	
Органосохраняющие:						
капитонаж	15	13,1	1	14	11,5	7
инвагинация	7	6,1	1	23	18,9	6
абдоминизация	25	21,9	2	21	17,2	4
открытый метод	6	5,3	1	4	3,2	1
пластика по Аскерханову Р.П.	-	-	-	6	4,9	1
Радикальные:						
перицистэктомия	30	26,3	2	26	21,3	7
идеальная эхинококкэктомия	5	4,4	-	9	7,4	1
резекция печени	10	8,8	2	8	6,6	2
симультантные операции	16	14,1	-	11	9,0	6
	114	100,0	9 (7,92%)	122	100,0	35 (28,7%)

Как в контрольной, так и основной группах на одинаковом уровне выполняли капитонаж (соответственно 14 и 15 чел.) и резекцию печени (8 и 10 чел.). В основной группе, реже выполняли инвагинацию (7 чел. против 23 контрольной группы) и не использовали методику Аскерханова Р. П. в классическом виде, реже идеальная эхинококкэктомия и чаще перицистэктомия (30 чел. против 26). Однако частота выполненных операций не носили достоверных различий из-за небольших колебаний.

В основной группе у 16 больных выявлены заболевания, требующие оперативного лечения, им были выполнены симультанные операции.

В процессе работы выполнены исследования функционального состояния печени (табл. 8), которые показали, что при эхинококкозе печени наблюдаются нарушения, которые к моменту выписки не удается полностью ликвидировать, что требует продолжения медикаментозной терапии после выписки из стационара.

Таблица 8 - Показатели функционального состояния печени

Группы обследования	Стат. Показатели	Билирубин, мкмоль	Тимоловая проба, ед	АЛТ, мккат	АСТ, мккат
Контрольная:					
до операции	$M_1 \pm m_1$	38,5±1,12	9,2±0,09	0,62±0,04	0,52±0,02
после операции	$M_2 \pm m_2$	18,1±1,38	7,4±0,05	0,51±0,01	0,48±0,04
Р-степень дост.	$M_1 - M_2$	<0,001	<0,01	<0,05	>0,05
Основная:					
до операции	$M_3 \pm m_3$	43,1±1,21	10,4±0,11	0,71±0,05	0,63±0,009
после операции	$M_4 \pm m_4$	12,2±0,19	4,2±0,07	0,42±0,03	0,32±0,001
Р-степень дост.	$M_3 - M_4$	<0,001	<0,001	<0,01	<0,01
Практически здоровые	$M_5 \pm m_5$	11,2±0,27	3,5±0,2	0,09±0,01	0,08±0,01
	$M_1 - M_3$	>0,05	<0,01	<0,05	<0,05
	$M_2 - M_4$	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
	$M_4 - M_5$	>0,05	>0,05	<0,001	<0,001

Таким образом усовершенствованные нами меры профилактики позволили добиться снижения осложнений с 28,7% до 7,9%, то есть в три раза, что явилось решением поставленной цели и задач нашего исследования.

ВЫВОДЫ:

1. Использование традиционного подхода к лечению эхинококкоза печени и мер профилактики, включающих антибиотики – малоэффективно, осложнения после операции составили 28,7%, основными причинами их возникновения является поздняя диагностика, когда уже развились осложненные формы эхинококкоза и традиционные недостатки операции (выбор не адекватного способа ликвидации полости фиброзной капсулы и технические погрешности).

2. При капитонаже и инвагинации с целью профилактики остаточной полости, а при перикистэктомии с целью гемостаза и профилактики желчеистечения целесообразно использовать гемостатическую коллагеновую губку, она не вызывает воспалительной реакции и метаболических нарушений.

3. Инфракрасное облучение операционной раны после эхинококкэктомии способствует благоприятному течению раневого процесса и позволяет снизить частоту воспалительных осложнений. Эхоморфометрия раны – достоверный показатель возникновения воспаления в ране в начальной фазе его развития и может быть использована при выполнении любого вмешательства на органах брюшной полости.

4. Сравнительная оценка результатов лечения больных контрольной и основной групп подтвердила эффективность использованных нами мер профилактики осложнений (частота снизилась с 28,7% до 7,9%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. При поступлении больных с эхинококкозом печени необходимо выявлять сопутствующие заболевания, которые требуют оперативного лечения и планировать выполнение симультанных операций.

2. Если необходимо выполнить перикистэктомию или капитонаж в ликвидации полости фиброзной капсулы, то для профилактики осложнений можно использовать гемостатическую коллагеновую губку, но после операции в динамике выполнять УЗИ, определять количество лейкоцитов и ЛИИ.

3. Для профилактики раневых осложнений применять инфракрасное излучение на область операционной раны, начиная со второго дня после операции, на курс 4-5 облучений.

4. В определении течения раневого процесса можно использовать УЗИ и определять размеры гипоэхогенной зоны раны (эхоморфометрия). Если размеры зоны инфильтрации после 3 суток увеличиваются или остаются на уровне 3

суток, то это указывает на возникновение воспаления в ранней фазе, при этом необходимо усилить противовоспалительную терапию (заменить на антибиотик более широкого спектра действия и метронидазол внутривенно) и выполнить ревизию раны.

5. Для решения тактики при наличии остаточной полости использовать разработанный нами алгоритм.

6. При обнаружении заболеваний, которые требуют оперативного лечения следует выполнить симультанную операцию, что позволит больному одновременно избавиться от двух заболеваний. Выполнение симультанных операций незначительно увеличивает ее продолжительность и не влияет на частоту послеоперационных осложнений. Очередность операции должна определяться характером сочетанных заболеваний, но предпочтение нужно отдавать сначала сочетанной патологии, а затем эхинококкэктомии.

7. После выписки из стационара продолжить назначение препаратов улучшающих функцию печени, так как при эхинококкозе оперативное и медикаментозное лечение не полностью корректируют нарушения.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Калыбеков, Т. А.** Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / Т. А. Калыбеков // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - 2017. - №7. - С. 99-101. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30484385>

2. **Калыбеков, Т. А.** Оперативное лечение осложненного эхинококкоза в VII-VIII сегменте печени [Текст] / Т. А. Калыбеков, Н. Б. Касыев, М. С. Айтназаров // Тенденции развития науки и образования. - Самара, 2017. - Т. 33-1. - С. 42- 45. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=32399106>

3. **Калыбеков, Т. А.** Способы обеззараживания при эхинококкозе печени [Текст] / Т. А. Калыбеков, Р. М. Баширов, Н. Б. Касыев // Наука через призму времени. - Ульяновск, 2017. - №9. - С. 64-68. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=30795292>

4. **Калыбеков, Т. А.** Профилактика воспалительных осложнений после эхинококкэктомии печени [Текст] / А. И. Мусаев, Т. А. Калыбеков, М. Ж. Алиев // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2018. - №1. - С. 74-77. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35617702>

5. **Калыбеков, Т. А.** Радикальные и органосохраняющие операции при

эхинококкозе печени и их эффективность [Текст] / Т. А. Калыбеков, Б. С. Ниязов, М. Ж. Алиев // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2018. - №3. - С. 96-99. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35710392>

6. **Калыбеков, Т. А.** Послеоперационные осложнения при эхинококкэктомии печени и их профилактика [Текст] / Т. А. Калыбеков, М. Ж. Алиев // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – Смоленск, 2018. - Том 17, №3. - С. 70-74. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=35722135>

7. **Калыбеков, Т. А.** Эффективность мер профилактики осложнений при эхинококкэктомии печени [Текст] / А. И. Мусаев, Т. А. Калыбеков, Б. С. Ниязов // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2019. - №5 - 6. - С. 110-115. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42531029>

8. **Калыбеков, Т. А.** Современные подходы к оперативному лечению гидатидозного эхинококкоза с целью профилактики рецидива заболевания [Текст] / А. И. Мусаев, Т. А. Калыбеков, Б. С. Ниязов // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2019. - №4. - С. 20-24. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=41509498>

9. **Калыбеков, Т. А.** Метод абдоминализации в лечении эхинококкоза печени и меры профилактики осложнений [Текст] / А. И. Мусаев, Т. А. Калыбеков, М. Ж. Алиев // Вестник КРСУ. - 2019. - Том 19, №1. - С. 24-26. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37154025>

10. **Калыбеков, Т. А.** Оперативные методы лечения эхинококкоза печени [Текст] / Т. А. Калыбеков, М. Ж. Алиев // Вестник КРСУ. - 2019. - Том 19, №1. - С. 11-16. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=37154022>

11. **Калыбеков, Т. А.** Операция убагындагы эхинококкоз дартынын кайталанма түрлөрүнүн алдын алуу чаралары [Текст] / Т.А. Калыбеков, М.Ж. Алиев, Р.М. Баширов // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. - 2020. - №4. - С. 43-47. <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=44468446>

Калыбеков Талгат Анарбековичтин «Боордун эхинококкэктомиясынан кийинки кабылдоолору, алардын себептери, дарылоосу жана алдын алуусу» аттуу темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, хирургиялык дарылоо, кабылдоо, инфракызыл нурдантуу, гемостатикалык коллагендик соргуч.

Изилдөөнүн максаты. Боор эхинококкозунун мүчө сактоо жана радикалдуу операциясынан кийинки кабылдоолордун пайда болуу себебин изилдөө жана алардын алдын алуу иш чараларын максаттуу иштеп чыгуу.

Изилдөөнүн объектиси: боор эхинококкозу менен жабыркаган 236 бейтап, алардын мүчө сактоочу жана радикалдуу операциясы.

Изилдөөнүн предмети: боор эхинококкозу учурунда аткарылган мүчө сактоочу жана радикалдуу операциялардын, операцияга чейинки жана кийинки клиникалык, лабораториялык жана аспаптык ыкмаларын колдонуунун жыйынтыктары.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, лабораториялык жана аспаптык ыкмалар.

Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары. Изилдөөнүн максатын жана милдетин ишке ашырууда бейтаптар 2 топко бөлүнгөн: биринчи топ дарылоонун салттуу ыкмасы колдонулган 122 бейтаптан турган, ал эми экинчи топту ыкчам дарылоонун өркүндөтүлгөн ыкмасы: кан токтотуучу коллаген пластинасын, же соргучту колдонуу жана операциядан кийинки жаранын сезгенүү кабылдоосун алдын алуу иш чараларынын бирден бир каражаты болгон жаракат алган зонаны инфракызыл нурдантуу менен дарылоо колдонулган 114 пациент түзгөн. Көзөмөл топтогу бейтаптарды операциялык жол менен дарылоонун жыйынтыгын талдоо салттуу ыкманы колдонуу натыйжалуу эмес экенин көрсөтүп, кабылдоолор 28,7% түзгөн. Кабылдоолордун себеби төмөнкүлөр экени аныкталган: эхинококкоздун кабылданган түрү, фиброздук чел кабыктын калдык көндөйүн жоюу үчүн туура эмес ыкманы колдонуу жана техникалык каталар. Негизги топто кабылдоонун алдын алуу максатында 32 бейтапка операция учурунда кан токтотуучу коллаген пластинасы, же соргуч колдонулган жана 92 бейтаптын жараланган жерине операциядан кийин инфракызыл нуру менен нурдантуу аткарылган. Бул аракеттер кабылдоонун жыштыгын 28,7% дан 7,9% га төмөндөтүп, боордун эхинококкозу учурунда аталган иш чаралар кабылдоолордун алдын алууда эффективдүү экендигин тастыктады. Операциянын (мүчө сактоочу, радикалдуу) түрүнө жараша кабылдоонун жыштыгын салыштырууда андагы басымдуу айырма аныкталган эмес.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Эмгектеги негизги корутундулар жана сунуштар күнүмдүк клиникалык практикада, билим берүү процессинде жана илимий изилдөөдө колдонулууга тийиш.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Калыбекова Талгат Анарбековича на тему: «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, оперативное лечение, осложнения, инфракрасное излучение, гемостатическая коллагеновая губка.

Цель исследования. Изучить причины возникновения осложнений после органосохраняющих и радикальных операций при эхинококкозе печени и разработать целенаправленные меры их профилактики.

Объект исследования: 236 больных эхинококкозом печени, которым выполнены органосохраняющие и радикальные методы оперативного лечения

Предмет исследования: результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов до операции и после органосохраняющих и радикальных операций, выполненных по поводу эхинококкоза печени.

Методы исследования: клинические, лабораторные и инструментальные.

Полученные результаты и их новизна. В процессе выполнения цели и задач исследования выделены две группы больных: первая группа 122 больных, у которых применены традиционные методы лечения и вторая – 114 пациентов у которых использованы усовершенствованные этапы оперативного лечения (использована гемостатическая коллагеновая губка) и меры профилактики воспалительных осложнений (инфракрасное излучение на область раны). Анализ результатов оперативного лечения больных контрольной группы показал, что использование традиционного подхода не эффективно, осложнения составили 28,7%. Причинами осложнений были осложненные формы эхинококкоза, неадекватный выбор метода ликвидации полости фиброзной капсулы и технические погрешности. В основной группе с целью профилактики осложнений у 32 использована гемостатическая коллагеновая губка и после операции у 94 применено инфракрасное излучение на область раны. Эти меры позволили снизить частоту осложнений с 28,7% до 7,9%, что подтверждает эффективность мер профилактики при эхинококкозе печени. При сопоставлении частоты осложнений в зависимости от типа операции (органосохраняющие, радикальные), достоверных различий не выявлено.

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

Область применения: хирургия.

SUMMARY

of Kalybekov Talgat Anarbekovich's dissertation on the topic of: "Complications after cystectomy surgery for liver hydatid disease, their causes, treatment and prevention" for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.17 - surgery.

Key words: liver, echinococcosis, surgical treatment, complications, infrared radiation, hemostatic collagen sponge.

Aim of the study. To study the causes of complications after organ-preserving and radical operations in liver hydatid echinococcosis and to develop targeted measures for their prevention.

Object of study: 236 patients with liver echinococcosis, who underwent organ-preserving and radical surgery.

Subject of study: results of clinical, laboratory and instrumental investigations before and after organ-preserving and radical surgeries.

Research methods: clinical, laboratory and instrumental.

The results obtained and their novelty. To fulfill the goal and objectives of the study, two groups of patients were identified: the first group consist of 122 patients in whom traditional methods of treatment were applied and the second - 114 patients in whom improved surgical treatment were used (hemostatic collagen sponge) and measures for the prevention of inflammatory complications (infrared radiation on area of the wound). Analysis of the results of surgical treatment of patients in the control group showed the traditional approach is not effective, complications accounted for 28,7%. The complications were caused by complicated forms of echinococcosis, inadequate choice of the method for eliminating the cavity of the fibrous capsule and technical inaccuracies. In the main group, in order to prevent complications, in 32 patients used a hemostatic collagen sponge and after surgery 92 applied infrared radiation to the wound area. These measures allowed to reduce the frequency of complications from 28,7% to 7,9%, which confirms the effectiveness of preventive measures in liver echinococcosis. When comparing the frequency of complications depending on the type of surgery (organ-preserving, radical), no significant differences were found.

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

Scope of use: surgery.