

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
имени С.Б. Даниярова

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

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
доктор медицинских наук,
профессор А.И. Мусаев

Бишкек – 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ (обзор литературы).....	10
1.1. Частота и характер осложнений эхинококкоза печени.....	10
1.2. Методы диагностики осложненных форм эхинококкоза печени и их информативность.....	12
1.3. Оперативные методы лечения эхинококкоза печени.....	18
1.3.1. Доступы и способы обеззараживания при эхинококкозе печени...	19
1.3.2. Методы ликвидации полости фиброзной капсулы.....	22
1.3.3. Малоинвазивные способы лечения эхинококкоза печени.....	28
ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ, ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	35
2.1. Общая характеристика клинического материала.....	35
2.2. Методы обследования больных эхинококкозом печени.....	39
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ (контрольная группа).....	43
3.1. Основные клинические показатели больных контрольной группы...	43
3.2. Эффективность хирургического лечения больных эхинококкозом печени контрольной группы.....	46
3.3. Причины возникновения осложнений и эффективность их лечения..	53
ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ.....	62
4.1. Клиническая характеристика больных основной группы.....	62

4.2. Оценка результатов хирургического лечения больных основной группы.....	63
4.2.1. Меры профилактики осложнений.....	63
4.2.2. Результаты оперативного лечения больных основной группы.....	66
ГЛАВА 5. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ КОНТРОЛЬНОЙ И ОСНОВНОЙ ГРУПП.....	86
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	96
ВЫВОДЫ	102
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	103
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	104
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	128

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

АЛТ	- аланинаминотрансфераза
АСТ	- аспартатаминотрансфераза
ИК	- инфракрасное излучение
КТ	- компьютерная томография
ЛИИ	- лейкоцитарный индекс интоксикации
МРТ	- магнитно-резонансная томография
МСКТ	-мультиспиральная компьютерная томография
НХЦ	- Национальный хирургический центр
ОСО	- органосохраняющие операции
ПТИ	- протромбиновый индекс
РО	- радикальные операции
УЗИ	- ультразвуковое исследование
ЭП	- эхинококкоз печени

ВВЕДЕНИЕ

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 нагноением, 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. Вишнеvский и соавт., 2013; Б. Арчvадзе 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 КГМИПиПК 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 131 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 4 приложений. Список использованной литературы включает 230 источников, из них 60 работ авторов дальнего зарубежья. Диссертация иллюстрирована 19 таблицами и 19 рисунками.

ГЛАВА 1. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ (обзор литературы)

Эхинококкоз тяжелое паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени, которое распространено во многих странах мира и по данным многих исследователей в последние годы отмечается существенный рост заболеваемости (Ф. Г. Назыров, 1999; П. С. Ветшев и Г. Х. Мусаев, 2006; Р. А. Оморов и соавт., 2008; О. Г. Скипенко и соавт., 2011; А. Е. Войновский и соавт., 2016; А. И. Мусаев и соавт., 2016; N. Altintas, 2001; A. Seimenis, 2001; K. Atahan et al., 2011; G. Grosso et al., 2012; O Tunger, 2013).

Эта патология имеет свои особенности – это длительное время протекает бессимптомно и лишь при увеличении очага поражения или возникновении осложнений появляются клинические признаки болезни (Б.А. Акматов, 1994; Ж. О. Белеков, 1997; С. Б. Синило и С. И. Третьяк, 2015; R. Perdomo et al., 2001; C. Tomus et al., 2009).

Необходимо отметить, что при эхинококкозе печени возникает ряд осложнений, которые требуют оперативного вмешательства.

1.1. Частота и характер осложнений эхинококкоза печени

Судить о частоте осложнений сложно, так как до настоящего времени нет единой классификации эхинококкоза. Так, ряд авторов в основу классификации берут стадии: латентная, стадия клинических проявлений, стадия осложнений (А. В. Мельников, 1935; Б. В. Петровский и соавт., 1985; рабочая группа ВОЗ, 2003; Y. Moore et al., 2011).

Аскерханов Р.П. (1976) выделил 5 форм эхинококкоза с учетом патогенеза (первичный, вторичный, множественный, метастатический, имплантационный и гетеротопический). В последние годы появилась классификация с учетом показателей УЗИ (ВОЗ, 2003; О.Р. Камалов и соавт., 1999; М. Г. Кенжаев, Б. А. Акматов 2001). Отсутствие единого подхода к оценке выявленной паразитарной

патологии осложняет определение частоты осложнений.

Частота осложнений эхинококкоза колеблется от 20 до 50% и по данным большинства исследователей наиболее часто возникает нагноение, частота которого составляет от 20 до 45% от числа случаев всех осложнений (О. Ордабеков, 1997; А. О. Османов, 1997; Н. Н. Волобуев, 1998; Ж. А. Шамсиев и соавт., 2017; A. Duseja, 2013; R. Lissandrin et al., 2016), затем разложение и реже от 2 до 5% отмечен прорыв кист в брюшную и плевральную полость (А. И. Тулин и соавт., 2012), также в желчные протоки от 1,5 до 15% (А. И. Мусаев, 1999; Д. У. Молдоташев, 2007; М. Paksoy, 1998; К. Atahan et al., 2011), а обызвествление кист колеблется от 2 до 6% Б.И. Альперович (1999). Ордабеков С.О. (1997) представил частоту осложненных форм эхинококкоза печени, оперированных в хирургических отделениях Жамбылской области и из 896 больных осложненные формы составили 25,4%, а из числа всех осложнений нагноение имело место у 45,2%.

По данным Молдоташева Д. У. (2007) осложненные формы эхинококкоза печени составляли 42,5%, а по сведениям Айтназарова М. С. (2008) – 41,4%. Айбашов Х. А. (2011) из 87 оперированных детей по поводу эхинококкоза печени осложненные формы составили 10,3%, лечение которых было более сложным и продолжительным, а по данным Ж. А. Шамсиева и соавт., (2017) – 27,5%.

Нередко имеет место сочетание эхинококковых кист легких и печени и с другими органами (Ж. О. Белеков, 1997; М. М. Мамакеев и соавт., 1998; Х.С. Бебезов и соавт., 1998; Ф. Г. Назыров и соавт., 2009; А. И. Мусаев и Р.А. Хасанов, 2009), которые также осложняются часто нагноением или прорывом кист (А. Ф. Черноусов и соавт., 2012; D. Kilic et al., 2007).

Агаев Р.М. (2001) представил анализ осложнений эхинококкоза печени у 280 пациентов и при этом осложненные формы составили 54%. И из числа всех осложнений нагноение было отмечено у 31,4%, перфорация в желчные протоки у 31,4%, сдавление кист желчных протоков с развитием механической желтухи у 1,8%, перфорация в брюшную полость 0,7% и обызвествление кист у 3,2%.

Осложнения верифицированы операцией.

По частоте осложнений в сравнении с другими исследователями имеются небольшие колебания, кроме прорыва кист в желчные протоки. Это обусловлено тем, что некоторые хирурги (А. И. Мусаев, 1999) учитывают лишь прорыв кист в крупные желчные протоки (холедох, долевые протоки), в то время как другие (С. О. Ордабеков, 1997; E. Becker et al., 1997; K. Kelly, S.W.Weber, 2014) учитывают все случаи когда имело место сообщение кисты с мелкими протоками, вернее, при наличии желчи в содержимом кисты и при обследовании полости фиброзной капсулы выявлены желчные свищи. В любом случае это осложнение ухудшает прогноз, а летальность может достигать 12-25%.

Большинство исследователей отмечает, что возникновение любого осложнения эхинококкоза резко изменяет клинические проявления болезни и служит причиной диагностических ошибок (Б. В. Петровский и соавт., 1985; X. С. Бебезов и соавт., 2000; Т. О. Омурбеков, 2002; Э. Ю. Бабабейли, 2013; В. Glular et al., 2007; E. Cappelto et al., 2013)

Обращает на себя внимание то обстоятельство, что с каждым годом увеличивается число больных с осложненными формами эхинококкоза, что подтверждает актуальность своевременной диагностики и лечения этого заболевания.

Наличие такого большого числа осложнений эхинококкоза требует знаний особенностей проявления каждого из них и использования комплекса методов диагностики для выявления характера заболевания и его осложнений.

1.2. Методы диагностики осложненных форм эхинококкоза печени и их информативность

Диагностика эхинококкоза сложна на основе только клинических признаков и как отмечают Кенжаев М. Г. и Акматов Б. А. (2001), Омурбеков Т. О. (2002), Р. Kern (2003) наличие тупых болей, особенно в правом подреберье, чувство тяжести, зуд кожи, периодически появляющаяся крапивница, особенно у лиц, проживающих в зоне эндемии эхинококкоза, должны являться для врача

основанием для детального обследования больного на эхинококкоз.

При не осложненном эхинококкозе печени показатели общего анализа крови нередко не отличаются от нормы. Лишь ряд исследователей отмечают повышение (более 5%) эозинофилов. При возникновении осложнений наблюдается повышение количества лейкоцитов, ускорение СОЭ и нейтрофильный сдвиг в лейкоцитарной формуле. Но эти сведения указывают, что есть очаг воспаления, но не дают возможности установить характер заболевания (Р.Х. Васильев, 1986; М.Г. Кенжаев и Б.А. Акматов, 2001).

Ранее широко использовали кожно-аллергическую реакцию Казони, но она нередко осложнялась бурной общей реакцией, вплоть до анафилактического шока, нередко наблюдалось возникновение лимфангоита, лимфаденита. Кроме того, она оказалась не приемлемой в диагностике рецидива эхинококкоза, так как после первичной операции реакция Казони остается положительной продолжительное время. Ряд исследователей предложили вообще не применять эту реакцию, учитывая ее недостатки (А.А. Эл-Муалля, 1996; М.Ю. Гилевич и соавт., 1990). Но Акматов Б.А. и соавт. (2005) разработали методику приготовления апириногена, который используется для постановки кожно-аллергической реакции, при этом нет местной и общей реакции, но она также остается положительной на протяжении длительного времени после первой операции, что снижает ее ценность в диагностике рецидива эхинококкоза.

В диагностике эхинококкоза широко использовали серологические и иммунноферментные реакции: латекс агглютинация, непрямой гемагглютинация, иммунноэлектрофорез, иммунноферментные реакции и др. Их диагностическая информативность колеблется от 70 до 85%, а при постановке 2-3 реакций информативность достигает 95% (Л. С. Яроцкий, 1990, М. Г. Кенжаев, Б. А. Акматов, 2001; М. Dybicz et al., 2013).

Но недостаток вышеперечисленных реакций в том, что они в 5-8% случаев дают ложно-положительные, либо ложно-отрицательные результаты и кроме того постановка перечисленных реакций требует специальных реактивов,

аппаратуры и обучения врачей – лаборантов. В последние годы эти реакции используются очень редко, так как появились более информативные и менее затратные методы – ультразвуковое исследование.

В диагностике эхинококкоза и его осложнений использовали и рентгенологический метод, при котором можно выявить обызвествление кисты, увеличение размеров печени, высокое стояние диафрагмы, но эти признаки не специфичны (Т. О. Омурбеков, 2002; М. С. Айтназаров, 2008).

В диагностике эхинококкоза использовали радиоизотопное сканирование и сцинтиграфию печени. Этот метод позволяет выявить очаговые поражения печени, но нельзя судить о характере патологии и ее осложнениях, но он позволяет оценить функциональное состояние печени. Эта методика в диагностике эхинококкоза не нашла широкого применения из-за низкой информативности и кроме того, метод дорогостоящий, поэтому в настоящее время он не используется.

С появлением аппаратов – лапароскопов в диагностике эхинококкоза пытались использовать лапароскопию (Р. К. Васильев, 1986; И. А. Ашимов и соавт., 1995; А. Ф. Кабак, 1996). Но по мере накопления материала и опыта было установлено, что применение этой методики малоэффективно в диагностике интрапаренхиматозной, поддиафрагмальной и забрюшинной локализации кист и невозможно судить о наличии осложнений (нагноение, разложение). Но в последующем метод нашел применение в лечении эхинококкоза, непаразитарных кист и многих заболеваний органов брюшной полости.

Более широкое применение нашло УЗИ из-за его простоты, безвредности для больного и врача, возможности многократного исследования и информативности метода достигающей 90-95%, особенно при использовании аппаратов последних поколений с датчиками реального масштаба времени. Ценность этого метода в том, что его можно использовать при экспедиционном обследовании населения, при поступлении больных в стационар, в момент выполнения операции и в послеоперационном периоде для выявления возникших осложнений (Э. Брюгман и К. Аппен-Фон, 1990).

Несомненно, большая ценность УЗИ при обследовании населения на эхинококкоз и другие объемные образования, метод позволяет выявить заболевание до появления осложнений и своевременно направить больного на оперативное лечение (И. Н. Мадалиев, 1997; Р. А. Оморов и соавт., 2008; Р. М. Ахмедов и соавт., 2016).

При УЗИ при подозрении на эхинококкоз есть возможность определить размеры паразитарных кист, локализацию с учетом поражения отдельных сегментов печени, что позволяет избрать наиболее адекватный доступ и наметить объем оперативного вмешательства (С. А. Иванов и Б. Н. Котив, 2001; И. Г. Ахмедов, 2006; Н. Д. Мамашев и соавт., 2007; F.Tamarozzi et.al., 2018).

УЗИ можно использовать и в момент операции для контроля все ли кисты удалены и кроме того, под контролем УЗИ выполнить дополнительное оперативное вмешательство (А. В. Гаврилин и соавт., 1991; Р. А. Оморов и соавт., 2008; И. Г. Ахмедов и соавт., 2011; М. Ozcol, 2005; М. Rothlin et al., 2009). Рыхтик П. И. и соавт. (2016) считают ультразвуковое исследование обязательным, оно позволяет определить объем операции, а применение УЗИ в момент операции является мерой профилактики резидуальных кист.

Велика ценность УЗИ и после операции, выполненной по поводу эхинококкоза. Контрольное ультразвуковое обследование позволяет выявить остаточную полость и выполнить пункцию при наличии в ней жидкости, что предотвращает нагноение остаточной полости и кроме того контрольное обследование брюшной и грудной полости дает возможность выявить скопление жидкости и под контролем УЗИ удалить жидкость и предотвратить нагноение, а при нагноении под контролем УЗИ осуществить санацию полости в которой возникло нагноение.

В настоящее время ведущим методом диагностики эхинококкоза является УЗИ и лишь у немногих пациентов возникают затруднения в определении характера болезни. С целью дифференциальной диагностики используется ультразвуковая ангиография в которую входит ряд способов визуализации сосудов (И. В. Каленова, 2002). Метод особенно ценный в диагностике опухолей

печени. По мере накопления материала по использованию УЗИ в диагностике эхинококкоза печени появились клинико-эхографические классификации (И. Н. Мадалиев, А. М. Каримов, 1998; М. Г. Кенжаев, Б. А. Акматов, 2001; М. К. Гулов и соавт., 2010; V. Schwarze et al., 2018).

Так, Кенжаев М. Г. и Акматов Б. А. (2001) на основании результатов клинико-эхографических исследований предложили классификацию эхинококкоза печени, которая основана на комплексной оценке с учетом локализации кист, размеров, стадии развития паразита и клинического течения процесса:

1. По распространенности процесса и локализации:

- А) одиночный – правой или левой доли или с указанием сегмента печени;
- Б) множественный – правой или левой или обеих долей;
- В) сочетанный эхинококкоз печени и других органов.

2. В зависимости от размеров паразитарных кист:

- А) мелкие – до 5см в диаметре;
- Б) средние до 10см в диаметре;
- В) большие более 10см в диаметре;
- Г) сочетание различных размеров кист;

3. В зависимости от стадии развития, клинического течения и эхографической картины:

- А) неосложненный: без наличия дочерних пузырей, с наличием дочерних пузырей.
- Б) осложненный: разложение, нагноение, обызвествление частичное или полное; прорыв: в брюшную, в плевральную полость, в желчные протоки, в полые органы и забрюшинное пространство;
- В) сочетание не осложненных и осложненных кист.

Эта классификация удобна, так как она дает возможность правильно описать эхографическую картину кист и изложить выявленные образования в протоколе операции. Этой классификацией пользовались и мы в своей работе.

Более сложна диагностика осложненного эхинококкоза. Как утверждает

ряд исследователей (Н. Н. Волобуев, 1998; С. А. Иванов, Б. Н. Котив, 2001; М. Г. Кенжаев, Б.А. Акматов, 2001; И. В. Каленова, 2002; Н. Ш. Шакиров и соавт., 2008; И. Г. Ахмедов и соавт., 2011; L. H. Blumgart, 2008; I. Botrugno et.al., 2010; C. Arminanzas et.al., 2015) при нагноении кист эхографически капсула наиболее часто утолщена, а иногда двухслойная, содержимое кисты не гомогенное, зернистое. Иногда за кистой выявляется дорожка усиления эхосигналов. При разложившихся кистах в просвете кисты количество жидкости уменьшается или совсем не определяется. Хитиновая оболочка местами отслаивается и вместе с содержимым приобретает волнообразную форму. При прорыве кист в брюшную полость выявляются симптомы перитонита, а при прорыве в желчные протоки – клиника механической желтухи и холангита, а при УЗИ выявляется расширение желчных протоков.

Следующим методом диагностики эхинококкоза является компьютерная томография (КТ), магнитно резонансная томография (МРТ) и мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) при которых можно выявить кисты размером 0,5-1,0см, определить их количество, провести дифференциальную диагностику с другими очаговыми заболеваниями, определить характер осложнений и связь образования с протоковой и сосудистой системами (Х. Э. Анваров, 2017; K. Zviniene et. al., 2010). При использовании КТ отпадает необходимость применения УЗИ в момент операции.

В диагностике эхинококкоза используется магнитно-резонансная томография, которая безопасна для больного и врача, ее можно использовать при необходимости многократно, даже у детей и ее информативность достигает 98-100% (H.Trillaud et al., 2009; B. Ran et al., 2015). Особенно важна оценка результатов МРТ при небольших размерах эхинококковых кист.

Однако, несмотря на высокую информативность и перспективность в диагностике многих заболеваний КТ и МРТ дорогостоящие методы обследования, что является сдерживающим фактором для их широкого применения, если учесть, что многие сельские жители Кыргызской Республики проживают еще за чертой бедности.

Анализ литературных сведений по диагностике эхинококкоза позволяет отметить, что лабораторные исследования включающие общий анализ крови, серологические и иммунологические реакции мало информативны и лишь инструментальные методы позволяют определить характер болезни и ее осложнение. Наиболее широко используется УЗИ и лишь в сомнительных случаях КТ и МРТ.

1.3. Оперативные методы лечения эхинококкоза печени

Основным методом лечения эхинококкоза является оперативный, хотя и были попытки разработки медикаментозных средств, но они нашли применение лишь в комплексе с хирургическими методами лечения (альбендазол, мебендазол). В выборе метода операции большое значение имеет отношение хирургов к фиброзной капсуле, формирующейся вокруг паразитарной кисты и решение о необходимости ее удаления или оставления.

На протяжении многих лет выполнялись операции с полным или частичным сохранением фиброзной капсулы, мотивируя тем, что капсула не является источником рецидива эхинококкоза, а удаление капсулы сопряжено с большими техническими сложностями и риском повреждения крупных сосудов и желчных путей, являющимися причиной кровотечения и желчеистечения. И все же с совершенствованием анестезиологии и реаниматологии и разработки техники операций появились сторонники радикальных операций, которые считают фиброзную капсулу источником рецидива и тяжелых гнойно-воспалительных осложнений, а радикальные операции предотвращают эти осложнения (В. А. Журавлев, 1996; М. А. Кахаров и соавт., 2003; Н. И. Елизарова и соавт., 2018).

Немаловажное значение имеет и выбор обезболивания. В этом плане ряд хирургов отдают предпочтение эпидуральному обезболиванию (И. С. Фунлоэр, 1995; Э. А. Маматов и соавт., 2005), особенно у лиц с сопутствующими заболеваниями, как методу позволяющему выполнять раннюю активизацию больных, что предотвращает возникновение тромбоэмболических и легочных

осложнений. Но большинство хирургов выполняют операции на печени под эндотрахеальным наркозом.

1.3.1. Доступы и способы обеззараживания при эхинококкозе печени

Для достижения благоприятного исхода любого метода оперативного лечения эхинококкоза печени, необходим выбор адекватного доступа, использование эффективного сколексоцидного препарата и выбора метода ликвидации полости фиброзной капсулы (Б. В. Петровский и соавт., 1985; Б.А. Акматов, 1994; А. И. Мусаев, 1999; Ф. Г. Назыров и соавт., 1999; А. З. Вафин и соавт., 2015).

При выборе доступа должна быть учтена локализация кисты, ее размеры, характер осложнения и первичный это или рецидивный эхинококкоз, при этом доступ должен быть менее травматичным и в тоже время обеспечивать свободное выполнение всех этапов операции: аспирацию содержимого, обеззараживание и ликвидацию полости фиброзной капсулы (А. А. Мовчун и соавт., 1992; В. П. Полуэктов и соавт., 2006; А. А. Третьяков и соавт., 2011; Ж. А. Шамсиев и соавт., 2017). Ряд исследователей отмечают, что особое внимание выбору доступа должно быть уделено при диафрагмальной локализации кист (Р. И. Фунлоэр, 2000; М. С. Айтназаров, 2008).

При локализации кист в правой доле большинство хирургов применяют правый подреберный доступ по Федорову, а при локализации кист в зоне VII и VIII сегментов печени при больших кистах торакальный доступ торакоабдоминальный (И. Г. Ахмедов, 2006; К. М. Курбонов и соавт., 2015). Торакоабдоминальный применяют редко из-за его травматичности и частоты послеоперационных осложнений, и поэтому большинство хирургов в настоящее время не применяют его из-за травматичности. Если же кисты расположены в левой доле, то используют верхнесрединный, а при локализации кист в обеих долях доступ типа «мерседес».

Ряд авторов (Э. А. Маматов и соавт., 2002; Р. Т. Меджитов и соавт., 2007; М. И. Прудков и соавт., 2011) применяют минилапаротомный доступ, но при

кистах небольших размеров и расположенных ближе к брюшной стенке.

Очень важным этапом в оперативном лечении эхинококкоза является соблюдение принципа апаразитарности и антипаразитарности (А. З. Вафин, 1993; Ш. Ш. Амонов и соавт., 2019; J. Ramia et al., 2009), которые имеют большое значение в профилактике рецидива болезни.

В оперативном лечении эхинококкоза имеет значение метод аспирации содержимого кист (принцип апаразитарности), так как попадание содержимого в брюшную полость, операционную рану, белье является одной из причин рецидива эхинококкоза, развившегося в результате обсеменения. С целью аспирации используются иглы с более широким диаметром, троакары с обязательным отграничением места пункции салфетками с частой их сменой. Но, ни один из методов не обеспечивает герметичность пункции. Идут разработки в плане совершенствования игл и троакаров для пункции (В.А. Гладков и Н. В. Трофимов, 1982; С. И. Емельянов и соавт., 2004; Р. А. Хасанов, 2010). Любая усовершенствованная игла обеспечивает полную аспирацию содержимого, даже измельчая его, но остается не решенным вопрос как избежать просачивания содержимого через прокол, так как между иглой и стенкой кисты образуется щель, через которую содержимое кисты может попасть в брюшную полость.

Довольно надежный метод аспирации предложен Кенжаевым М.Г. и соавт. (2001), они изобрели аппарат троакар – эхинококкотом, который при аспирации обеспечивает не только удаление содержимого, но и измельчает хитиновую оболочку, внучатые и дочерние кисты и одновременно обеззараживание. Метод применен в начале в эксперименте на животных, а затем использован в клинике, но несмотря на преимущества этого аппарата, он не нашел широкого применения на практике, так как авторам не удалось добиться серийного производства аппарата и есть он только в одной клинике у основного автора изобретения (М. Г. Кенжаев). Однако и этот аппарат не лишен недостатков – он технически сложен, требует обучения хирургов и операционных сестер, которые должны строго соблюдать технику эксплуатации аппарата. Хирурги продолжают поиски более совершенного метода.

Также важным этапом при оперативном лечении больных эхинококкозом печени является соблюдение принципа антипаразитарности, который заключается в использовании различных средств и физических факторов, обеспечивающих гибель зародышевых элементов эхинококка. С целью обеззараживания использовано большое число средств, но в начале наиболее широко применялся формалин в различных концентрациях, но по мере накопления материала было доказано, что препарат токсичен и в последние годы формалин не применяется.

С целью обеззараживания плодоносных элементов эхинококка применяется спирт, перекись водорода, йод, глицерин, повидон, хлористый кальций, раствор салициловой кислоты, раствор фурациллина, гипертонический раствор хлорида натрия и др., но ряд из них малоэффективен, а другие токсичны. В обеззараживании используют и физические факторы (лазер, ультразвук, плазменную коагуляцию) (Х. Э. Анваров, 2016).

Большой вклад в разработку обеззараживания внесли сотрудники КГМА, работающие на базе хирургических отделений ГКБ №1, г. Бишкек и хирурги. Акматов Б. А. (1989) разработал, обосновал и внедрил термический способ обеззараживания, который нашел применение в странах СНГ, но по мере накопления материала были выявлены недостатки метода: сложности в поддержании должной температуры в кистах (70-75°), метод не достигает положительного эффекта, если полость фиброзной капсулы имеет карманы и их обработка затрудняется. Учитывая эти недостатки Кенжаев М. Г. и Акматов Б. А. (2001) для обеззараживания использовали пары спирта, для чего был разработан аппарат, но он не нашел широкого применения из-за сложности его изготовления и использования в работе.

Для обеззараживания плодоносных элементов эхинококка было обосновано применение озонированного раствора хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл. (Н. Д. Мамашев, 2007; А. Ж. Акешов и соавт., 2008; Э. Максут уулу 2010). Алиев М. Ж. (2015) обосновал экспериментально и в клинике применил 0,02% раствор декасана, а Айтназаров М. С. и соавт., (2016)

– 50% раствор димексида. Учитывая наличие обоснованности этих препаратов они широко применяются в клинике, препараты не дорогие, не токсичные и процент рецидива болезни не превышает 1%.

В литературе последних лет продолжается поиски эффективных методов обеззараживания. Бетирова Д. Ш. и соавт. (2006) для обеззараживания использовали 10% водный раствор бетадина (повидон-йод+ глицерин), что позволило снизить частоту рецидива с 19,3% до 3,3%.

Ахмадзода С. М. и соавт. (2018) для обеззараживания плодоносных элементов эхинококка использовали разработанный препарат фитозид – водноспиртовой настой целебных трав (мята, полынь, зверобой) с добавлением раствора Люголя и отметили высокий сколексоцидный эффект.

Таким образом, анализ литературных сведений показал, что с целью обеззараживания при эхинококкозе печени применяется очень много средств, эффективность которых обоснована в эксперименте и в клинике, но хирурги используют те, которые они считают более эффективными.

1.3.2. Методы ликвидации полости фиброзной капсулы

В литературе представлен ряд классификаций методов оперативного лечения, но большинство хирургов (М. Г. Кенжаев и Б. А. Акматов, Р. А. Оморов и соавт 2008; А. И. Мусаев и соавт. 2016; N. Altintas, 2001) делят операции на открытые, закрытые и полужакрытые в зависимости от того полностью ли ушивается полость фиброзной капсулы (закрытые), при использовании дренирования микроирригатором (полужакрытые), а когда полость дренируется после удаления содержимого и остается открытой (открытая).

Однако открытый метод, марсупиализация, используется в настоящее время очень редко, так как при нем часто формируются желчные или гнойные свищи, для ликвидации которых нередко требуется повторная операция. При использовании открытого метода все хирурги стремятся уменьшить по возможности объем кисты и не применять тампонов, а только дренажи, через которые выполняют санацию полости.

При не осложненном эхинококкозе печени и при небольших размерах кист (не более 10см в диаметре) применяется закрытый способ. Этот метод можно выполнить и при множественных кистах небольших размеров. При этом полость фиброзной капсулы ликвидируют путем капитонажа, инвагинации или их комбинацией. Однако, далеко не всегда при капитонаже ликвидируется полость, между этажами кистных швов остаются щели, в которых скапливается жидкость и есть риск возникновения нагноения (Р. А. Оморов и соавт., 2008; В. В. Дарвин и соавт., 2015).

Полузакрытый метод применяется чаще, при этом выполняется ликвидация полости любым из перечисленных методов, но в полости оставляется микроирригатор для аспирации скопившейся жидкости, и тогда риск возникновения нагноения снижается (Р. А. Оморов и соавт., 2008).

Также есть деление методов операций при эхинококкозе в зависимости от того сохраняется фиброзная капсула (органосохраняющие) или удаляется (радикальные).

При органосохраняющих операциях, когда не удается ликвидировать полость фиброзной капсулы, используется заполнение ее большим сальником или его прядью. Метод разработан Аскерхановым Р. П. (1976), а в последующие годы многими исследователями усовершенствован (М. С. Айтназаров, 2008; W. Uhle et al., 1999; J. Khaoshnevis et al., 2005). Но метод не может быть применен у детей из-за слабого развития сальника и у лиц с коротким и слаборазвитым сальником.

После органосохраняющих операций частота осложнений колеблется от 10 до 24% (М. Г. Кенжаев и Б. А. Акматов, 2001; R. Perdomo et al., 2001; A. Seimenis, 2001) – это нагноение остаточной полости, формирование желчных и гнойных свищей, которые требуют более длительного стационарного лечения и нередко – повторной операции. По данным Чернышева В. Н. и соавт. (2005) после органосохраняющих традиционных методов оперативного лечения эхинококкоза в ближайшие сроки после операции осложнения отмечены в 12,5% случаев, а летальность составила 1,46%, остаточная полость в отдаленные сроки

выявлена у 9,6%, а рецидив эхинококкоза в 6,8%.

Мусаев А. И., Вишняков Д. В. (2001) для профилактики остаточной полости и ее нагноения, в тех случаях когда полость фиброзной капсулы полностью не ликвидирован, использовали низко интенсивное лазерное облучение полости через дренаж, подведенный в полость. Облучение выполняли начиная со второго дня после операции, курс лечения – 5 - 6 сеансов и отметили быструю облитерацию остаточной полости.

Агаев Р. М., Агаев Б. А. (2015) в момент операции выполняли лазерное излучение полости фиброзной капсулы, а после операции давали облучение через кожу в проекции ликвидированной полости. На курс лечения 10 дней. Авторы отметили благоприятное течение послеоперационного периода и отсутствие воспалительного осложнения.

В литературе представлены результаты открытого органосохраняющего метода лечения эхинококкоза, описанного Вишневым А. А. (1956) в лечении эхинококкоза легких, а в последующем метод применен Ахунбаевым И. К., Ахунбаевой Н. И. (1977) также при эхинококкозе легких, а ряд авторов (А. И. Мусаев, 1999; Э. М. Мадаминов, 2015) успешно применили эту методику и при эхинококкозе печени. Метод прост, не травматичен, но требует тщательной ревизии для выявления желчных свищей. Осложнения после этого метода не превышают 5%. Эту методику использовали и мы при выполнении данного исследования.

Радикальные операции типа резекции выполняются в тех случаях, когда киста занимает почти всю долю печени или 2-3 сегмента, или при множественных кистах доли печени (В.А. Журавлев, 1996; М.А. Кахаров и соавт., 2003; S.Alfieri et al., 2007).

К радикальным операциям относится и перицистэктомия (тотальная), резекция печени и энуклеация. Этот тип операции применяется в различных вариантах: тотальная, субтотальная и частичная, техника их выполнения детально изложена в работе Мусаева А.И. (1999).

Радикальные операции стали применяться лишь в последние годы в связи

с совершенствованием анестезиологии и реаниматологии, но они сложны, более травматичны, выполняются в специализированных хирургических стационарах, оснащенных специальной аппаратурой и инструментарием, где работают квалифицированные хирурги (Д. В. Пахнов и соавт, 2017).

Многие хирурги утверждают, что после радикальных операций лишь у единичных больных наблюдается рецидив В. А. Журавлев и соавт. 1996., (Д.С. Токсанбаев, 2008), но они травматичны, особенно тотальная перицистэктомия (М. А. Кахаров и соавт 2003., Г. В. Павлюк и соавт., 2016). Так, Махмадов Ф. И. и соавт. (2007) при больших кистах выполняли резекцию печени или тотальную перицистэктомию и рецидив составил 0,7%, в то время как после органосохраняющих рецидив эхинококкоза наблюдается в 10-15%. Это и явилось основанием для разработки и совершенствования радикальных методов лечения (В. А. Вишнеvский и соавт., 2011) и более частого их применения в клинике. Однако, несмотря на преимущества радикальных операций ряд хирургов (А. И. Мусаев, 1999; М. Г. Кенжаев и Б.А. Акматов, 2001; Д. Ш. Сапаев и соавт., 2018; Ю. Я. Щевченко и соавт., 2018). не противопоставляют один метод другому, так как они выполняются при разных показаниях и кроме того, после резекции печени имеет место высокий риск возникновения печеночной недостаточности (А. О. Краснов, 2016). Авторы обращают внимание на то обстоятельство, что при осложненных формах эхинококкоза операция должна выполняться в специализированных хирургических отделениях.

Полуэктв В. Л. и соавт. 2006; Щевченко Ю. Л. и соавт.2018; Votzabu S. et al., 2018) разработали алгоритм диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени, который облегчает выбор метода лечения в зависимости от локализации кист и стадии заболевания. Некоторые хирурги (С. Б. Синило и соавт., 2015; Х. Э. Анваров, 2016) в лечении эхинококкоза печени рекомендуют выполнять радикальные операции с использованием аргоноплазменного коагулятора с обязательным назначением химиопрофилактики в послеоперационном периоде.

После любого оперативного лечения могут возникать различные

осложнения, требующие консервативного или повторного оперативного лечения. После органосохраняющих операций это нагноение остаточной полости, желчеистечение, нагноение операционной раны, плевриты, особенно при локализации кист на диафрагмальной поверхности печени, кровотечение и реже наблюдается печеночная недостаточность (Б. И. Альперович, 1999; Б. И. Альперович и соавт., 2005; С. М. Ахмедов, 2006; E. Goksoy, 2000; K. Mohkani et al., 2014; L. A. Rafael et al., 2015). И после радикальных операций также наблюдается ряд осложнений.

Вопросам профилактики осложнений уделяется много внимания, но их частота остается еще на достаточно высоком уровне (Б. И. Альперович, 2002; Р. А. Алибегов, 2008; Б. А. Авасов, 2014; А. К. Воронцов и Р. С. Калашник, 2016).

Одним из сложных этапов операции при эхинококкозе печени является ликвидация желчных свищей. В большинстве случаев имеют место небольшие свищи, которые можно ушить наложением Z-образных швов или укреплением наложенного шва прядью сальника, но и при этом методе может возникать желчеистечение при котором в последующем периоде формируются, в ряде случаев, желчные свищи, требующие повторной операции, поэтому в момент операции главной задачей является выявление желчных свищей и их тщательное ушивание (Р. П. Аскерханов, 1976; И. Г. Ахмедов, 2006; Х. Э. Анваров, 2016).

С целью профилактики желчеистечения в брюшную полость Гуламов М. Ш. и соавт. (2016) рекомендуют при открытом способе, после обеззараживания, края фиброзной капсулы ушить до дренажной трубки и ее удалять лишь при полном прекращении отделяемого. Способ использован у 21 больного, осложнений не наблюдали.

Более сложно ушить свищ при прорыве кисты в холедох или печеночный проток, которые сопровождаются возникновением механической желтухи и холангита и нередко является причиной острого панкреатита (M.I. Gildirgan et al., 2003; L. H. Blumgart, 2008; P. Katsinelos et al., 2009; C. Tomus et al., 2009).

Белеков Ж. О. (1997) в подобных случаях предлагает пластику лоскутом, выкроенном из стенки фиброзной капсулы или наложение ряда швов, но эти

подходы не всегда обеспечивают герметичность. Мусаев А. И. (1999) при прорыве кист в холедох, желчный свищ рекомендует ликвидировать свободным лоскутом, выкроенном из париетальной брюшины и фиксировать его медицинским клеем. Метод оказался более эффективен, но фиксация лоскута затруднительна если вокруг свища есть жидкость (желчь, кровь). Молдоташев Д. У. (2007) для фиксации лоскута брюшины использовал клей «Sumson», который фиксирует лоскут и при наличии жидкости. Метод оказался эффективен, ни у одного больного не возникло желчеистечения.

А Пулатов М. М. и соавт. (2015) рекомендуют сначала выполнить гастродуоденоскопию и удалить из холедоха обрывки хитиновой оболочки, дочерние кисты для разрешения желтухи, а затем, после улучшения состояния вторым этапом выполнить эхинококкэктомию.

Для профилактики капиллярного или паренхиматозного кровотечения, особенно после резекции печени, кроме тщательного лигирования или ушивания сосудов, рядом исследователей используется пластина «Тахокомб» (С. М. Ахмедов, 2006; Р. А. Оморов и соавт., 2008), а Воронцов А. К. и Калашник Р. С. (2016) для остановки капиллярного и паренхиматозного кровотечения рекомендуют использовать препарат «Полигемостаз» путем нанесения препарата на поверхность и в рану печени с дополнительной компрессией. Авторы использовали препарат у 60 больных и в послеоперационном периоде не наблюдали осложнений, связанных с рецидивом кровотечения (образование гематом, сгустков в зоне операции).

В литературе уделено внимание лечению сочетанного поражения печени и легких эхинококкозом. Так, одни хирурги предлагают выполнять одномоментно операцию на легких и печени (А. И. Мусаев и Р. А. Хасанов, 2009), другие (Ф. Г. Назыров и соавт., 2009; Т. Ш. Эшмуратов и П. П. Лукьянченко, 2011; Т. Ш. Эшмуратов и соавт., 2015) при сочетанном поражении печени и легких в начале торакоскопическим методом выполнить эхинококкэктомию легких, а затем лапаротомно – операцию на печени. А третьи (Т. В. Лапина, 2004; Ч. М. Джафаров и У. Ч. Рустам-Заде, 2009) утверждают, что первую операцию следует

выполнять на том органе, где есть угроза возникновения осложнения.

Агаев Р. М. (2001) рекомендует осложнения после операций, выполненных по поводу эхинококкоза, делить на неспецифические (нагноение раны, плеврит, пневмония, желудочно-кишечное кровотечение, острая печеночная недостаточность, динамическая кишечная непроходимость, эвентрация) и специфические (внутрибрюшные абсцессы: подпеченочные и поддиафрагмальные; абсцесс печени, аррозивные кровотечения из остаточной полости кисты, перитонит, желчные и гнойные свищи). Однако, на наш взгляд вряд ли целесообразно делить эти осложнения, все они обусловлены либо существованием осложненного эхинококкоза, либо неадекватно избранным оперативным лечением, либо в результате присоединения госпитальной инфекции.

1.3.3. Малоинвазивные способы лечения эхинококкоза печени

В лечении эхинококкоза печени стали использовать пункционный и пункционно-дренажный метод лечения (А. В. Гаврилин, 1999; Х. А. Айбашов, 2011; О. Г. Скипенко и соавт., 2011; Д. Б. Демин, 2014; L. Escolar-Vergl, 2019). Этому методу посвящен был раздел в программе XXII и XXIII Международном Конгрессе Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (г. Ташкент 2015 г., г. Минск 2016 г.). Под контролем УЗ осуществляется пункция эхинококковой кисты, ее обеззараживание с последующим дренированием. Одним из первых были Вишневецкий В. А. и соавт. (1992), которые сообщили об использовании пункционно-чрескожного дренирования при эхинококкозе печени. Авторы утверждают, что при определенных показаниях эту методику можно использовать без риска возникновения осложнений. Этот метод был успешно применен многими хирургами (П. С. Ветшев и Г. Х. Мусаев, 2006; Р. М. Ахмедов и соавт., 2010; А. Н. Лотов и соавт., 2011; Х. Т. Нишанов и соавт., 2016; В. Ozdil et al., 2016).

Оморев Р. А. (2000) пункционный метод в лечении эхинококкоза печени применил у 14 больных и отметил, что этот метод можно использовать, если

состояние не позволяет выполнить традиционную оперативную эхинококкэктомию и у пациентов с рецидивным эхинококкозом.

Большинство хирургов отмечают благоприятные исходы. Тешаев О. Р. и соавт. (2015) у 192 больных при больших и гигантских кистах использовали пункционно-дренажный метод, чрескожный, чреспеченочный, но при условии, чтобы толщина печеночной ткани над кистой была не менее 2,5см. Для обеззараживания использовали 20% раствор хлорида натрия с экспозицией не менее 10 минут. До выполнения пункции назначали альбендазол амбулаторно в течение месяца. Дренажи в полости держали 20-25 дней, осложнений не наблюдали. В отдаленные сроки остаточная полость выявлена у двух больных.

Мамедов М. (2005), Войновский А. Е. и соавт. (2016), Dervisoglu A. et al., (2005) в лечении эхинококкоза печени использовали лапароскопические технологии и пункционный метод и утверждают, что применение этих методов не увеличивает количество ранних послеоперационных осложнений при одинаковых отдаленных результатах лечения.

Немаловажное значение в исходе как органосохраняющих так и радикальных операций имеет функциональное состояние печени и при ее нарушении с целью предотвращения развития печеночной недостаточности (М. Ю. Гилевич и соавт., 1990; Н. М. Даминова и К. М. Курбонов, 2007) хирурги - рекомендуют до операции и после нее назначать больным гепатотропные препараты.

В настоящее время ряд хирургов применяют эндовидеохирургический способ в лечении эхинококкоза печени при этом выполняется пункция кисты и ее обеззараживание, а затем способ ликвидации полости кисты, но метод опасен тем, что при пункции и аспирации содержимого может возникнуть обсеменение брюшной полости, что и сдерживает применение этого метода в широком плане (И. А. Мамлев и соавт., 2002; В. И. Макаров и соавт., 2004; Р.Б. Алиханов и соавт., 2008; В. В. Хацко и соавт., 2009; R. Ksantin et al., 2004; G. Jagci et al., 2005; А.М. Gabal et al., 2005; В.Subramaniam et al., 2013). Идут разработки по предотвращению этого осложнения. Так, Айбашов Х. (2014) предложил

использовать матерчатый лоскут, обработанный специальным клеем, с его фиксацией к кисте и через него выполнять пункцию. Случаев обсеменения автор не наблюдал, а Байгазаков А. Т. (2015) для герметичности пункции использовал пластину Тахокомб, которую фиксировал к фиброзной капсуле кисты, а затем через нее пунктировал кисту, после пункции осуществлял обеззараживание. Случаев рецидива не отмечено.

Нишанов Х. Т. и соавт (2017), Anand S. et al., (2012) утверждают, что при выборе лапароскопической эхинококкэктомии необходимо учитывать характер течения заболевания, локализацию кист и наличие технических предпосылок.

Довольно редко хирурги используют эту методику в лечении эхинококкоза печени при локализации кист в зоне VII-VIII сегментов. Так, Стражески Г. И. (2015) у 52 больных эхинококкозом печени лапароскопически удалось выполнить эхинококкэктомию, при чем у 26 из 52 – произвести перицистэктомию.

Осумбеков Б. З. и соавт. (2015), Тухун Т. et. al., (2014) сопоставили результаты лапароскопической эхинококкэктомии и традиционной лапаротомной и отметили лучшие результаты при лапароскопическом методе, но авторы обращают внимание на строгие показания для выполнения этой методики. Однако авторы не сообщают об отдаленных результатах, а на основании лишь ближайших результатов, судить сложно.

Маматов Э. А. и соавт. (2002) при не осложненном эхинококкозе печени средних размеров используют минидоступ (5-6 см) пунктируют кисту, производят аспирацию содержимого, обеззараживание выполняют озонированным раствором полость дренируют, края капсулы ушивают до полной герметичности. После операции осуществляют активную аспирацию. К моменту выписки у 2 из 27 выявлена остаточная полость небольших размеров, а при контрольном обследовании через 3 месяца полость не выявлена. Авторы утверждают, что метод можно использовать при средних размерах кист и при отсутствии желчных свищей.

Необходимо отметить, что среди хирургов нет единого мнения о

обеззараживании плодоносных элементов эхинококка при пункционном, пункционно-дренажном способах и лапароскопическом.

Так, Оморов Р. А. (2000) для обеззараживания применял спирт 96° и в отдаленные сроки отметил облитерацию полости у всех больных (14чел.). А Тешаев О. Р. и соавт. (2015) использовали экстракт чеснока у 30 больных при малых и среднего размерах кист. При этом методе удалось в два раза уменьшить сроки лечения в сравнении с традиционным оперативным методом лечения больных эхинококкозом печени.

Павлюк Г. В. и соавт. (2016) применили 2% раствор нитрата серебра и отметили хорошие исходы. Осумбеков Б. З. и соавт. (2015) отдают предпочтение гипертоническому раствору хлорида натрия, а Киртанасов Я.П. и Ившин В. Г. (2019) 1% раствор гипохлорида натрия.

Таким образом, анализ литературы по оперативному лечению эхинококкоза печени показал, что в лечении этого заболевания используются и малоинвазивные технологии и авторы, выполняющие эти методы утверждают целесообразность их применения в лечении эхинококкоза, но большинство исследователей дают лишь ближайшие результаты, поэтому идет накопление клинического материала, чтобы оценить результаты лечения. Все исследователи указывают на снижение частоты осложнений, при использовании малоинвазивных методов, но длительность стояния дренажей при пункционно-дренажном способе, выписка больных с дренажом вряд ли можно считать преимуществом метода, так как возникает сложность обслуживания больных в амбулаторных условиях, особенно пациентов, проживающих в отдаленных районах.

Оперативное лечение как резидуальных, так и рецидивных кист более сложное, чем при первичном эхинококкозе, это обусловлено наличием обширного спаечного процесса в брюшной полости и фиброзно-измененной ткани печени, поэтому большое внимание уделяется химиопрофилактике после любого оперативного лечения эхинококкоза. В этом плане в профилактике рецидива болезни, кроме соблюдения принципа апаразитарности и

антипаразитарности, имеет использование антигельминтных препаратов (альбендазол, мебендазол), целесообразность применения которых нашло обоснование в работах многих исследователей (К. К. Бабакулов, 2008; R. S. Craig et al., 2007; P. Moro, P. M. Schantz, 2006; N. Liang et al., 2014; A. B. Denkozdi et al., 2019).

Продолжаются поиски мер профилактики для более широкого использования антигельминтных препаратов, так как при приеме внутрь альбендазола, он плохо всасывается в кишечнике и даже прием с растительным маслом не обеспечивает должной концентрации препарата и поэтому приходится увеличивать дозу альбендазола, а ее увеличение ведет к появлению диспепсических явлений.

Вафин А. З. и соавт. (2016) предложили новую форму альбендазола – препарат иммобилизован в кремний органические везикулы на основе диметикона – ниосомы, который обладает доказанной высокой трансдермальной проникающей способностью и обладает способностью снижения диспепсических реакций и может быть применен у взрослых и детей. Но эта форма использована в эксперименте и на небольшом клиническом материале и судить об ее эффективности затруднительно. Также вызывает сомнение о возможности приготовления этой формы альбендазолом в широком плане в ближайшее будущее.

При выполнении любого типа операции Пахнов Д. В. и соавт., (2017) рекомендуют обязательно до- и послеоперационную противогельминтную терапию для профилактики рецидива заболевания и при этом использовать химиотерапию альбендазолом.

Резюме

Таким образом анализ литературных сведений о эхинококкозе печени позволяет отметить следующее:

- Эхинококкоз остается одним из наиболее распространенных заболеваний печени, не имеющей тенденции к снижению, а наоборот, все

исследователи отмечают рост числа больных с эхинококкозом.

- Отмечается большая частота осложненных форм эхинококкоза печени (нагноение, разложение, прорыв кист), которая достигает 30-50% к числу поступивших на оперативное лечение.

- Исследования при эхинококкозе печени ведутся в различных направлениях: диагностика эхинококкоза до развития осложнений, выбор доступа, обеспечивающего выполнение всех этапов операции, выбор оптимального метода ликвидации полости фиброзной капсулы и разработка мер профилактики осложнений.

- В диагностике используется ряд методов для выявления этого заболевания в раннюю стадию до возникновения осложнения. При этом применялась широко раньше кожно-аллергическая реакция Казони, серологические реакции (латекс агглютинации, непрямой гемагглютинации, иммунологические, иммуноферментные), но в настоящее время они применяются очень редко в связи со сложностью их постановки и ряда отрицательных сторон 5-8% - ложно-отрицательные и ложно-положительные результаты и длительно сохраняются положительные реакции после первой операции, что затрудняет выявление рецидива болезни. Большинство исследователей в настоящее время эти реакции не используют в связи с появлением более простых и высокоинформативных методов диагностики (УЗИ).

- В последние годы широко применяется УЗИ, МСКТ и МРТ, как наиболее информативные. Особенно ценен метод УЗИ, который нашел применение до операции в диагностике эхинококкоза, в момент выполнения операции для выявления всех кист и в послеоперационном периоде для своевременной диагностики осложнений.

- Более информативным является МСКТ и МРТ, которые позволяют выявить все кисты, их расположение и связь с протоковой и сосудистой системами. Но метод еще дорогостоящий, что сдерживает его применение в широком плане. Основным методом остается УЗИ, за счет высокой информативности, безвредности и возможности многократного применения.

- В литературе довольно широко обсуждаются и предлагаются различные методы обеззараживания плодоносных элементов эхинококкоза и основанные экспериментально и клинически и несмотря на это продолжают поиски все новых обеззараживающих средств.

- Наиболее сложной и не решенной проблемой остается ликвидация полости фиброзной капсулы и желчных свищей. При любом органосохраняющем методе велика частота остаточных полостей, желчеистечения, легочных и раневых осложнений, но и после радикальных операций возникает ряд осложнений, что является причиной неудовлетворительных результатов оперативного лечения эхинококкоза печени.

- В лечении эхинококкоза печени используются пункционный дренажно-пункционный и лапароскопический методы, но и они не лишены недостатков и после них также возникают осложнения.

Большинство исследователей утверждает, что выбор методов лечения эхинококкоза печени должен быть строго дифференцированным, а меры профилактики осложнений необходимо использовать на всех этапах. Идут поиски мер профилактики осложнений, чтобы улучшить результаты оперативного лечения эхинококкоза печени. При выполнении данного исследования нам предстояло решить эти вопросы.

ГЛАВА 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ. ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

2.1. Общая характеристика клинического материала

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.

Диссертационная работа основана на результатах проспективного наблюдения 236 больных эхинококкозом печени, которые были обследованы и оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы №1., г. Бишкек в сроки с 2014 по 2019 год включительно. Распределение по полу и возрасту дано в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1 - Распределение больных 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
	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

Все оперированные жители различных районов Кыргызской Республики. Большинство поступивших составили женщины (59,7%), это обусловлено тем, что в обслуживании домашних животных в основном занимаются женщины и у них более высокий риск заболеваемости. При рассмотрении возраста обращает на себя внимание, что наиболее часто поступали больные в возрасте от 20 до 40 лет и от 51 до 60 лет. Самому молодому было 16 лет, старшему 72 года. Детей до 16 лет, мы не оперировали так, как они госпитализируются в хирургические

отделения детской клиники.

При поступлении больных выясняли давность заболевания, хотя эти сроки чисто условные, так как пациенты указывали срок, когда уже появились признаки заболевания, а при обследовании с малым сроком болезни нередко были выявлены кисты больших размеров, что указывало на более продолжительный срок болезни. Сроки заболевания даны в таблице 2.1.2.

Таблица 2.1.2 – Сроки появления признаков

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

Большинство поступивших отметили давность заболевания до одного года (68,3%) и лишь 27 пациентов указали на возникновение признаков болезни более 3 лет.

При обследовании больных установлено, что чаще поражалась правая доля, реже левая и реже отмечена локализация кист в обеих долях (табл. 2.1.3). Более частое поражение правой доли печени обусловлено анатомическими ее особенностями кровоснабжения. Все исследователи также отмечают более частое поражение правой доли печени.

Таблица 2.1.3 – Локализация кист

Локализация	Всего больных	
	абс.ч.	%
Правая доля	176	74,6
Левая доля	43	18,2
Обе доли	17	7,2
Всего	236	100,0

Первичный эхинококкоз имел место у 201 (85,2%) и рецидивный у 35, что составило 14,8%.

При УЗИ обращали внимание на количество кист и их размеры. Одиночные кисты были выявлены у 197, по две кисты у 31 и (более двух) у 8 больных.

По величине кист согласно классификации Камалова К.Ц. и соавт. (1986) и Кенжаева М.Г., Акматова Б.А. (2001), Омурбекова Т.О. (2002) они распределялись следующим образом (табл. 2.1.4).

Таблица 2.1.4 – Размеры кист контрольной группы (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

С малыми размерами кист (до 5 см) мы не оперировали а назначали лечение альбендазолом и вели наблюдение, больные со средними размерами составили 37,7%, а с гигантскими кистами было всего 4 больных. В основном преобладали больные с большими кистами 143 чел. (60,6%). В результате УЗИ и лабораторных данных были выявлены больные с осложненными формами эхинококкоза.

Из 236 поступивших на оперативное лечение по поводу эхинококкоза печени нагноение кист выявлено у 47 (19,9%), разложение у 25 (10,6%), перфорация кисты в брюшную полость у двух (0,8%) и еще у двух (0,8%) в желчные протоки. Всего больных с осложненными формами эхинококкоза было 76 (32,2%). Наибольший удельный вес из числа осложнений занимало нагноение кист (61,8%).

При обследовании больных обращали внимание на основные признаки заболевания, перечень которых дан в таблице 2.1.5.

Таблица 2.1.5 – Семиотика больных эхинококкозом печени (n-236)

Признаки	Всего больных	
	абс.ч.	%
Боль в правом подреберье	183	77,5
Боль в эпигастрии	38	16,1
Боль повсему животу	5	2,1
Снижение аппетита	148	62,7
Тошнота	91	38,6
Рвота	5	2,1
Общая слабость	191	80,9
Похудание	148	62,7
Желтушность кожи и слизистых	8	3,4
Бледность кожных покровов	98	41,5
Периодическая крапивница	12	5,1
Болезненность в правом подреберье	201	85,2
Напряжение мышц в правом подреберье	3	1,3
Увеличение печени	123	52,1
Гемоглобин крови ниже 100г/л	112	47,5
Количество лейкоцитов выше $8,0 \times 10^9/\text{л}$	102	43,2
Положительная реакция Казони из 201 обследованных	148	73,6

При рассмотрении клинических и лабораторных данных в момент госпитализации специфических признаков не обнаружено, наиболее часто больные отмечали наличие болевого синдрома (тупая боль), он был более выражен при перфорации кист в брюшную полость и желчные протоки. В равном числе наблюдений отмечены потеря аппетита или его резкое снижение и потеря веса тела (148 чел. – 62,7%), а также большинство указывали на нарастающую общую слабость, особенно после физической нагрузки.

При объективном обследовании увеличение печени было выявлено у 123 поступивших (52,1%), уровень гемоглобина ниже 100 г/л был почти у половины (47,5%), а увеличение количества лейкоцитов у 102 больных (43,2%) в основном у больных с осложненными формами эхинококкоза (нагноение, прорыв кисты).

Реакция Казони с апириногенным антигеном, разработанным Акматовым

Б.А. и соавт. (2005), (патент 755, выданный Кыргызпатентом), поставлена у 201 больного и положительной оказалась у 148 (73,6%). Мы сравнили результаты этой кожно-аллергической реакции с литературными сведениями с полученными нами результатами с апирогенным антигеном и положительная реакция наблюдалась на одинаковом уровне (75-80%), но при использовании апирогенного антигена мы не наблюдали развития лимфаденита или лимфангоита. Реакцию ставили больным с первичным эхинококкозом.

В результате обследования сопутствующие патологии выявлены у 61 больного (25,9%), из них у 27 обнаружены заболевания, требующие оперативного лечения (11,4%), им выполнены симультанные операции, их типы даны в 3 и 4 главах.

2.2. Методы обследования больных с эхинококкозом печени

При поступлении больных мы обращали внимание, из какого района пациент, кто из родственников оперирован и по поводу какого заболевания, имеет ли контакт с домашними животными и крупным или мелким рогатым скотом. Во многих случаях выяснение этих вопросов уже являлось основанием для подозрения на эхинококкоз. При объективном обследовании обращали внимание на цвет кожных покровов и слизистых, определяли размеры печени и дефицит веса тела уточняли сроки появления признаков заболевания.

Определяли общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу Я.Я. (1941):

$$\text{По формуле } \text{ЛИИ} = \frac{(4\text{Мц} + 3\text{Ю} + 2\text{П} + \text{С}) \times (\text{пл.к} + 1)}{(\text{Мон} + \text{Лимф}) \times (\text{Э} + 1)}$$

Мц-миелоциты, Ю-юные, П-палочкоядерные, С-сегментоядерные, пл.кл.-плазматические клетки, Мон-моноциты, Лимф.-лимфоциты, Э-эозинофилы. В норме ЛИИ колеблется от 0,5 до 1,0.

Исследовали функциональное состояние печени и почек по общепринятым

методам (билирубин, тимоловая проба, общий белок, АЛТ, АСТ, мочевины, креатинин).

С целью диагностики заболевания выполняли УЗИ аппаратом Philips HD5, а в послеоперационном периоде эта методика использована для выявления осложнений брюшной и грудной полостей. При УЗИ оценивали состояние печени (размеры, структура, состояние желчных протоков), а при обнаружении объемного образования определяли его локализацию, размеры, контуры, характер содержимого, толщину капсулы. В неясных случаях назначали КТ у 23 чел.(10,2%) или МРТ у 14 чел.(6,2%), которые позволяли уточнить связь с желчными протоками и сосудами.

УЗИ в момент операции применяли для оценки все ли кисты удалены, а в послеоперационном периоде для выявления осложнений и в ряде случаев для их лечения (дренировали остаточную полость, пункция). УЗИ использовали и для выбора доступа при локализации кист в зоне 6-7-8 сегментов печени (М.С. Айтназаров, 2008). Перед операцией определяли высоту стояния диафрагмы, ее подвижность. Если диафрагма не подвижна, что свидетельствует о сращении ее с печенью и если паренхима печени над кистой менее 1см, то использовали торакальный доступ (3 чел), а в случае, если подвижность диафрагмы сохранена или ограничена незначительно, а паренхима печени над кистой 1,5-2см, то выполняли доступ в правом подреберье по Федорову.

УЗИ применяли и для оценки течения раневого процесса. После операции на 1,3,5 сутки определяли размеры зоны инфильтрации раны, метод позволяет выявить скопление жидкости (серома, гематома) в различных слоях операционной раны, а также выявить начальную фазу воспаления в ране. Если на 5 сутки после операции зона инфильтрации была на уровне 3 суток или увеличивалась, то это указывало на воспаление раны и требовало применения мер, а если зона инфильтрации после операции уменьшалась, то это указывало на благополучное ее течение. Методика не сложна, но более информативна в ранние сроки в сравнении с клиническими показателями. Этот метод использован в клинике при оперативном лечении острого и хронического

холецистита (Р.А. Оморов, Э. Осмоналиев, 2007; Т.Б. Оморов и соавт., 2018).

Объем выполненных исследований представлен в таблице 2.2.1.

Таблица 2.2.1 – Объем исследований

Название исследования	Всего больных	
	абс.ч.	%
УЗИ брюшной полости	226	100,0
ЛИИ	221	97,7
Печеночные тесты	212	93,8
Почечные тесты	212	93,8
КТ	23	10,2
МРТ	14	6,2
УЗИ операционной раны	198	83,8

Полученные результаты обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда (m) степень достоверности вычисляли по t -критерию по таблице Стьюдента.

Резюме

На оперативное лечение по поводу эхинококкоза печени чаще поступали женщины в сравнении с мужчинами. Возраст поступивших колебался от 16 до 72 лет, чаще поступали со сроком заболевания до одного года. С первичным эхинококкозом было 201 из 236 поступивших, а рецидивным – 35 (14,6%). У большинства поступивших были большие кисты (от 10 до 15см в диаметре). Осложненные формы эхинококкоза обнаружены у 76 из 236 больных, что составило 32,2% (нагноение, разложение, прорыв кисты).

В обследовании больных использованы методы, которые позволяют определить характер заболевания, его осложнения и оценить результаты лечения. Более широко нами использовано УЗИ, которое было применено нами до операции и в момент операции в послеоперационном периоде. До операции УЗИ позволяло определить количество кист, их локализацию, размеры и характер осложнения. В момент операции при УЗИ оценивали все ли кисты

удалены, а в послеоперационном периоде оценить течение заболевания, выявить осложнения и осуществить лечение.

Специфических признаков эхинококкоза не наблюдали, чаще всего имели место признаки, указывающие на наличие интоксикации (общая слабость, потеря аппетита, похудание), что указывало на необходимость детального обследования и определения характера патологии и возможности выполнения оперативного лечения.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННЫХ МЕТОДОВ (контрольная группа)

3.1. Основные клинические показатели больных контрольной группы.

Для решения цели и задач нашего исследования, мы в начале работы проанализировали результаты оперативного лечения больных, у которых использованы были нами традиционные методы оперативного лечения (органосохраняющие: капитонаж, инвагинация, абдоминализация и радикальные – перицистэктомия, резекция печени, идеальная эхинококэктомия), оперированных по поводу эхинококкоза в период с 2014 по 2016 год, а с целью профилактики воспалительных осложнений перед операцией и к концу ее вводили внутривенно 1.0 цефазолин.

Всего больных было 122, удельный вес по полу и возрасту представлены в таблице 3.1.1 и на рисунке 3.1.1. Среди оперированных преобладали женщины в 1,5 раза в сравнении с мужчинами. Самому молодому в этой группе было 18 лет и самому старшему 70 лет. Основную группу поступивших составили больные до 30 лет (51 чел. – 41,7%), а в других возрастных группах от 30 до 50 лет их число было почти одинаковым (15,6 и 13,9%), а в возрасте от 50 до 60 лет вновь повысилось число поступивших (19,7%).

Таблица 3.1.1 – Пол и возраст оперированных контрольной группы.

Пол	Всего		Распределение по возрасту (в годах)					
	абс.ч.	%	до20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Жен.	74	60,7	7	23	13	8	14	9
Муж.	48	39,3	6	15	6	9	10	2
Итого абс.ч.	122	100,0	13	38	19	17	24	11
%			10,6	31,1	15,6	13,9	19,7	9,0

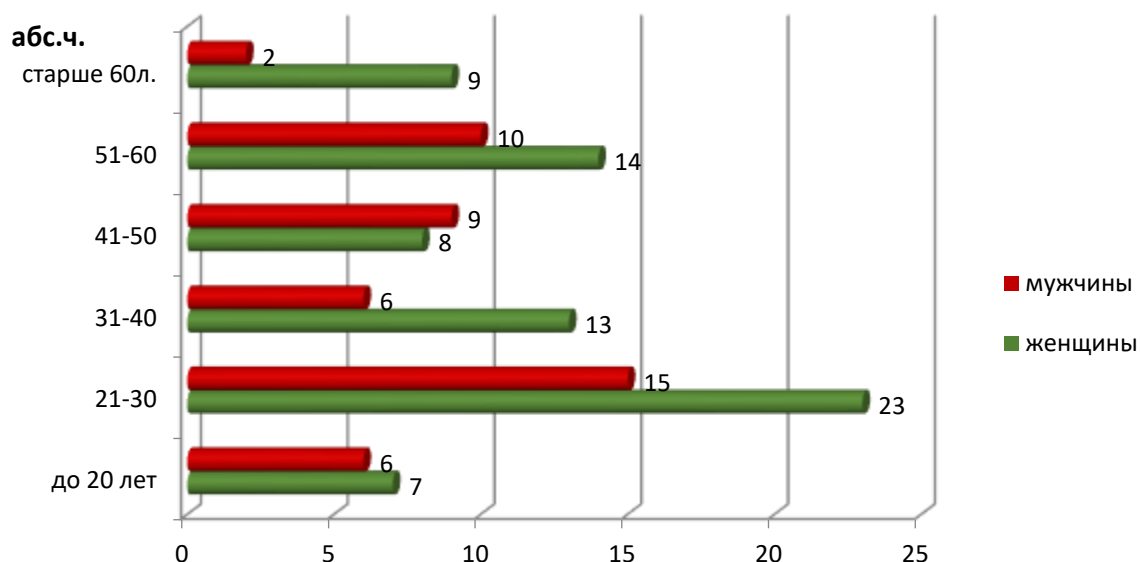


Рис. 3.1.1. Распределение больных контрольной группы эхинококкозом печени по полу и возрасту.

Мы проанализировали давность заболевания (табл. 3.1.2 и рис. 3.1.2). Анализ давности заболевания показал (рис. 3.1.2), что большинство больных поступили со сроком до 6 месяцев, но этот срок можно считать условным, так как многие из них поступали с кистами больших размеров и с осложнением. Очевидно, больные назвали этот срок когда уже появились клинические признаки болезни. В более поздние сроки поступали (от 1 года и более) реже, 7 пациентов отмечали наличие различных жалоб от 3 и более лет. На основании этих данных судить о сроке болезни затруднительно.

Таблица 3.1.2 - Сроки заболевания больных контрольной группы

Сроки заболевания	Всего больных	
	абс.ч.	%
До 6 месяцев	69	56,6
От 6 мес. до 1 года	22	18,0
1-3 года	24	19,6
От 3 до 5 лет	4	3,3
Более 5 лет	3	2,5
Итого	122	100,0

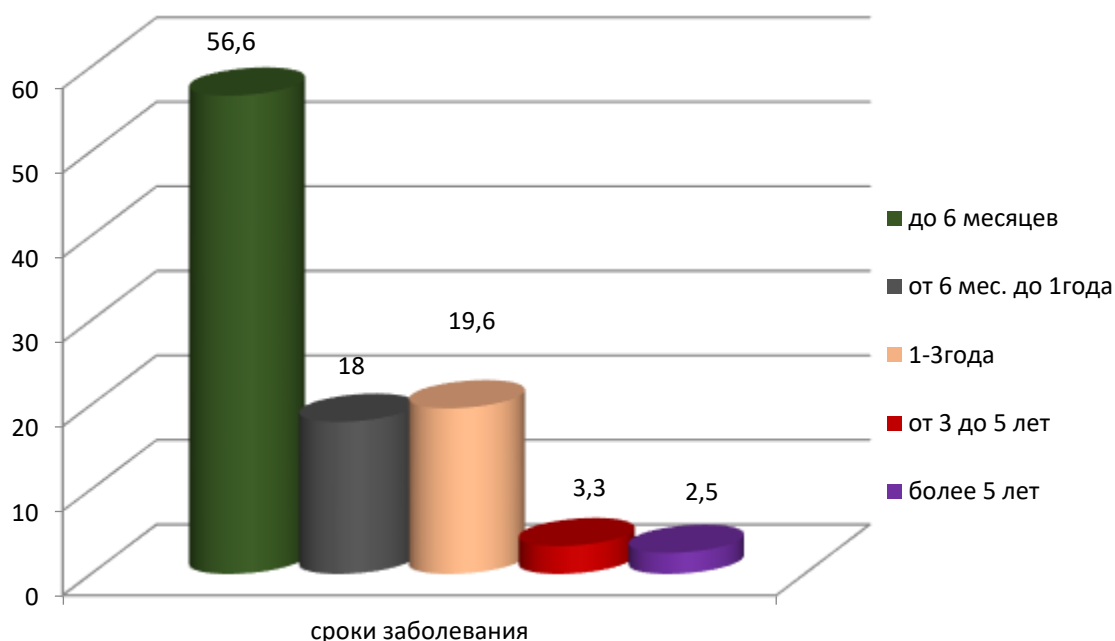


Рис. 3.1.2. Сроки заболевания.

В результате обследования установлена локализация кист, они распределялись с преимущественным поражением правой доли печени (табл. 3.1.3).

Таблица 3.1.3 - Расположение кист у больных контрольной группы

Локализация	Всего	
	абс.ч.	%
Правая доля	90	73,8
Левая доля	21	17,2
Обе доли	11	9,0
Итого	122	100,0

Локализация кист в правой доле была в 3-4 раза чаще, чем в левой, но и обе доли поражены были у 11 пациентов, что составило 9,0%. Необходимо отметить, что среди пациентов с расположением кист в правой доле у 4 (3,3%) были множественные кисты.

В этой группе со средними размерами кист было 42, большими 78,

гигантскими 2. При обследовании сопутствующие заболевания выявлены у 21 больного, что составило 17,2%, из них у 11 обнаружены заболевания, требующие оперативного лечения и им были выполнены симультанные операции.

При комплексном исследовании поступивших осложненный эхинококкоз обнаружен у 30 (24,6%), из них чаще нагноение (у 18), реже разложение (у 9) и перфорация кисты в брюшную полость у одного и у двух поступивших была перфорация в желчные протоки.

Кроме того, при обследовании у 11 пациентов выявлены заболевания, требующие оперативного лечения (калькулезный холецистит у 10 и пупочная грыжа у 1. Рецидив эхинококкоза печени имел место у 18 (14,8%).

3.2.Эффективность хирургического лечения больных эхинококкозом печени контрольной группы

Для предотвращения воспалительных осложнений больным контрольной группы перед операцией за 10-15 минут до ее начала вводили внутривенно антибиотик цефазолин 1,0 и после выполнения окончательного этапа еще внутривенно 1,0. При осложненных кистах продолжали введение антибиотика на протяжении 4-5 дней, а при не осложненной форме антибиотика после операции не назначали.

После предоперационной подготовки больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Выбор оперативного доступа зависел от локализации кист. Если киста расположена в правой доле печени, то выполняли доступ в правом подреберье по Фёдорову, а если киста была в левой доле, то использовали верхне- срединный, а при локализации в обеих долях, доступ типа «Мерседес».

С целью обеззараживания полости фиброзной капсулы и перикапсулярной ткани печени использованы озонированные растворы натрия хлорида с концентрацией озона 8-10мкг/л или 0,02% раствор декасана, эффективность которых доказана лабораторными, экспериментальными, клиническими исследованиями сотрудниками нашей клиники и установлено, что оба препарата

оказывают сколексоцидное и бактерицидное действие на многие штаммы микрофлоры и губительное действие на плодоносные элементы эхинококка фиброзной капсулы и перикапсулярной ткани. (А. Ж. Акешов, 2008; М. Ж. Алиев, 2015).

Выполнение типов операций зависело от характера осложнения, размера кист и их локализации. Типы операций и характер осложнений даны в таблице 3.2.1. При кистах среднего размера с податливыми стенками фиброзной капсулы выполняли капитонаж, при периферически расположенных кистах инвагинация, при осложненных формах использовали полузакрытый метод – в ликвидированной полости оставляли дренаж, который удаляли на 3-4 сутки, но обязательно выполняли активную аспирацию, так как при любом из этих методов остаются щели, в которых скапливается жидкость и в последующем может возникнуть нагноение, а активная аспирация позволяет снизить риск нагноения, но несмотря на эти меры у 3 из 16 у которых полость ликвидирована капитонажем и у одного при симультанной операции к моменту выписки выявлена остаточная полость. Еще у 2 больных после капитонажа возник плеврит и у одного нагноение послеоперационной раны. Капитонажем полость фиброзной капсулы была ликвидирована у двух больных, у которых имела место перфорация кисты в желчные протоки, у одного в долевого проток и у второго в холедох. Оба поступили с жалобами на сильные боли в животе, желтуху и повышение температуры. При УЗИ обнаружены кисты и расширение желчных протоков. После кратковременной подготовки (2 часа) взяты на операцию. При ревизии обнаружены кисты, содержащие дочерние и внучатые кисты, содержимое удалено, выполнено обеззараживание и при осмотре выявлен свищ у одного с долевым протоком, а у второго с холедохом. Из протоков удалены дочерние и внучатые кисты и обрывки хитиновой оболочки. Свищ ликвидирован выкроенным лоскутом париетальной брюшины и фиксирован клеем «Sunkom» по методике, разработанной Мусаевым А.И. (1999), а затем полость фиброзной капсулы ликвидирована методом капитонажа.

Таблица 3.2.1 - Перечень операции и частота осложнений у больных, оперированных по поводу эхинококкоза печени(контрольная группа).

Перечень операции	Всего больных		осложнения после операции						
	абс.ч.	%	остаточная полость	плеврит	желче-истечение	крово-течение	нагноение раны	инфильтрат	Всего
Органосохраняющие:									
Капитонаж	14	11,5	3	2	-	1	1		7
Инвагинация	23	18,9	2	2	-	-	2		6
Абдоминализация пластика по Аскерханову Р.П.	21	17,2	-	2	-	-	1	1	4
открытый метод	6	4,9	-	-	-	-	1	-	1
4	3,3	1	-	-	-	-	-	-	1
Радикальные									
перицистэктомия	26	21,3	-	4	1	-	-	2	7
резекция печени	8	7,4	-	-	1	-		-	1
идеальная эхинококкэктомия	9	7,4	-	1	-	-	-	1	2
Симультанные вмешательства:									
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							
	122		8	14	2	1	5	5	35
		100,0	6,6	11,5	1,6	0,8	4,1	4,1	28,7

Подпеченочное пространство дренировано. После операции больные получали антибиотики, инфузионную терапию с включением гепатотропных

препаратов. Состояние быстро улучшилось, и они были выписаны. Эти два наблюдения подтвердили целесообразность использования лоскута париетальной брюшины для ликвидации свища. Операцию заканчивали холецистэктомией, так как при возникновении желчных свищей содержимое желчного пузыря, как правило, инфицируется и есть угроза возникновения воспалительного процесса, а также и развития рецидива эхинококкоза.

Представляем одно клиническое наблюдение:

Больной Б-х Г. К., 60 лет, история болезни 10083/1600, поступил в хирургическое отделение 17.10.14 с жалобами на слабость, иктеричность кожи и слизистых, зуд кожи и тупую боль в правом подреберье.

Из анамнеза установлено, что неделю назад появилась желтушность кожи, зуд, потемнение мочи, тяжесть в правом подреберье. Обратился в больницу по месту жительства и при обследовании выявлен калькулезный холецистит и подозрение на альвеококкоз печени и направлен в г. Бишкек.

При осмотре в момент госпитализации состояние соответствовало средней тяжести, дефицит веса более 10кг, кожа и слизистые иктеричны. Дыхание жесткое, хрипы не выслушивались, тоны сердца чистые, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 74 в мин. ритмичный. Живот правильной формы, умеренная болезненность при глубокой пальпации отмечается в правом подреберье, край печени определяется на уровне реберной дуги.

Результаты исследований:

Общий анализ крови: Нв – 131 г/л, эритроциты $4,2 \times 10^{12}$ /л, количество лейкоцитов $11,4 \times 10^9$ /л, ЦП-0,9, формула крови: Э-9, П-5, С-64, Л-20, М-2, СОЭ-21 мм/ч. Биохимическое исследования крови: общий билирубин-198,3 мкмоль/л, прямой-126,9 мкмоль/л, протромбиновый индекс-86,0%, мочевины-5,8 ммоль/л.

УЗИ - печень увеличена равномерно, структура ее неоднородная, в зоне VIII сегмента анэхогенное образование размером 11,5x8,6см, в зоне II сегмента также анэхогенное образование размером 10,0x5,9см. желчный пузырь 9,6x5,0см, в полости конкременты размером от 0,8 до 1,0см. желчные протоки расширены, деформированы.

Заключение: эхинококкоз правой и левой доли печени, хронический калькулезный холецистит, механическая желтуха.

На основании выполненных исследований решено, что у больного имеет место эхинококкоз печени с поражением обеих долей, хронический калькулезный холецистит. Трудно было решить, чем обусловлена механическая желтуха прорывом кисты в желчные протоки или наличием конкремента в холедохе или сдавлением желчных протоков кистами эхинококкоза.

Больному предложена операция, при которой в момент осмотра органов брюшной полости выявлена киста в правой и в левой долях. В ликвидации кисты в правой доле использована методика абдоминализации сущность которой заключается в иссечении части фиброзной капсулы с наложением гемостатического шва, а оставшаяся часть полости остается открытой, желчные свищи не выявлены. Поддиафрагмальное пространство дренировано. Вскрыта вторая киста, расположенная в зоне II сегмента, содержимое удалено, при осмотре выявлен желчный свищ, наложена «заплатка» из лоскута париетальной брюшины и фиксирована клеем, а затем полость ликвидирована капитонажем. Желчный пузырь удален, холедох вскрыт и тщательно промыт, проходимость хорошая и операция закончена дренированием холедоха по Вишневскому, а также дренировано подпеченочное пространство.

После операции получал антибиотики (цефтриаксон, метронидазол, инфузионную терапию с включением гепатотропных препаратов), обезболивающие средства по показаниям. Состояние больного медленно улучшалось, желтушность склер и кожи прошла. Из полости кисты, расположенной в зоне II сегмента печени дренаж удалили через трое суток после операции, а из подпеченочной области на 5 сутки, а из холедоха, после контрольной холангиографии, дренаж извлечен на 8 сутки. На 5 сутки после операции при УЗИ обнаружена жидкость в правой плевральной полости, под контролем УЗИ произведена плевральная пункция, после чего жидкость не выявлялась. Заживление раны шло первичным натяжением. На 14 сутки после операции пациент в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение

хирурга по месту жительства. Назначен прием альбендозола, 3 курса для профилактики рецидива эхинококкоза.

Представленное наблюдение имеет значение в том, что у больного обнаружены две осложненные кисты, механическая желтуха, обусловленная сдавлением желчных протоков и наличием желчного свища. Несмотря на тяжесть состояния нам удалось добиться выздоровления.

После метода инвагинации у 3 послеоперационный период осложнился плевритом (у одного из них после симультанной операции), у 2 – остаточной полостью и у двух нагноением раны.

У 25 больных выполнена абдоминализация полости фиброзной капсулы и после этой операции у 3 послеоперационный период осложнился плевритом (у одного из них после симультанной операции) и по одному случаю нагноение раны. Абдоминализация выполнена и у больного, который поступил с разрывом кисты. При поступлении отмечал сильную боль по всему животу, высыпания на коже (крапивница), зуд. При осмотре отмечалось напряжение мышц брюшной стенки, болезненность, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, лейкоцитоз $12,4 \times 10^9/\text{л}$. При УЗИ выявлена киста в зоне 5 сегмента печени с нечеткими контурами и наличие жидкости в брюшной полости. После подготовки (1,5 часа) взят на операцию. При ревизии обнаружена киста в зоне 5 сегмента с перфоративным отверстием $1,5 \times 1,5 \text{ см}$. киста вскрыта, удалено содержимое без примеси желчи и произведено обеззараживание плодоносных элементов эхинококка озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. Свободные края фиброзной капсулы до печеночной ткани удалены и для гемостаза наложены обвивные гемостатические швы, тщательно осмотрена оставшаяся ткань фиброзной капсулы, свища не обнаружено. Брюшная полость дважды промыта озонированным раствором и дренирована. После операции осложнений не наблюдали.

Перицистэктомия была выполнена у 26 больных, в основном при плотной неподатливой стенке фиброзной капсулы. Удаляли два внутренних слоя кисты и

накладывали П – образные сквозные швы и нужно отметить, что после операции у 6 наблюдались осложнения: у 4 плеврит и по одному случаю желчеистечение и остаточная полость, в лечении которой потребовалась пункция под контролем УЗИ. Плеврит излечен пункциями, желчеистечение прекратилось самостоятельно, но потребовало более длительного пребывания в стационаре.

Резекция печени выполнена у 9 больных, из них у 3 гемигепатэктомия в связи с поражением всей доли множественными кистами, а у 6 краевая резекция печени. Из 9 оперированных осложнения (плеврит) отмечены у одного больного и еще у одного желчеистечение.

Открытый метод использован у 4 больных с осложненными кистами с выраженными явлениями интоксикации, к моменту выписки полость не выявлена у 3, а у одного оставалась остаточная полость, но без жидкости, за ним было продолжено наблюдение.

Идеальную эхинококкэктомию удалось выполнить у 9 больных, послеоперационный период протекал благоприятно, но при контрольном УЗИ в момент выписки из стационара обнаружена небольших размеров (1,0x2,0см), остаточная полость без жидкости и воспалительных изменений ткани печени.

Из 122 больных у 31 (25,4%) при поступлении были выявлены сопутствующие заболевания, из них у 11 заболевания, требующие оперативного лечения, им наряду с операцией по поводу эхинококкоза у 5 выполнена холецистэктомия в связи с наличием калькулезного холецистита и у 4 грыжесечение (пупочная грыжа), а у двух больных холецистэктомия произведена из-за расположения кисты и ее тесной связи с желчным пузырем.

Симультанные операции выполнялись из единого доступа (у 9 доступ по Федорову в правом подреберье и у двух эхинококкэктомию и грыжесечение произведены из верхне-срединного доступа). Первым этапом выполняли холецистэктомию, а затем операцию по поводу эхинококкоза, кроме больных с пупочной грыжей, им сначала производили эхинококкэктомию, а затем грыжесечение. Затруднений в выполнении симультанных операций не было, продолжительность ее выполнения увеличивалась незначительно, не более чем

на 10-15 минут. Осложнений после симультанных операций выявлено у 5 – у одного остаточная полость, у 3 плеврит, у одного инфильтрат в области раны. Симультанные операции выполняли при капитонаже и абдоминализации и у одного в сочетании с резекцией, из 11 больных, которым были выполнены симультанные операции по одному было осложнение остаточная полость 1, инфильтрат 1 и у 3 плеврит. Результаты выполненных операций показали, что при использовании традиционного подхода в лечении эхинококкоза осложнения возникли у 35 больных, что составило 28,7%.

3.3. Причины возникновения осложнений и эффективность их лечения

Мы попытались выяснить причины осложнений после операций выполненных по поводу эхинококкоза печени, и при этом отмечено, что осложнения в контрольной группе составили 28,7%.

Наиболее часто возникал реактивный плеврит и в основном при диафрагмальной локализации кист, при которой неизбежно травмируется диафрагма, но у всех плеврит удалось ликвидировать и добиться выздоровления, благодаря безвредности многократного УЗИ после операции, позволяющему в ранние сроки после оперативного лечения выявить выпот в плевральной полости, который имели место у 14 из 30 больных с осложнениями. Если выпот выявляли лишь в синусах, то вели наблюдения, при увеличении выпота – выполняли плевральные пункции. При обнаружении выпота всегда произведено пункция, это предотвращало возникновение эмпием, плевры, лечение которой очень сложное. У всех удалось добиться выздоровления.

Остаточная полость выявлена у 8 и чаще всего после капитонажа и инвагинации.

После капитонажа остаточная полость обнаружена у 4 (из них у одного после симультанной операции) оперированных с наличием жидкости необходимо отметить, что у двух из них была плотная капсула, после кисетных швов стенки полости сблизилась не плотно, оставались «щели» что служило причиной скопления отделяемого с последующим нагноением. Еще у двух при

наложении кисетного шва первые швы прорезались, наложены повторные, но они не обеспечили ликвидации полости и в полости возникло нагноение выполнена пункция под контролем УЗИ, получена гнойная жидкость, полость промыта раствором декасана и дренирована микроирригатором через который ежедневно выполняли санацию раствором декасана и после прекращения выделений микроирригатор удален, но к моменту выписки полость у них оставалась небольших размеров без жидкости.

У больного Ж-в Р.Э. 42 лет, № ист. болезни 9221/1391 после капитонажа выполнена пункция и полость дренирована микроирригатором, но добиться улучшения не удалось, продолжала накапливаться гнойная жидкость, ему выполнена операция – дренирование полости после чего состояние улучшилось и к моменту выписки полость не определялась.

После ликвидации полости фиброзной капсулы инвагинацией остаточная полость возникла у 2 с наличием жидкости, возникновение обусловлено тем, что капсула фиброзная полость была плотной, утолщенной и погруженная ее часть не заполняла ее, что явилось причиной скопления экссудата и формирования остаточной полости. Произведена пункция и дренирование полости у одного и у второго операция – дренирование полости.

После перцистэктомии у больной Б-ва Д. 62 лет, № ист. болезни 9211/144 отмечено повышение температуры до 38°, ухудшилось общее состояние и на 4-5 сутки после операции при контрольном УЗИ отмечена остаточная полость с жидкостью и воспаление ткани печени. Под контролем УЗИ произведена пункция, получено 15мл мутной жидкости, полость орошена 0,02% раствором декасана, после чего температура снизилась до нормы, улучшилось общее состояние и к моменту выписки полость оставалась 2,3x1,5см без наличия жидкости и воспалительных явлений.

После идеальной эхинококкэктомии у больной Э-ва Н. Э. 23 лет, № ист. болезни 9013/1435 выявлена полость размером 1,5x1,5см. без наличия жидкости, выписана под наблюдение хирурга. Формирование остаточной полости обусловлено не тщательным ушиванием ткани печени после удаления кисты.

При открытом методе, когда полость фиброзной капсулы после удаления содержимого, киста была дренирована дренажом у больного А-т уулу А. 21 лет, № ист. болезни 10840/1658 к моменту выписки полость полностью не облитерирована, она определялась размером 3,2x2,4см без наличия жидкости. За больным продолжено наблюдение. Контрольное обследование через 6 месяцев – полость размеров 1,5x1,5см.

Обобщая анализ возникших остаточных полостей, необходимо отметить, что их возникновение существенно влияет на течение послеоперационного периода и требует индивидуального подхода к выбору лечения. Из 8 больных с остаточной полостью лишь у 2 не потребовалось вмешательство, у 2 выполнена пункция с удалением экссудата, у 2 необходимо дренирование микроиригатором и еще у 2 необходима была повторная операция – дренирование и санация полости.

Анализ причин возникновения остаточной полости показал, что основной причиной была недооценка сформированной фиброзной капсулы и неадекватный выбор типа ликвидации и технические погрешности.

Нагноение раны возникло у 5, оно наблюдалось при осложненных формах эхинококкоза. Применение только антибиотиков с целью профилактики раневых осложнений недостаточно.

Желчеистечение имело место у 2 больных, у одного после перицистэктомии и у второго после резекции печени. Они обусловлены недостаточной обработкой желчных протоков в момент операции. Повторное вмешательство не было показано, так как желчеистечение прекратилось самостоятельно.

У одного после капитонажа возникло кровотечение, выполнена повторная операция, причиной его было повреждение сосудов при наложении кисетных швов. При анализе причины осложнения установлено, что в диагностике использовано УЗИ, при котором не выявлена связь кисты с сосудистой структурой печени.

Возникновение осложнений увеличивало сроки стационарного лечения.

Так, при не осложненном течении сроки стационарного лечения составили $8,8 \pm 0,13$ койко-дней, а при осложненном $15,9 \pm 0,76$.

Среди поступивших больных у 18 был рецидив эхинококкоза печени, диагностика и особенно лечение было более сложное из-за спаек с окружающими тканями и органами.

Представляем выписку из истории болезни одного из них:

Больной Т-н уулу М., 19 лет, история болезни 11165/1781, госпитализирован в клинику 02.12.2014 и отмечал жалобы на нарастающую слабость, постепенную боль в подреберье справа.

При ознакомлении с историей развития болезни отмечено, что 6 лет тому назад он оперирован по поводу эхинококкоза печени, а 4 года назад произведена операция в связи с выявленным эхинококкозом легкого. После последней операции чувствовал хорошо, но за две недели назад состояние ухудшилось, боли усилились. При обследовании обнаружен эхинококкоз печени (рецидив) и ему было рекомендовано оперативное лечение.

При обследовании в момент поступления в клинику отмечена бледность кожных покровов и дефицит веса тела 8кг. Дыхание свободное, тоны сердца чистые, АД 110/75 мм.рт.ст., пульс 84 в мин., ритмичный. Живот правильной формы, в правом подреберье послеоперационный рубец, при глубокой пальпации живота отмечается болезненность в правой его половине, более выраженная в подреберье.

Анализ крови: Нв– 138 г/л, эритроциты $4,8 \times 10^{12}$ /л, количество лейкоцитов $14,1 \times 10^9$ /л, ЦП-0,9, лейкоцитарная формула: Э-3, П-16, С-58, Л-20, М-2, СОЭ-7 мм/ч. Биохимические показатели: общий билирубин-18,0 мкмоль/л, мочевины-6,8 ммоль/л.

УЗИ – печень не увеличена, ее нижний край у реберной дуги, в зоне VII и VIII сегментов обнаружено кистозное объемное образование размером 6,0x13см. желчный пузырь нормальных размеров, стенки его не утолщены, желчные протоки не расширены.

Заключение: рецидив эхинококкоза печени (рис. 3.3.1).



Рис. 3.3.1. Эхограмма печени больного Т. уулу М. 19 лет

Решено больного оперировать. При лапаротомии установлен обширный спаечный процесс. Спайки острым и тупым путем разъединены, выполнена ревизия органов брюшной полости и при этом обнаружена киста размером 6,0x8,0 см, расположена в области корня брыжейки тонкого кишечника. Свободный край кисты иссечен, а та часть, что плотно сращена с брыжейкой оставлена. Затем выполнена абдоминизация нагноившейся кисты, расположенной в зоне 7-8 сегментов печени, обеззараживание выполнено гипертоническим раствором хлорида натрия, полость фиброзной капсулы ликвидировано методом абдоминизации. После абдоминизации поддиафрагмальное пространство дренировано и дренирована брюшная полость.

После операции больной получал антибиотики, инфузионную терапию и обезболивающие в первые 2-3 дня. Состояние больного постепенно улучшалось, дренажи удалены на 3, 4 сутки после операции(соответственно из

поддиафрагмального пространства и брюшной полости). На 8 сутки повысилась температура до 38°C, появились боли в грудной клетке и при УЗИ обнаружено скопление жидкости в поддиафрагмальном пространстве. Выполнена плевральная пункция, получена гнойная жидкость, произведена дренирование. Полость ежедневно санировали раствором декасана и осуществляли активную аспирацию. Количество жидкости постепенно уменьшалось, а затем прекратилось. Состояние улучшилось и на 14 сутки после операции, больной выписан с рекомендацией принимать альбендазол с целью профилактики рецидива.

Особое внимание уделено лечению выявленных осложнений в послеоперационном периоде: при обнаружении остаточной полости с наличием жидкости лечение начинали с пункций под контролем УЗИ и у 2 больных удалось добиться облитерации полости, еще у 2 при пункции установили дренаж через который осуществляли ежедневное промывание до полного исчезновения полости, а у 2 потребовалось открытое дренирование. Нужно отметить, что при выявлении полости с наличием жидкости усиливали противовоспалительную и инфузионную терапию.

У одного больного послеоперационный период осложнился внутрибрюшным кровотечением, при этом самым надежным подходом является проведения повторной операции, которая и была нами произведена, при повторной операции было установлено, что при наложении кисетного шва при довольно плотной и утолщенной фиброзной капсулой был поврежден сосуд, который и был причиной кровотечения. Кисетный шов распущен, кровоточащий сосуд прошит, кровотечение остановлено, полость ликвидирована методом абдоминализации.

У двоих больных после радикальных операций возникло желчеистечение, за ними вели наблюдение, измерение количество отделяемого и желчи уменьшалось, а затем прекратилось, повторная операция не потребовалось.

При возникновении нагноения раны применяли традиционное лечение: снимали швы, удаляли гнойное отделяемое, рану орошали 3% раствором

перекиси водорода, накладывали повязки с мазью Левомеколь, а после очищения раны повязки с мазью облепихи.

Если возникал плеврит, то выполняли плевральные пункции до полного прекращения накопления жидкости. Из 14 больных у 4 плевральные пункции выполняли дважды, еще у 7 три раза, а у 3 – 4 раза.

При осложнении возникновения инфильтрата применяли физиотерапию.

У всех больных, у которых возникли осложнения, излечены, но продолжительность стационарного лечения составили $15,9 \pm 0,98$ койко-дней.

Резюме

Анализ информации по контрольной группе показал, что больные с эхинококкозом нередко поступают с осложненными (24,6%) и рецидивными (14,8%) формами заболевания. Большинство больных были молодого и среднего возраста, и при обследовании сопутствующие заболевания обнаружены у 21 (17,2%), а среди них у 11 выявлена патология, требующая оперативного лечения.

Выполненные традиционные подходы к лечению показали, что при любом типе операции возникает ряд осложнений, которые существенно влияют на продолжительность стационарного лечения.

У 11 из 122 больных контрольной группы с сочетанными заболеваниями, требующими оперативного лечения, им были выполнены симультанные операции, осуществление которых не вызывало затруднений и время операции увеличивалось незначительно и осложнения были связаны с операцией по поводу эхинококкоза, а не сопутствующими заболеваниями. При сочетании заболевания многие исследователи рекомендуют сначала выполнять операции на менее инфицированном органе, но при эхинококкозе мы стремились выполнить операции сначала на других органах, а затем только эхинококкэктомии, но в случае в сочетании с грыжами соблюдение этого принципа не всегда целесообразно поэтому мы в начале выполняли эхинококкэктомию, а затем грыжесечение и осложнения не наблюдали.

Наиболее частым осложнением является плеврит, возникновение которого

составило 11,5%, что обусловлено травматичностью диафрагмы, особенно при расположении кист в области 6-7-8 сегментов печени. Но лечение этого осложнения не представляло сложностей, только необходимо своевременное их выявление.

Остаточная полость обнаружена у 8 (6,6%) их возникновение было связано с недооценкой состояния фиброзной капсулы и выбором неадекватного ее метода ликвидации. Наблюдения за больными с остаточной полостью показало, что только у 2 не потребовалось дополнительное вмешательство, у 2 выполнена пункция под контролем УЗИ, еще у 2 пункция дополнена дренированием микроиригатором, а у 2 произведена повторная операция – дренирование полости. Лечение остаточной полости более сложное если возникает в них нагноение.

Нагноение раны у 5 (4,1%), инфильтрат тоже у 5 (4,1%), а всего в группе осложнения выявлены у 35 оперированных (28,7%). Анализ результатов лечения больных контрольной группы показал, что использование только антибиотиков в профилактике осложнений малоэффективно, а при выполнении капитонажа и инвагинации довольно часто выявляли остаточную полость, все это подтверждало необходимость разработки мер профилактики этих осложнений, что и было для нас задачей для следующего этапа исследования.

Лечение возникших осложнений увеличивало сроки пребывания в клинике. Наибольшие сложности были при выявлении остаточной полости с наличием жидкости и воспалительных явлений ткани печени. Лечение начинали с пункции под контролем УЗИ, а при неэффективности выполняли повторную операцию – открытое дренирование. При возникновении внутрибрюшного кровотечения – показана повторная операция и остановка кровотечения. При желчеистечении необходимо динамическое наблюдение и если выделение желчи уменьшается, то возможно самостоятельное прекращение выделения желчи. При выявлении плеврита необходима пункция до полного прекращения накопления жидкости. При нагноении раны выполняли традиционное лечение с учетом фазы раневого процесса, а при инфильтрате в области операционной раны –

физиотерапевтическое лечение способствует быстрому рассасыванию.

Анализ результатов оперативного лечения контрольной группы показал, что осложнения после органосохраняющих операций возникли у 23 из 78 оперированных (29,5%), а после радикальных у 12 из 44 (27,3%), различия между этими группами не существенны.

При рассмотрении частоты осложнений в зависимости от формы эхинококкоза установлено, что из 35 больных с осложненными формами осложнения после операции возникли у 11 (31,4%), а из 92 с не осложненным эхинококкозом у 24 (26,1%).

ГЛАВА 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ ОСНОВНОЙ ГРУППЫ

4.1. Клиническая характеристика больных основной группы

Полученные результаты хирургического лечения пациентов эхинококкозом печени контрольной группы показали, что применение традиционного лечения и выбора способа операции и мер предотвращения осложнений не обеспечивают желаемого результата. Применение капитонажа и инвагинации мало приемлемо, так как после этих методов часто формируется остаточная полость с возникновением в ней нагноения. Также была отмечена частота плеврита, в основном в тех случаях, когда кисты располагались в 6-7-8 сегментах печени. Кроме того, после операции нередко возникали раневые осложнения. Учитывая эти обстоятельства в лечении основной группы больных нами основное внимание обращено на выбор доступа, профилактику остаточной полости и предотвращение возникновения воспалительных осложнений (плеврит, нагноение раны).

Выполнен анализ результатов лечения 114 больных эхинококкозом печени, у которых мы, с целью профилактики осложнений, использовали разработанные нами меры хирургического лечения и меры профилактики, которые были направлены на снижение осложнений в послеоперационном периоде. Их половой и возрастной состав даны в таблице 4.1.1.

Таблица 4.1.1 – Половой и возрастной состав больных основной группы.

Пол	Всего		Из них в возрасте					
	абс.ч.	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	старше60
Жен.	67	58,8	6	20	12	14	10	5
Муж.	47	41,2	8	15	14	5	2	3
Всего абс.ч.	114	100,0	14	35	26	19	12	8
%	100,0	100,0	12,3	30,7	22,8	16,7	10,5	7,0

Как и в контрольной группе преобладали женщины и больные в возрасте от 20 до 40 лет, которые составили 43%, т.е. почти половина поступивших больных.

Из числа госпитализированных с первичным эхинококкозом было 97 (85,1%) больных и рецидивным 17 (14,9%). При обследовании в правой доле кисты локализовались у 86, в левой у 22 и обе доли были поражены у 6 пациентов. По размерам кист они распределялись следующим образом (табл. 4.1.2).

Таблица 4.1.2 - Размеры кист у больных основной группы

Всего	Малые	средние	большие	гигантские	Всего
абс.ч.	-	47	65	2	114
%	-	41,2	57,0	1,8	100,0

По размерам кист преобладали больные с большими кистами 65 (57,0%), реже – со средними 47 (41,2%) и гигантские кисты обнаружены у 2 (1,8%) больных.

Большинство больных, как и в контрольной группе поступили со сроком заболевания до одного года.

В результате обследования осложненные формы выявлены у 46 (40,3%) из них нагноение кисты у 29, разложение у 16 и прорыв кисты в брюшную полость у одного больного.

Семиотика заболевания была аналогичной, как и при оценке у больных контрольной группы.

4.2. Оценка результатов хирургического лечения больных эхинококкозом печени основной группы

4.2.1. Меры профилактики осложнений

Меры профилактики осложнений в основной группе включали выбор доступа с учетом эхоморфометрических критериев: при неподвижном куполе

диафрагмы или резком его ограничении и отсутствии над кистой паренхимы печени 1,5-2см, выполняли торакальный доступ с рассечением диафрагмы. Этот доступ использован у 3 больных, он менее травматичен, обеспечивает свободное выполнение всех этапов эхинококкэктомии, операцию заканчивали дренированием плевральной полости. В остальных случаях использовали доступ по Федорову в правом подреберье при расположении кист в правой доле и верхне-срединный – если киста локализовалась в левой доле печени.

Антибиотики (цефазолин) применяли также как и у больных контрольной группы: перед операцией за 10-15 минут 1,0 и в момент ее окончания, а после операции назначение антибиотиков зависело от формы эхинококкоза: при не осложненном антибиотики не назначали, а при осложненном продолжали введение цефазолина еще 4-5 дней.

С целью профилактики остаточной полости и кровотечения в момент операции, когда не удавалось надежно ушить полость фиброзной капсулы, при капитонаже и при перицистэктомии использовали гемостатическую коллагеновую губку, выпускаемую ЗАО ФНПЦ+Белкозин (ЗАО фармацевтический научно-производственный центр Белкозин), Россия 194292, Санкт-Петербург и зарегистрирована в ДЛО и МТ КР МЗ №РМТ-2018-7885791. Губка включает раствор коллагена 2%, фурациллин и борную кислоту – что и обеспечивает бактерицидное действие, губка имеет мелкопористую структуру и впитывает отделяемое и способствует заживлению. Учитывая литературные сведения, (Г.М. Чижиков и соавт., 2011; В.И. Петлах, 2014; В.А. Липатов и соавт., 2019.) что гемостатическая коллагеновая губка обладает антисептическим, гемостатическим, адсорбирующим и стимулирующим регенерацию тканей свойством, мы сочли целесообразным использовать ее при ликвидации полости фиброзной капсулы у больных эхинококкозом печени. Стерилизация губки осуществляется радиационным методом. Губку не применяли при осложнении кисты желчным свищем, так как и после ушивания свища нет гарантии, что после операции желчь не будет проникать в полость.

Обеззараживание выполняли, как и в контрольной группе теми же

препаратами: раствор 0,02% декасана и озонированный раствором с содержанием озона 8-10мкг/мл.

Рану брюшной стенки ушивали после орошения ее озонированным раствором с той же концентрацией озона 8-10мкг/мл, так как орошение раны к моменту ушивания снижает степень контаминации, а следовательно и предотвращает нагноение и формирование инфильтрата.

После операции на область операционной раны, начиная с 2 суток, давали инфракрасное облучение аппаратом «Матрикс»- 80 Гц, с экспозицией 10 минут на курс лечения 4-5 сеанса. Общий вид аппарата дан на рисунке 4.2.1.



Рис. 4.2.1. Общий вид аппарата двухканального «Матрикс».

Установлено, что инфракрасное излучение проникает в биоткани на 2-3см и глубже и в результате поглощения тканями энергии происходят молекулярные сдвиги в клетках, ускоряются процессы регенерации и репарации, при этом в тканях образуются биологически активные вещества, которые возбуждают

терморцепторы кожи, слизистых оболочек, вследствие чего возникают реакции местного и общего характера (Е. С. Тучина и соавт., 2008; И.О. Походенько-Чудакова, Н.Н. Чешко, 2013), оказывает противовоспалительное, обезболивающее действие, улучшает микроциркуляцию и стимулирует иммунитет. Учитывая механизм действия ИК излучения мы использовали его для профилактики воспалительных осложнений.

В литературе представлены результаты применения ИК излучения в лечении ряда заболеваний, но мы не обнаружили сообщений о применении этого метода с целью профилактики воспалительных осложнений при оперативном лечении эхинококкоза печени, но учитывая его механизм действия нам казалось целесообразным его использовать. Всем больным контрольной и основной группы рекомендован прием альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза.

4.2.2. Результаты оперативного лечения больных основной группы

Все поступившие оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Типы операций даны в таблице 4.2.2.1. В основной группе были использованы те же типы операций, органосохраняющие и радикальные. Учитывая нецелесообразность в ряде случаев применение капитонажа и инвагинации при неподатливой капсуле, мы эти методы ликвидации фиброзной капсулы применяли редко и в основном при средних размерах кист и неутолщенной и подвижной стенке капсулы. Также методы абдоминализации и перцистэктомии использовали чаще (соответственно у 25 и 30 больных). Из 114 больных у 58 выполнены органосохраняющие операции из них наибольшему числу произведена абдоминализация (25 чел.) и при этом у 20 мы к оставшейся части фиброзной капсулы к ее краям фиксировали прядь большого сальника и касательно подводили дренаж. При выполнении этой операции тщательно проверяли наличие желчных свищей и если обнаруживали, то ушивали и проводили контроль на герметичность ушивания.

Таблица 4.2.2.1 - Перечень операций и характер осложнений у больных основной группы

Перечень операций	Всего		из них возникли:				Всего осложнений
	абс.ч.	%	плеврит	остат-ая полость	Нагно-Раны	желчеи-стечение	
<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					
<i>Итого</i>	114	100,0	4	1	2	2	9(7,9%)

Из 25 больных у которых использована методика абдоминализации, у одного в послеоперационном периоде возникло желчеистечение, но по мере наблюдения количество выделяемой желчи снижалось, а затем прекратилось. При повторном УЗИ жидкости в брюшной полости не обнаружено, дренаж удален. Эта методика (абдоминализация) была применена у одного больного с прорывом кисты в брюшную полость. Больной поступил с клиникой перитонита. При УЗИ выявлена киста в печени с наличием гомогенного содержимого и выпот в брюшной полости. При ревизии в момент операции обнаружена киста размером 10,0x12,0 см и в ней перфоративное отверстие 0,5x0,5 см, киста локализовалась в правой доле печени на нижней ее поверхности. Киста вскрыта,

удалена хитиновая оболочка, полость обработана озонированным раствором и брюшная полость дважды орошена озонированным раствором, а затем выполнено иссечение краев фиброзной капсулы до ткани печени, на края наложен гемостатический шов, а затем к краям оставшейся фиброзной капсулы фиксирована прядь большого сальника. Подпеченочное пространство дренировано, в послеоперационном периоде осложнений не выявлено.

Абдоминализация сочеталась и с холецистэктомией у 8 пациентов и у 2 с холецистэктомией и дренированием холедоха по Вишневскому, после операции осложнений не было.

У 15 пациентов, у которых применен капитонаж, в ликвидации полости фиброзной капсулы, у 12 была использована гемостатическая коллагеновая губка, которую мы укладывали между швами и полость дренировали с последующей активной аспирацией отделяемого. Дренаж удаляли на 3-4 сутки. Это же методика была применена и при инвагинации. Расположение губки дано на рисунке 4.2.2.

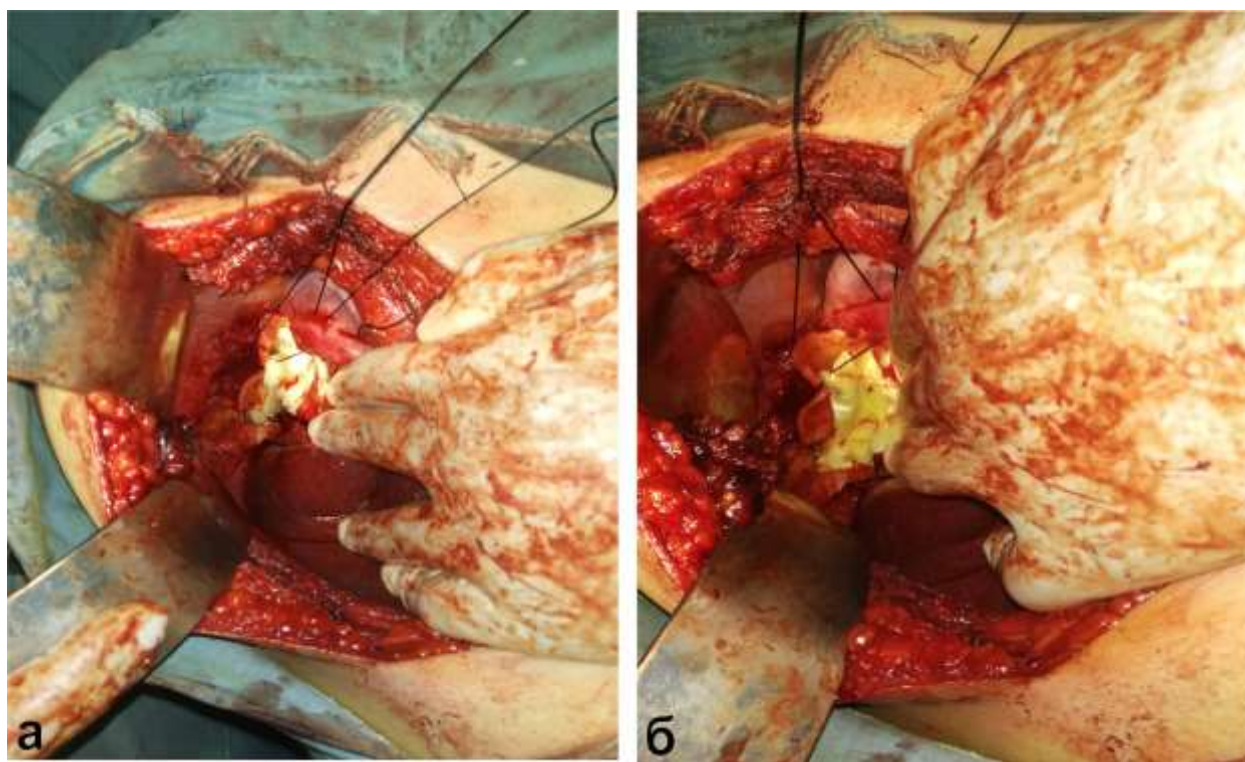


Рис 4.2.2. Расположение губки при капитонаже (а) и инвагинации (б).

После операции состояние было удовлетворительное, но к моменту

выписки из стационара у одного из них выявлена остаточная полость размером 2,0x2,5 см без жидкости и воспалительных явлений в ткани печени.

Приводим 3 выписки из истории болезни больных, у которых мы использовали предложенные нами меры профилактики:

1. Больной И-к уулу А., 17 лет, история болезни 1274, поступил в клинику 05.09.2019 с жалобами на нарастающую общую слабость, тупую постоянную боль в правой половине живота. При обследовании патологии со стороны легких и сердца не выявлено. Живот мягкий, при пальпации печень определяется у реберной дуги, умеренно болезненная.

Анализ крови: $Hb - 131g/l$, количество эритроцитов $4,6 \times 10^{12}/L$, количество лейкоцитов $4,7 \times 10^9/l$, СОЭ 24мм/ч. Биохимические показатели: билирубин 14,0мкмоль/л, мочевины 4,7ммоль/л, ПТИ 96%. Реакция Казони - положительная.

При УЗИ-печень нормальных размеров, структура мелкозернистая, холедох не расширен(0,6мм). В зоне VII сегмент печени определяется жидкостное образование 107x88мм с четкими ровными контурами (рис. 4.2.3). Заключение – эхинококкоз печени.



Рис. 4.2.3. Эхограмма печени больного И-к А. при госпитализации.

Оперативный доступ по Федорову, при осмотре органов брюшной полости в зоне 7 сегмента печени выявлена киста, произведена пункция, удалено содержимое, обеззараживание плодоносных элементов выполнено 0,02% раствором декасана. Произведена ликвидация полости фиброзной капсулы капитонажем с использованием гемостатической коллагеновой губки, так как стенки полости плохо сближались, затем дренировано поддиафрагмальное пространство. После операции на протяжении 3 дней через микроирригатор осуществляли активную аспирацию отделяемого. Температура после операции не превышала 37°, боли не беспокоили. Общий анализ крови без отклонений от нормы. Получал антибиотики цефазолин по 1,0 x 2 раза в сутки внутривенно, инфузионную терапию и начиная со вторых суток получал ИК излучение на область операционной раны в количестве 4 сеансов. Заживление раны прошло без осложнений (первичным натяжением).

УЗИ произведено к сроку выписки из стационара и при этом патологии не обнаружено (рис. 4.2.4.).



Рисунок 4.2.4. Эхограмма печени больного И-к А. при выписке.

В момент выписки назначен препарат альбендазол для предотвращения рецидива эхинококкоза. Явился на обследование через 2 месяца после выписки, жалоб не предъявлял, при УЗИ полости не выявлено. Через 6 месяцев –

состояние хорошее, при УЗИ патологии не обнаружено.

2. Больная Н-ва К.А., 30 лет, история болезни 1324, поступила в клинику 14.09.2019 с жалобами на тупые, постоянные боли в правом подреберье, быстро прогрессирующую общую слабость, отсутствие аппетита, дефицит веса тела.

При осмотре в момент поступления отклонений от нормы со стороны легких и сердца не обнаружено. Живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается умеренная болезненность в правом подреберье, печень определяется на 2 см ниже реберной дуги.

Анализ крови: $Hb - 114\text{г/л}$, количество эритроцитов $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$, количество лейкоцитов $8,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 18мм/ч. Биохимические показатели: билирубин 13,3 мкмоль/л, мочевины 4,5ммоль/л, ПТИ 96%. Сахар крови 5,0ммоль.

УЗИ — печень ниже на 2 см края реберной дуги, структура ее не изменена, в зоне VI сегмента печени обнаружено анэхогенное образование размером 55x50мм и в VIII сегменте 61x38мм, патологии со стороны желчных путей не выявлено (рис. 4.2.5).

Заключение: эхинококкоз печени.



а

б

Рис. 4.2.5. Эхограмма печени больной Н-ой К.А. до операции
а-киста в зоне 8 сегмента, б-киста в 6 сегменте.

Под эндотрахеальным обезболиванием доступом Федорова выполнена эхинококкэктомия - киста ликвидирована методом капитонажа с использованием гемостатической коллагеновой губки и на вторые сутки получала ИК на область операционной раны -5 сеансов. Послеоперационный период протекал без осложнений. УЗИ при выписке остаточной полости не обнаружено (рис. 4.2.6).



Рис. 4.2.6. Эхограмма печени больной Н-ой К.А. при выписке.

Контрольное обследование выполнено через 3 месяца после выписки, жалоб не предъявляет, общее состояние удовлетворительное, при УЗИ остаточной полости не обнаружено.

3. Больной Д-в К. О., 52 лет, история болезни №8938/1291 госпитализирован 09.09.2019, при поступлении были жалобы на боли в животе, большие в подреберье, нарастающую слабость, отсутствие аппетита и потерю веса тела. Болеет около 3 месяцев, когда возникли вышеперечисленные жалобы. Отмечает наличие контакта с крупным и мелким рогатым скотом и собаками.

При осмотре общее состояние удовлетворительное, пониженного питания, (дефицит веса 8кг), кожа и слизистые бледные. При исследовании легких и сердца отклонений от нормы не обнаружено. Живот правильной конфигурации, мягкий, край печени определяется у реберной дуги, умеренно болезненная.

Выполнено УЗИ: контуры печени четкие, структура мелкозернистая, гипоэхогенная. В правой доле печени в зоне 7-8 сегментов определяется образование с ячеистой структурой размером 108,0x85,0мм с утолщенной гиперэхогенной капсулой, а в центральной части наличие гиперэхогенного включения. Желчные протоки не расширены (рис. 4.2.7), почки и поджелудочная железа без патологии.

Заключение: эхинококкоз печени.



Рис. 4.2.7. Эхограмма печени больного Д-ва К.О. при поступлении.

Анализ крови: Hb — 142г/л, количество эритроцитов $4,2 \times 10^{12}$ /л, количество лейкоцитов $4,3 \times 10^9$ /л, Э-3, П-7, С-76, Л-20 М-4, СОЭ 38мм/ч. Биохимические показатели крови: билирубин 18,0 мкмоль/л, мочевина 4,7ммоль/л, ПТИ 90%. Сахар крови 4,70ммоль, АЛТ-0,06 мкккат/л, АСТ-0,02мккат/л, тимоловая проба-1,7ед.

В результате выполненного комплекса исследований определили диагноз: эхинококкоз печени с поражением правой доли.

Под общим эндотрахеальным наркозом 10.09.2019 доступом Федорова выполнена лапаротомия, при осмотре в зоне 7-8 сегментов печени выявлено объёмное образование белесоватого цвета, размер которого был 120x80мм.

Намеченное место пункции кисты обложено салфетками,

предварительно смоченными раствором декасана(0,02%) выполнена пункция кисты, получена гнойная жидкость, после удаления жидкости кисты в ее полость введен раствор декасана на 5 минут. Затем содержимое вновь удалено, полость вскрыта и выполнено обеззараживание тем же раствором (декасан). Полость ликвидирована путем наложения кистных швов, а между ними помещены 2 гемостатические коллагеновые губки в виде пластины. Полость дренирована микроирригатором для активной аспирации отделяемого.

Поддиафрагмальное пространство и брюшная полость дренированы. На 4 сутки микроирригатор удален, а дренаж из брюшной полости удален на вторые сутки. Инфракрасное излучение на область раны – 5 сеансов.

Послеоперационный период протекал без осложнений, температура тела оставалась в пределах нормы.

К сроку выписки из стационара выполнено УЗИ при котором обнаружена остаточная полость 20x22мм без жидкости (рис. 4.2.8) и воспалительных изменений ткани печени. Выписан из стационара на 11 сутки в удовлетворительном состоянии.



Рис. 4.2.8 Эхограмма печени больного Д-ва К.О.. при выписке.

За больным продолжено наблюдение. Явился через год, жалоб нет при

УЗИ остаточной полости не выявлено.

Из 58 больных, которым выполнены органосохраняющие операции осложнения имели место у 4 пациентов (по одному наблюдению: остаточная полость, желчеистечение и нагноение раны), что составило 6,9%.

Метод инвагинации был выполнен у 7 больных эхинококкозом печени, а коллагеновая губка применена у 5 из них ни у одного осложнений после операции не возникло.

Радикальные операции произведены 56 больным, наибольший удельный вес составила методика перицистэктомии, из них у 6 наряду с перицистэктомией выполнена холецистэктомия. У 15 больных при перицистэктомии использована гемостатическая коллагеновая губка. После удаления фиброзной капсулы в ложе укладывали губку и рану ушивали, касательно располагали дренаж. У двух из оперированных (перицистэктомия – 30) осложнения отмечены после операции (плеврит, нагноение раны) по одному наблюдению, а у остальных послеоперационный период протекал без осложнений.

Приводим выписку из истории болезни одного больного:

Больной Э-в О.У., 17 лет, история болезни №1214, госпитализирован в клинику 26.08.2019. При поступлении предъявлял жалобы на тупые боли в правом подреберье, чувство тяжести, нарастающую слабость и периодически возникающее повышение температуры тела. Отмечает контакт с крупным и мелким рогатым скотом, собаками, кошками. Болен в течение 2 месяцев, когда впервые появились жалобы, а при УЗИ по месту жительства обнаружено образование в печени и ему рекомендовано оперативное лечение в нашей клинике.

В момент поступления состояние удовлетворительное, питание пониженное дефицит веса 18 кг (рост 168см, вес 50кг). Со стороны легких и сердца отклонений от нормы не обнаружено. Живот мягкий, при пальпации умеренная болезненность в правом подреберье.

Выполнено УЗИ - печень умеренно увеличена, структура неоднородная, в зоне 2 сегмента определяется образование размером 38x28мм, интимно прилежащие к нижней полой вене и второе образование в зоне 8 сегмента

размером 43x69x6мм, не гомогенное с наличием кальцинатов.

Заключение: альвеококкоз правой и левой доли печени (рис. 4.2.9).



Рис. 4.2.9. Эхограмма печени больного Э-ва О.У. при поступлении.

Для уточнения диагноза была выполнена МРТ. Заключение: альвеококкоз обеих долей печени.

Анализ крови: Hb – 129 г/л, количество эритроцитов $4,8 \times 10^{12}/л$, количество лейкоцитов $7,7 \times 10^9/л$, СОЭ 38мм/ч. Биохимические показатели: билирубин 16,0 мкмоль/л, мочевины 5,3ммоль/л, ПТИ 98%. Сахар крови 3,7ммоль.

В результате выполненных исследований до операции поставлен диагноз: альвеококкоз печени и была запланирована операция - резекция печени.

Под эндотрахеальным обезболиванием (эндотрахеальный наркоз) 27.08.2019 оперативным доступом Федорова выполнена лапаротомия и при осмотре печени обнаружено наличие эхинококковой кисты в зоне 3 сегмента размером 30x40мм и в 8 сегменте 50x55мм и на поверхности поджелудочной железы киста размером 30x30мм.

Для выполнения всех этапов эхинококкэктомии в зоне 3 сегмента рану расширили. После обкладывания кисты салфетками, смоченными 0,02% раствором декасана выполнена пункция кисты, получена прозрачная жидкость, затем выполнено обеззараживание раствором декасана продолжительностью 5 минут, после чего стенка кисты рассечена, извлечена хитиновая оболочка и

полость вновь обеззаражена тем же препаратом и произведена перицистэктомия с применением гемостатической коллагеновой губки.

Затем произведена пункция кисты в зоне 8 сегмента и содержимое не получено, киста вскрыта содержимое было представлено творожистой массой, оно было удалено и полость тщательно обработана раствором декасана. С целью ликвидации полости выполнена перицистэктомия с использованием гемостатической коллагеновой губки. Учитывая то обстоятельство, что киста разложившаяся, в полость подведен микроирригатор для аспирации отделяемого. Киста, расположенная на поджелудочной железе вылуцена и полностью удалена. Брюшная полость перед ушиванием обработана раствором декасана, а затем подведены дренажы под правый купол диафрагмы и подпеченочное пространство.

Микроирригатор из полости удален на 4 сутки, дренаж из поддиафрагмального пространства убрали на 3 сутки, а на 4 сутки из брюшной полости. На область раны после операции ИК — 5 сеансов.

После операции осложнений не наблюдали, температура держалась в пределах нормы, заживление раны шло без осложнений.

В процессе лечения осуществлено УЗИ и к сроку выписки из стационара патологии не обнаружено (рис. 4.2.10).



Рисунок 4.2.10. Эхограмма печени больного Э-в О.У. при выписке.

За больным продолжено наблюдение. Явился на обследование через 3 месяца, в этот срок он жалоб не предъявлял, общее состояние хорошее, а при УЗИ патологии не выявлено.

У 10 больных выполнена резекция печени, это были рецидивные кисты у 3, а у 7 – первичный эхинококкоз, из них у 2 выполнена гемигепатэктомия из-за множества кист в доле, а у остальных – атипичная резекция с периферическим расположением кист.

Послеоперационный период осложнился у одного больного плевритом, а у второго желчеистечением, которое прекратилось на 7 сутки после операции, повторная операция не потребовалась.

Идеальная эхинококкэктомия выполнена у 5 больных, осложнений после операции ни у одного больного не наблюдали.

Необходимо отметить, что у 16 больных (14,0%) выявлено было сочетание заболеваний, требующие оперативного лечения и поэтому наряду с эхинококкозом им были выполнены и другие операции, в основном холецистэктомия (калькулезный холецистит - 14 чел.) и холедохолитотомия с наружным дренированием (холедохолитиаз - 2).

Одновременно с абдоминализацией холецистэктомия выполнена у 8, абдоминализация с холецистэктомией и с холедохолитотомией у 2 и перицистэктомия с холецистэктомией у 6 больных. Симультанные операции выполнены из одного доступа у всех, первым этапом производилась холецистэктомия, а затем эхинококкэктомия, кроме больных с холедохолитиазом - у них первым этапом были эхинококкэктомия, а затем холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха по Вишневному. После радикальных операций из 56 больных осложнения выявлены у 4 (7,1%).

Из числа оперированных основной группы осложнения отмечены у 9, что составило 7,9% и здесь наиболее часто наблюдались плевриты (4 чел.), но необходимо отметить, что накопления жидкости в плевральной полости прекращалось после 1-2 плевральных пункций в отличии от больных контрольной группы, где это осложнение требовало 3-4 пункции. Мы считаем,

что более благоприятное лечение плеврита в основной группе обусловлено не только использованием выбора доступа и антибиотикопрофилактики, но и назначением инфракрасного излучения, которое применили у 92 из 114 пациентов основной группы, что составило 80,7%.

К моменту выписки остаточная полость небольших размеров была выявлена у 1 больного, но без наличия жидкости в ней, пункция или дренирование не потребовалось, за больным ведется наблюдение.

Нагноение раны было отмечено у одного больного у него выполнена радикальная операция перицистэктомия. Еще у одного пациента послеоперационный период осложнился желчеистечением, это был больной у которого выполнена эхинококкэктомия и холецистэктомия, трудно было решить, что было причиной, за больным вели наблюдение, измеряли ежедневно количество выделяемой жидкости и выполняли УЗИ. Желчеистечение прекратилось самостоятельно и он был выписан в хорошем состоянии.

У больных основной группы из органосохраняющих операций чаще выполняли абдоминализацию и реже капитонаж и инвагинацию. Мы убедились, что там где возможно выполнить абдоминализацию лучше осуществить этот метод, как менее травматичный, а с целью профилактики рецидива в перикапсулярную ткань вокруг остаточной части капсулы ввести 0,02% раствор декасана. Алиев М.Ж. (2015) экспериментально и клинически доказал, что этот раствор, введенный в перикапсулярную ткань не разрушает гепатоциты, но является надежным способом профилактики рецидива болезни. Положение о том, что при эхинококкозе в стенке капсулы и в окружающей капсулу ткани имеет место наличие сколексов нашло обоснование в работах Кубышкина В. А. и соавт. (2002), Кахаров М. А. и соавт. (2003), Акешов А.Ж. и соавт. (2008).

Учитывая большую частоту возникновения остаточной полости при использовании капитонажа и сложностью их лечения, мы с целью профилактики этого осложнения у 12 больных при капитонаже применили гемостатическую коллагеновую губку, и убедились в целесообразности ее применения.

При выполнении перицистэктомии у 15 больных использовали губку и

осложнений не отметили. Ее мы применяли как при не осложненном, так и при осложненном эхинококкозе, но в полости оставляли микроиригатор через который на протяжении 3-4 суток и осуществляли активную аспирацию. Контроль осуществляли оценкой температуры, определением количества лейкоцитов и уровнем ЛИИ и контролем УЗИ. Результаты этих исследований подтвердили целесообразность и возможность применения коллагеновой губки где есть риск возникновения остаточной полости, хотя Фунлоэр И.С. (1995) утверждает, как бы тщательно не выполняли методику капитонажа, всегда остаются «щели» в которых скапливается жидкость, которая в последующем может быть причиной нагноения и формирования остаточной полости. При использовании коллагеновой губки лишь у 1 к моменту выписки при УЗИ выявлена полость размером 2,0 x 2,0 см, но без наличия жидкости и при наблюдении за больным в отдаленные сроки - нагноение не возникло, полость значительно уменьшилась в размере.

Второй мерой профилактики осложнений было применение ИК излучения операционной раны, его мы начинали со вторых суток после операции. Метод прост и не требует больших затрат, но его использование позволило уменьшить воспалительные осложнения. В основной группе нагноение раны имело место лишь у двух больных.

Использование разработанных нами мер профилактики позволило отметить удовлетворительное течение в ближайшие сроки после операции и снижение частоты осложнений. Для подтверждения этого положения мы после операции провели анализ динамики ЛИИ (табл. 4.2.2.2), у больных получавших ИК излучение на рану и сопоставили с динамикой ЛИИ пациентов, которые после операции ИК излучение на рану не получали (В норме ЛИИ составляет 0,5 -1,0). В разработку взяли 62 больных, у которых исследование выполнено на всех этапах обследования (1,3,5 сутки и при выписке) и 12 больных не получавших ИК излучение и они обследованы были в те же сроки после операции. Это исследование позволило оценить влияние ИК излучения на воспалительный процесс и заживление раны.

Таблица 4.2.2.2 - Динамика ЛИИ у больных получавших ИК излучение и не получавших

Группы	Всего больных	стат. показатели	Сроки после операции (в сутках)			
			1 сутки	3 сутки	5 сутки	При выписке
Больные получали ИК	62	$M_1 \pm m_1$	$1,4 \pm 0,03$	$1,9 \pm 0,04$	$1,2 \pm 0,03$	$0,9 \pm 0,01$
Больные не получали ИК	12	$M_2 \pm m_2$	$1,3 \pm 0,01$	$2,2 \pm 0,03$	$1,5 \pm 0,04$	$1,1 \pm 0,03$
Р степень достоверности		$M_1 - M_2$	$>0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$

Результаты ЛИИ подтвердили целесообразность применения ИК излучения в ликвидации воспалительного процесса.

Через сутки после операции уровень ЛИИ в контрольной и основной группах не отличался, но был выше нормы (норма 0,5 – 1,0), но более выраженное его повышение отмечено у больных не получавших ИК. (соответственно $1,9 \pm 0,4$ и $2,2 \pm 0,03$). На 5 сутки идет снижение ЛИИ в обеих группах, но достоверно более снижен ЛИИ при назначении ИК излучения (соответственно $1,2 \pm 0,03$ и $1,5 \pm 0,04$). И к моменту выписки из стационара у больных получавших ИК ЛИИ достигал нормы ($0,9 \pm 0,01$), в то время как у второй группы он был повышенным ($1,1 \pm 0,03$). Это положение подтверждает значимость ИК излучения в профилактике воспалительного процесса и является основанием для рекомендации применения ИК в послеоперационном периоде после любой операции на печени, и после оперативного вмешательства, выполненного по поводу заболеваний органов брюшной полости.

В послеоперационном периоде мы также проследили за течением раневого процесса с использованием определения зоны инфильтрации операционной раны в сроки 1,3,5 сутки (эхоморфометрия) при осложненном и не осложненном течении. Результаты этого исследования представлены в таблице 4.2.2.3.

Таблица 4.2.2.3 – Показатели эхоморфометрии операционной раны в различные сроки после операции (в см) у больных с различным течением после операции

Группы обследованных	Всего обследовано	Стат. показ.	Обследованы в сроки			
			1 сутки	3 сутки	5 сутки	при выписке
Без осложнений	48	$M_1 \pm m_1$	$1,5 \pm 0,02$	$2,4 \pm 0,001$	$2,1 \pm 0,002$	$1,4 \pm 0,003$
С осложнениями	6	$M_2 \pm m_2$	$1,6 \pm 0,01$	$3,2 \pm 0,002$	$4,1 \pm 0,003$	нагноение раны
Р - степень достоверности		$M_1 - M_2$	$>0,05$	$<0,01$	$<0,001$	

Мы проследили за динамикой показателей эхоморфометрии у больных без осложнений и отметили, что на 3 сутки, как правило, зона инфильтрации увеличивается, а затем идет постепенное ее уменьшение, а при осложнении после 3 суток зона инфильтрации продолжает увеличиваться и уже после 5 суток возникает нагноение раны.

Выполненная эхоморфометрия послеоперационных ран показала, что в динамике на 3 сутки зона инфильтрации существенно увеличивается ($P < 0,01$), а затем идет постепенное ее уменьшение. Но при возникновении воспалительного процесса в ране, на 5 сутки зона инфильтрации не только не уменьшается, а в ряде случаев остается на уровне 3 суток или даже выше ($P < 0,001$). Эти показатели морфометрии явились для нас прогностическим тестом и в случае повышения зоны инфильтрации на 5 сутки мы расценивали как возникновение воспаления в ране, при этом усиливали противовоспалительную терапию и выполняли ревизию раны, что предотвращало нагноение.

В процессе работы мы сопоставили показатели эхоморфометрии ран при использовании ИК излучения и без его применения (табл. 4.2.2.4).

Таблица 4.2.2.4 – Динамика показателей эхоморфометрии (в см) с применением ИК излучения на область раны

Группа	Всего обследовано	Сроки обследования (сутки)		
		1 сутки	3 сутки	5 сутки
Получали ИК, $M_1 \pm m_1$	82	$1,6 \pm 0,001$	$2,7 \pm 0,003$	$1,8 \pm 0,007$
Не получали ИК, $M_2 \pm m_2$	24	$1,8 \pm 0,002$	$3,2 \pm 0,001$	$2,2 \pm 0,003$
Р степень достоверности		$>0,05$	$<0,001$	$<0,01$

Результаты эхоморфометрии ран подтвердили ценность применения ИК излучения в профилактике раневых осложнений.

На ценность показателей эхоморфометрии в диагностике ранней фазы воспаления указывали также Оморов Р.А. и Осмоналиев Э. (2007), Оморов Т.Б. (2018), Касенов А. (2020), которые исследовали эффективность ряд мер профилактики раневых осложнений при остром холецистите. Ценность эхоморфометрии ран еще и в том, что она позволяет выявить серому, гематому в различных слоях раны и выполнить своевременно адекватное лечение или меры профилактики.

Лечение осложнений, возникших после операции заключалось в выполнении плевральной пункции при плевритах, при желчеистечении была такая же тактика, как и в контрольной группе, при нагноении ран в лечении использовали озонированные растворы, а после очищения раны – повязки с озонированным маслом. Инфильтратов раны в основной группе мы не наблюдали.

Сроки стационарного лечения у больных основной группы без осложнений составили $7,1 \pm 0,18$, а при осложненном течении (было 9 больных- $12,1 \pm 0,92$ койко-дней). Лечение осложнений не было особенно сложным, но все же требовало более длительного стационарного лечения.

Резюме

Основную группу составили 114 больных эхинококкозом печени из них с рецидивом эхинококкоза поступило 17 больных (14,9%). Из числа наблюдаемых осложненная форма (нагноение, разложение, прорыв в брюшную полость) выявлены у 46 (40,3%).

В оперативном лечении были использованы органосохраняющие операции (абдоминализация, капитонаж, инвагинация) и радикальные (резекция печени, перицистэктомия, энуклеация).

Учитывая частоту и характер осложнений в контрольной группе, мы в основной группе лишь в редких случаях использовали методику капитонажа и

инвагинации, а чаще из органосохраняющих операций применяли абдоминализацию. Метод менее травматичен, но требует тщательного контроля для выявления желчных свищей и их ушивание, но мы при абдоминализации обязательно к оставшейся части фиброзной капсуле фиксировали прядь сальника. Из 58 больных, которым выполнены органосохраняющие операции осложнения имели место у 4 (6,9%).

Из радикальных операций в большинстве случаев отдавали предпочтение перицистэктомии и при этой методике у 15 при ушивании ложа кисты использовали гемостатическую коллагеновую губку. После радикальных операций из 56 оперированных осложнения выявлены у 4 (7,1%).

Все усилия в основной группе были направлены на профилактику осложнений и с этой целью при ликвидации полости фиброзной полости у 32 больных была применена коллагеновая губка (у 12 при капитонаже и у 15 при перицистэктомии и у 5 при инвагинации) и ее использование оказалось оправданным, так как после операции не наблюдалось температурной реакции, не увеличивалось количество лейкоцитов и не повышался ЛИИ, а УЗИ подтверждало благоприятное течение раневого процесса. К моменту выписки лишь у 1 отмечено наличие остаточной полости небольших размеров (не более 2см) без наличия жидкости, не выявлено показаний для пункции полости, а в отдаленные сроки отмечено уменьшение размера полости и не было выявлено признаков воспаления.

Второй мерой профилактики было применение ИК излучения области операционной раны, начиная со вторых суток после операции, что позволило снизить частоту раневых осложнений и плеврита. В этой группе плеврит осложнил послеоперационный период у 4 больных и кроме того течение его было не тяжелым, мы объясняем это не только периоперационным применением антибиотиков, выбором доступа и разработанным критерием, но и влиянием ИК излучения, которое оказывает не только местное, но и общее воздействие на организм.

Ближайшие результаты подтвердили целесообразность использования

примененных нами мер профилактики осложнений.

Анализ эхоморфометрии показал, что эту методику можно использовать для ранней диагностики воспаления в ране и применить меры для предотвращения нагноения.

Полученные результаты больных основной группы показали, что улучшение можно добиться путем расширения частоты показаний для таких операций как перицистэктомия и резекция печени. Из органосохраняющих операций более целесообразно выполнять абдоминализацию полости фиброзной капсулы.

Результаты наших исследований показали, что при эхинококкозе нередко выявляются сопутствующие заболевания, требующие оперативного лечения (16 чел.). Выполнение симультанной операции не отягощает состояние больных, из 16 оперированных у одного отмечено осложнение – нагноение раны, а других осложнений мы не наблюдали.

При анализе осложнений после радикальных и органосохраняющих операций установлено, что достоверных различий не наблюдалось, соответственно после органосохраняющих у 5 из 58 (8,6%) и после радикальных у 4 из 56 (7,1%) и в этой группе мы достоверных различий в частоте осложнений после органосохраняющих и радикальных операций не обнаружили.

При осложненном эхинококкозе печени осложнения отмечены у 5 из 46 оперированных (10,5%), а при не осложненном у 3 из 68 оперированных (4,4%), различия достоверны.

ГЛАВА 5. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ КОНТРОЛЬНОЙ И ОСНОВНОЙ ГРУПП

Для подтверждения равнозначности обеих оперированных групп эхинококкозом печени мы сравнили основные клинические показатели. Как в контрольной, так и в основной группе среди поступивших преобладали женщины в сравнении с мужчинами и в обеих группах больше было больных в возрасте до 40 лет, следовательно в плане возраста и пола обе группы были равнозначны.

По давности заболевания, небольшие колебания в сроках не носили достоверных различий (табл. 5.1). Большинство отметили появление жалоб в сроки до одного года (в основной группе – 67,5% и в контрольной 74,6%).

Таблица 5.1 - Сроки заболевания больных контрольной и основной групп

Сроки	Основная гр.		Контрольная гр.	
	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

Кисты чаще локализовались в правой доле печени и реже в левой, но и поражение обеих долей были довольно частым (рис. 5.1) в обеих долях. Более частым поражение правой доли обусловлено анатомическими особенностями ее и кровоснабжением.

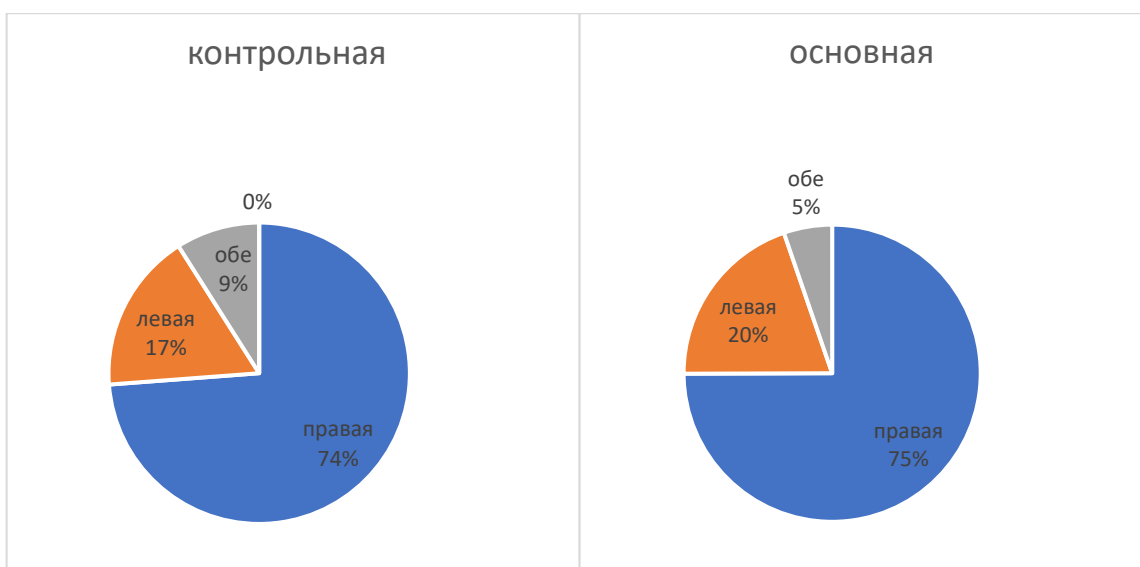


Рис. 5.1. Локализация кист у больных контрольной и основной групп (%).

Мы также сопоставили размеры кист в обеих группах и при этом анализ показал, что достоверных различий нет, в обеих группах преобладали кисты средних и больших размеров (рис. 5.2), гигантские кисты имели место по 2 наблюдениям в каждой группе.

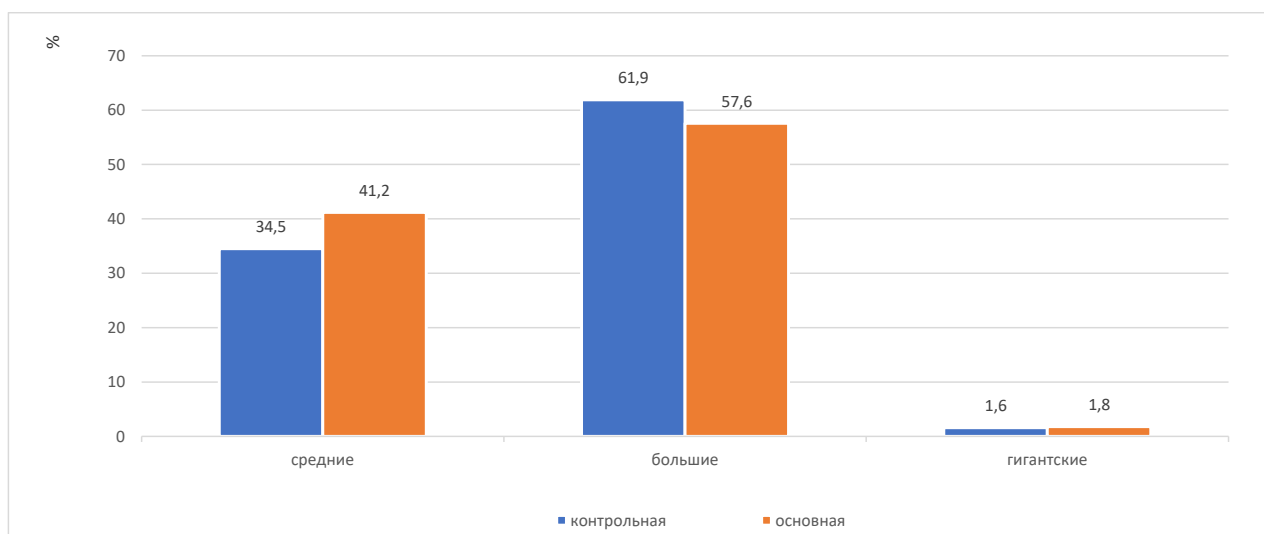


Рис. 5.2. Размеры кист контрольной и основной групп (в %).

Мы обратили внимание на частоту и удельный вес осложнений эхинококкоза печени по отношению ко всем поступившим и при этом отметили, что в обеих группах имели место как нагноение, разложение и прорыв кист и их частота были на одинаковом уровне в контрольной и основной группе, лишь

разложение чаще отмечено в основной группе в сравнении с контрольной (соответственно 15,4 и 7,5%), а прорыв кист в желчные протоки имел место у 2 больных контрольной группы, а перфорация кисты выявлена по одному наблюдению в каждой группе.

Всего осложненных форм эхинококкоза в контрольной группе было у 30 из 122 поступивших (24,6%), а в основной у 46 из 114 (40,3%) (рис. 5.3). Следовательно, в основной группе было больше больных с осложненными формами эхинококкоза.

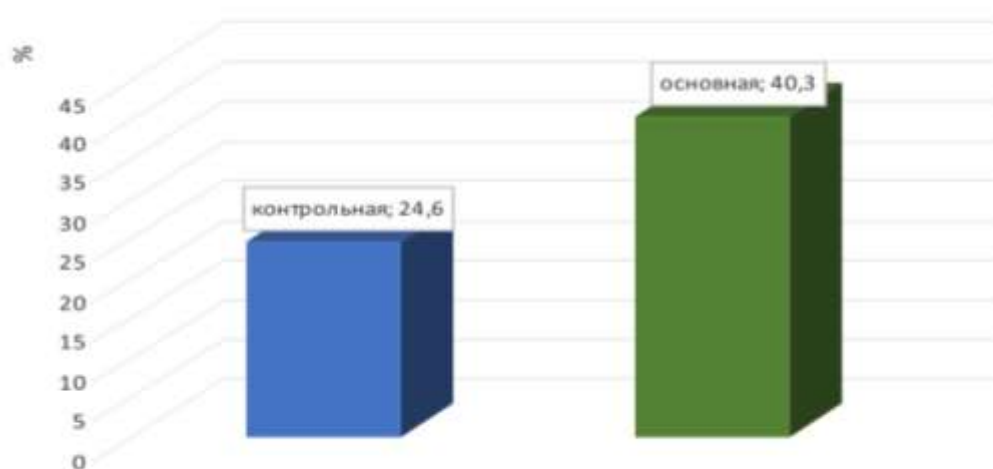


Рис. 5.3. Частота осложненных форм эхинококкоза печени в контрольной и основной группах.

В процессе обследования обращено внимание на частоту и характер сопутствующих заболеваний в обеих группах, которые нуждались в оперативном лечении. В контрольной группе было 11 пациентов (9%), а в основном 16 (14%).

В обеих группах сердечно-сосудистая патология и хронические бронхолегочные заболевания выявлены у единичных больных и в основном у лиц старше 50 лет, а сопутствующие заболевания, которые требовали оперативного лечения в контрольной группе обнаружено у 11, а в основной у 16 больных, им выполнены симультанные операции.

Все больные оперированы, операции выполнены под эндотрахеальным обезболиванием и их типы были равнозначными, но имелись различия в

количестве произведенных операций (табл. 5.2).

Обеззараживание проводили 0,02% раствором декасана применение которого обосновано экспериментальными и клиническими исследованиями Алиевым М. Ж.(2015) и озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл обоснованным исследованиями Акешовым А.Ж. и Максут уулу Э. (2008).

В контрольной группе из органосохраняющих операций чаще выполнялись инвагинация, абдоминализация и капитонаж, а при показаний и радикальные: перицистэктомия и резекция печени.

Таблица 5.2 – Перечень 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
абдоминализация	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
симультаные операции	16	14,1	-	11	9,0	6
	114	100,0	9 (7,92%)	122	100,0	35 (28,7%)

Анализ осложнений после операций у больных контрольной группы показал, что осложнения чаще наблюдались при осложненных формах эхинококкоза и при необоснованном выборе способа метода операции. Частота осложнений составила 28,7%.

Наиболее часто возникали плевриты, лечение которых требовало более длительного стационарного лечения и возникновение остаточной полости, в которой возникало нагноение, что требовало дренирования полости и часто возникали раневые осложнения. Полученные сведения о результатах оперативного лечения больных контрольной группы потребовали разработки мер профилактики для пересмотра подхода к лечению осложнений эхинококкозом печени и использованием ряд мер профилактики.

В основной группе для профилактики осложнений у 32 больных использовали гемостатическую коллагеновую губку (у 15 при перицистэктомии, у 12 при капитонаже и у 5 при инвагинации). Послеоперационный период протекал более благоприятно, но при выписке из стационара у одного пациента обнаружена остаточная полость размером 2,0 x 2,0 см без воспалительных изменений. При исследовании клинических, лабораторных (ЛИИ) показателей у больных, которым была использована губка и при этом воспалительных явлений не обнаружено.

В основной группе для профилактики воспалительных осложнений было использовано ИК излучение на область операционной раны и при этом установлено, что применение этой меры предотвращает возникновение осложнений после операции у больных эхинококкозом печени. Динамика ЛИИ подтверждала это положение (рис. 5.4), снижение ЛИИ шло быстрее у больных, которые получали ИК излучение.

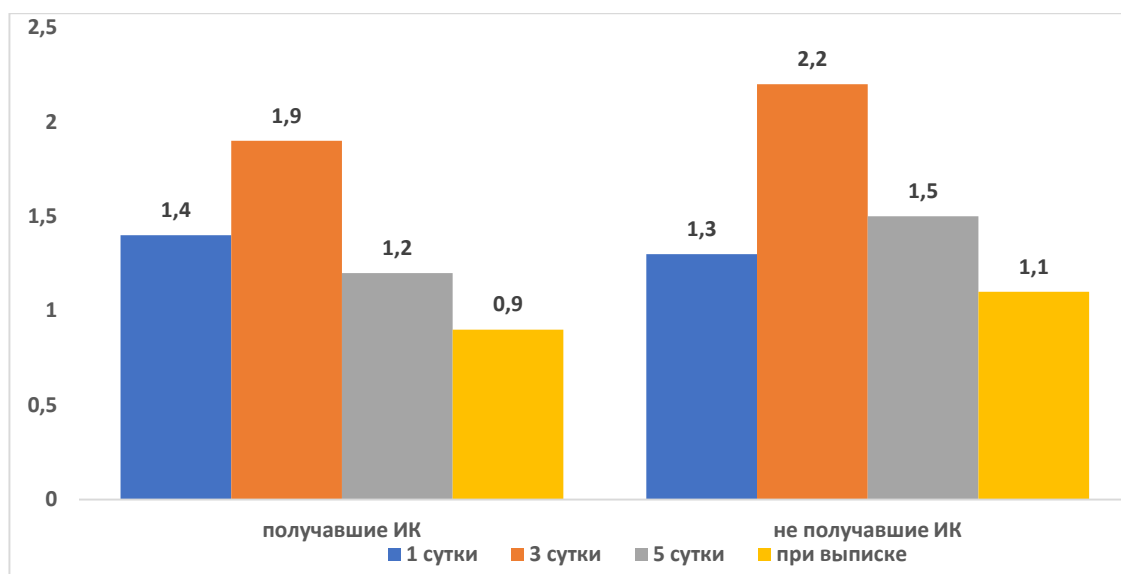


Рис. 5.4. Динамика ЛИИ при использовании ИК излучения.

Также при использовании ИК излучения мы проследили за течением раневого процесса (рис. 5.5).

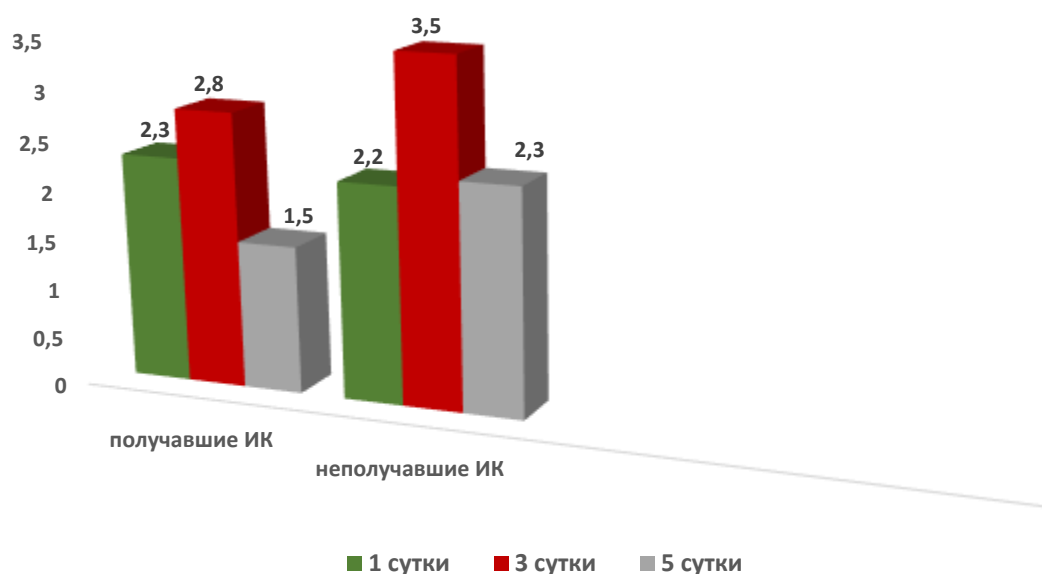


Рис. 5.5. Динамика эхоморфометрии ран при использовании ИК излучения на область раны (в см).

При использовании ИК излучения при благоприятном течении зона операционной раны на 3 сутки повышалась, а затем с увеличением срока после операции она уменьшалась, в то время как при неблагоприятном течении – на 5 сутки она оставалась на уровне 3 суток или увеличивалась, это свидетельствовало о возникновении воспаления в ране и требовало применения дополнительного противовоспалительного лечения или ревизии раны, чтобы предотвратить развитие нагноения.

В процессе наблюдения за оперированными больными мы исследовали показатели функционального состояния печени (табл. 5.3).

Считали необходимым определить основные показатели функции печени. Результаты исследования даны в таблице 5.3.

Таблица 5.3 – Результаты исследования функции печени при эхинококкозе до и после операции.

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

При определении функционального состояния печени при эхинококкозе обнаружены нарушения в обеих наблюдаемых группах, которые отмечены в повышении уровня билирубина и трансаминаз. К моменту выписки показатели улучшились более значимо в основной группе, но при сравнении с нормой лишь уровень билирубина и тимоловой пробы были на уровне практически здоровых лиц, а показатели трансаминаз достоверно отличались от нормы. Это явилось основанием назначать больным не только в период пребывания в стационаре препараты улучшающие функции печени, но и рекомендовать их прием после выписки.

Показатели эхоморфометрии ран позволяют выявить возникновение воспаления в ранней фазе его развития и применить меры профилактики для его прогрессирования.

Располагая наблюдением за течением и лечением остаточной полости после операции эхинококкэктомии в контрольной и основной группах нами был построен алгоритм (рис. 5.6) лечения остаточных полостей.

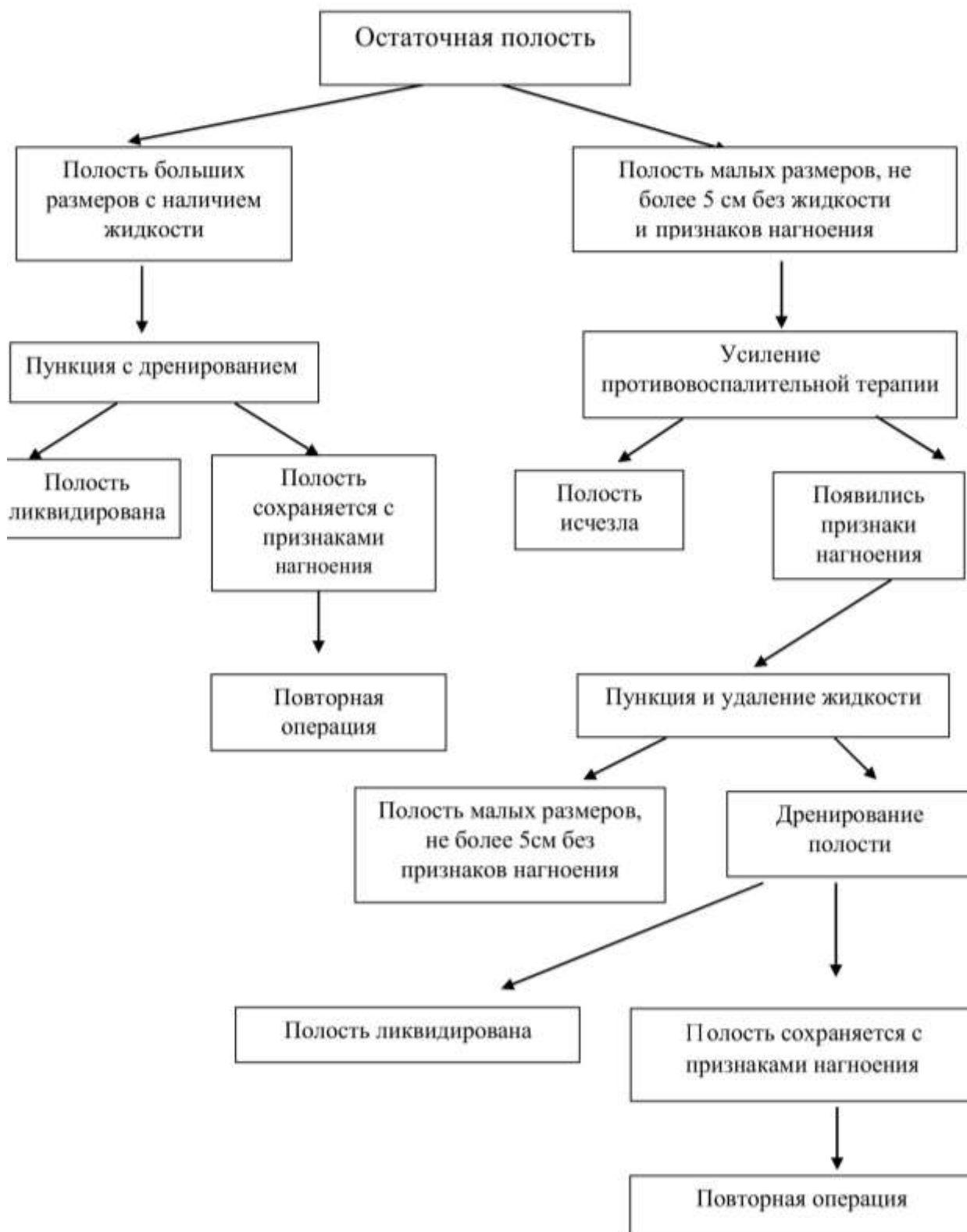


Рис. 5.6. Алгоритм лечения остаточной полости печени после эхинококкэктомии.

В целом органосохраняющие операции в контрольной группе выполнены у 78 больных, осложнения выявлены у 20 (25,6%), а после радикальных операций из 44 осложнения обнаружены у 10 (22,7%).

В основной группе органосохраняющие операции выполнены у 58 осложнения возникли у 5 (8,6%), а радикальные у 56 и осложнения у 4 (7,1%). Использование разработанных мер профилактики повысило эффективность оперативного лечения больных эхинококкозом, и при этом установлено, что осложнения в ближайшие сроки после операции были почти на одинаковом уровне как при органосохраняющих, так и радикальных операциях.

Резюме

Сравнительный анализ больных эхинококкозом печени контрольной и основной групп показал, что обе группы по основным клиническим показателями (пол, возраст, срок заболевания, удельный вес сопутствующей патологии) и частоте осложненных форм обе группы были равнозначны, небольшие колебания не носили достоверных различий.

Типы оперативных вмешательств были также равнозначны, но в частоте их выполнения были различия. В контрольной группе из органосохраняющих операций чаще выполняли методику капитонаж, инвагинация и абдоминализация, а из радикальных перицистэктомия и резекция печени. Осложнения после операции возникли у 35 (28,7%), что требовало более длительного стационарного лечения.

Анализ причин возникновения осложнений показал, что они чаще возникали у больных с такими формами осложнений эхинококкоза печени как нагноение, разложение и при неправильно обоснованном выборе метода эхинококкэктомии. Учитывая эти обстоятельства в лечении больных основной группы были использованы меры профилактики осложнений. Расширены показания к перицистэктомии, использована гемостатическая коллагеновая губка для профилактики осложнений и для профилактики воспалительных осложнений было применено ИК излучение на область операционной раны,

начиная со вторых суток после операции, что позволило снизить частоту раневых осложнений и плеврита. В основной группе плеврит осложнил послеоперационный период у больных и кроме того течение его было не тяжелым, мы объясняем это не только периоперационным применением антибиотиков, но и влиянием ИК, которое оказывает не только местное, но и общее противовоспалительное воздействие.

В послеоперационном периоде оценивали динамику течения раневого процесса путем использования эхоморфометрии ран и при этом установили, что применение ИК излучения способствует благоприятному течению и в то же время этот метод позволяет выявить начальную фазу воспаления и предотвратить нагноение.

После органосохраняющих операций осложнения имели место у 5 из 58 (8,6%), а после радикальных у 4 из 56 (7,1%) оперированных. Следовательно частота осложнений остается на одном уровне при обеих типах операций, но их частота ниже, чем у больных контрольной группы. В целом в основной группе осложнения составили 7,9%.

Ближайшие результаты подтвердили целесообразность использования предложенных нами мер, направленных на предотвращение осложнений и рекомендовать их в лечении эхинококкоза любой локализации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Одной из актуальных проблем медицины является лечение больных эхинококкозом печени, так как в настоящее время отмечается рост заболеваемости в многих странах мира, а в Центрально-Азиатском регионе особенно. Это положение наблюдается и в Кыргызской Республике. Кроме того, большой удельный вес среди поступивших занимают осложненные формы эхинококкоза. Несмотря на успехи, достигнутые в изучении этиологии, патогенеза, диагностики и лечения, многие вопросы лечения эхинококкоза остаются еще до конца нерешенными. Отсутствие специфических признаков в ранние сроки заболевания является одной из причин позднего поступления больных, когда уже возникли осложнения, лечение которых более сложное.

К настоящему времени предложено множество рекомендаций и разработанных методов оперативного лечения, но частота послеоперационных осложнений еще остается на высоком уровне и колеблется в пределах 16-38%, что требует разработки новых или совершенствования известных методов, направленных на повышение эффективности оперативного лечения больных эхинококкозом печени эти результаты были учтены нами при хирургическом лечении пациентов основной группы.

Оперативное лечение выполнено у 236 пациентов, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек. Из числа поступивших больший удельный вес занимали женщины и реже мужчины, при этом у большинства возраст был до 40 лет (61,3%).

В результате выполненных обследований отмечено, что наиболее часто поражалась правая доля печени и нередко обнаруживали осложненные формы эхинококкоза (нагноение, разложение, прорыв кисты), которые составили 32%. Сопутствующие патологии обнаружены у 61 больных (25,9%), при чем у 27 пациентов выявлены заболевания, которые требовали оперативного лечения (холецистит калькулезный, грыжа) (11,4%).

В обследовании больных использовали объективные, лабораторные и инструментальные методы, которые позволяли определить характер заболевания и своевременно выявить осложнения в послеоперационном периоде и принять меры для предотвращения их прогрессирования.

Чтобы можно было судить об эффективности использованных нами мер профилактики мы оперированных разделили на две группы. Одну (122) составили больные, у которых был применен традиционный подход к лечению больных эхинококкозом, методы оперативного лечения (органосохраняющие и радикальные) и меры профилактики раневых осложнений (антибиотики – до операции и к концу ее – внутривенно).

Вторую группу составили 114 пациента, у которых мы использовали разработанные нами меры выбора доступа и профилактики остаточных полостей и воспалительных осложнений. Обе группы по характеру заболевания, полу и возрасту, а также частоте сопутствующих заболеваний и осложнений эхинококкоза были равнозначны, небольшие колебания не носили достоверных различий.

Обеззараживание плодоносных элементов эхинококкоза в обеих группах осуществлялось озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и 0,02% концентрацией декасана. Алиев М.Ж. (2015) на основании экспериментальных исследований на животных и использования этих средств в клинике установил, что декасан в концентрации 0,02% обладает сколексоцидным и бактерицидным действием (патент) и экспозиция в 5 минут достаточна для гибели плодоносных элементов эхинококкоза, а Максут уулу Эрлан (2010) и Акешов А.Ж. (2008) обосновали применение озонированных растворов для обеззараживания. Авторы показали, что декасан и озонированные растворы проникают не только в капсулу, но и в перикапсулярную ткань печени.

При оценке исходов операции пациентов контрольной группы у которых из органосохраняющих операций выполняли капитонаж, инвагинацию, абдоминализацию, а из радикальных перицистэктомию и резекцию печени и при этом было установлено, что осложнения имели место у 35 оперированных, что

составило 28,7%. Наиболее часто послеоперационный период осложнялся возникновением остаточной полости (6,6%), плевритом (11,5%) и раневыми осложнениями (4,1%), а у одного возникло внутрибрюшное кровотечение, потребовавшее повторной операции. Кровотечение обусловлено было повреждением сосудов при наложении кисетного шва.

К моменту выписки у двух больных было обнаружено остаточная полость без наличия жидкости и воспалительных явлений за ними продолжено наблюдения а у 6 с наличием жидкости что потребовало лечения.

Лечение осложнений заключалось в следующем: при остаточной полости с наличием жидкости (было 6 чел.) у двух удалось добиться излечения пункцией под контролем УЗИ, у двух дренированием с ежедневной санацией, а у двух возникла необходимость в открытом дренировании. При возникновении плеврита – выполняли плевральную пункцию, при желчеистечении – общее лечение и следили за количеством выделяемой желчи, во всех случаях желчеистечение прекратилось самостоятельно, повторная операция не потребовалась. При нагноении раны применяли традиционное лечение с учетом фазы раневого процесса. Частота осложнений контрольной группы подтвердил необходимость поиска новых мер профилактики остаточной полости и раневых осложнений, на что и были направлены наши разработки в лечении больных основной группы.

Вторую группу основную составили 114 пациента у которых выполнялись те же типы операций, что и в первой группе. Выбор операционного доступа при расположении кист эхинококкоза в 7-8 сегментах печени выполнялся с учетом эхоморфометрических критериев (высота стояния диафрагмы и ее подвижность, толщина печеночной ткани над кистой).

В профилактике остаточной полости в основной группе нами использована гемостатическая коллагеновая губка, которую хирурги используют для гемостаза. Губка выпускается ЗАО ФНПЦ + БЕЛКОЗИН (Россия), она мелкопористая и способна впитывать отделяемое, а фурациллин, входящий в ее состав обеспечивает бактерицидное действие. Ее мы применяли для

профилактики остаточной полости при ликвидации полости капитонажем (у 12 больных) у 2 при инвагинации, и при перицистэктомии у 15. Губку укладывали между кисетными швами при капитонаже и в ложе при перицистэктомии и инвагинации, так как при этих методах часто наблюдается скопление жидкости, которая может нагноиться и течение после операции будет тяжелым. Через оставленный микроирригатор на протяжении 2-3 дней выполняли активную аспирацию. При использовании губки в послеоперационном периоде нами не отмечено повышения температуры тела, увеличения количества лейкоцитов и ЛИИ.

Это подтвердило возможность применения коллагеновой губки для профилактики остаточной полости. К моменту выписки у одного пациента при использовании методики капитонажа обнаружена остаточная полость, не более двух см, без наличия жидкости. С увеличением срока после операции полость уменьшалась и наличия жидкости в ней не обнаружено.

Также мерой профилактики явилось орошение брюшной полости после удаления кисты и орошение операционной раны перед ее ушиванием озонированным раствором для снижения обсемененности раны и дополнительно включено инфракрасное лазерное облучение на область раны с экспозицией 10 минут, которое проникает на глубину 2-3см и оказывает не только местное, но и общее воздействие на организм (противовоспалительное, антиоксидантное и иммунокорректирующее). Как утверждают многие исследователи (Н.Н. Никитина, 2007; Е.С. Тучина и соавт., 2008; И.О. Походенько-Чудакова и Н.Н. Чешко, 2013) инфракрасные лучи улучшают микроциркуляцию крови, оказывают болеутоляющее действие и ускоряют регенерацию клеток.

Для оценки влияния ИК мы выполнили в динамике эхоморфометрию ран и сравнили с течением раневого процесса у больных, которые получали ИК и не получали и при этом отметили более благоприятное течение раневого процесса у больных, получавших ИК.

Применение этих методов профилактики позволило снизить частоту осложнений с 28,7% до 7,9% (почти в 4 раза), частота остаточной полости

уменьшились с 6,6% до 0,8%.

В основной группе также удалось снизить частоту плевритов и отметить более легкое их течение. Если у больных контрольной группы плевральные пункции осуществлялись 3-4 раза и лишь после этого жидкость не накапливалась, то у больных основной группы уменьшилась не только частота плевритов, но и их течение было более легкое, а лечение требовало не более 1-2 пункций. Снижение частоты плевритов и их более легкое течения мы объясняем влиянием инфракрасного лазерного облучения, которое оказывает и общее воздействие на организм. Здесь также нельзя исключить и влияние строго дифференцированного подхода к выбору доступа при расположении кист в 6-7-8 сегментах печени, при которых для доступа мы использовали эхоморфометрические критерии. В результате использованных мер удалось снизить частоту плевритов с 11,5% до 3,5%.

В контрольной и основной группах мы выполняли и симультанные операции (27 чел.), считая их необходимым, так как оставление холецистэктомии на второй этап или грыжи является большим риском, их обострение или ущемление после эхинококкэктомии повторная операция более сложна для врача и больного, а оставление эхинококкоза на второй этап лечения после холецистэктомии чревато более быстрым ростом и возникновением осложнений (нагноение, перфорации). Выполнение симультанных операций незначительно увеличивало продолжительность операций и сроки пребывания в стационаре, эти операции выполнялись в большинстве случаев из единого доступа и не представляли затруднений в осуществлении всех этапов и лишь у больных с грыжей – операция была выполнена из двух доступов.

Всем оперированным больным контрольной и основной группы при выписке рекомендовали прием альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза.

Выполненные нами исследования, посвященные оперативному лечению эхинококкоза показали, что улучшение результатов операции можно достичь при раннем выявлении заболевания до развития осложнений, тщательного

обследования до операции, выбора адекватного доступа и метода эхинококкэктомии и использование орошения раны озонированным раствором, гемостатической коллагеновой губки и инфракрасного лазерного излучения, что явилось решением нашей цели и задач 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 метода эхинококкэктомии и технические погрешности).

2. При капитонаже и инвагинации с целью профилактики остаточной полости, а при перицистэктомии с целью гемостаза и профилактики желчеистечения целесообразно использовать гемостатическую коллагеновую губку, она не вызывает воспалительной реакции и метаболических нарушений. После инвагинации, капитонаже и перицистэктомии остаточная полость обнаружены у одного из 32 больных, у которых применена губка (3,1), а в контрольной группе из 69 у 8 (11,6%).

3. Инфракрасное облучение операционной раны после эхинококкэктомии способствует благоприятному течению раневого процесса и позволяет снизить частоту раневых осложнений. Эхоморфометрия раны – достоверный показатель возникновения воспаления в ране в начальной фазе его развития и может быть использована при любой операции, выполненной по поводу заболеваний органов брюшной полости.

4. Сравнительная оценка результатов лечения больных контрольной и основной групп подтвердила эффективность использованных мер профилактики осложнений которые, удалось снизить в 3,5 раза (с 28,7% до 7,9%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

- При поступлении больных с эхинококкозом печени необходимо выявлять сопутствующие заболевания, которые требуют оперативного лечения и планировать выполнение симультанных операций.
- Если необходимо выполнить перицистэктомию 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.
- Для профилактики раневых осложнений применять инфракрасное излучение на область операционной раны, начиная со второго дня после операции, на курс 4-5 облучений.
- 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.
 - Для решения тактики при наличии остаточной полости использовать разработанный нами алгоритм.
- При обнаружении заболеваний, которые требуют оперативного лечения следует выполнить симультанную операцию, что позволит больному одномоментно 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.
- После выписки из стационара продолжить назначение препаратов, улучшающих функцию печени, так как при эхинококкозе оперативное и медикаментозное лечение не полностью корригируют нарушения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авасов, Б.А. Профилактика осложнений при резекции печени у больных эхинококкозом [Текст] / Б.А. Авасов // Вестник хирургии Казахстана.- 2014.- №1.- С. 45-49.
2. Авторское свидетельство СССР №344853 от 04.08.82 / В.А. Гладков, Н.В. Трофимов // Инструмент для пункции эхинококковых кист.
3. Авторское свидетельство А/61; В17/34 №1528465 от 1999 выданное Кыргызпатентом Троакар – эхинококкотом / М.Г. Кенжаев, Б.А. Акматов, А.Ы. Жолдошев.
4. Агаев, Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений [Текст] / Р.М. Агаев // Хирургия.- 2001.- №2.- С. 32-36.
5. Агаев, Р.М. Роль лазерной терапии в снижении осложнений после эхинококкэктомии печени [Текст] / Р.М. Агаев, Б.А. Агаев // Анналы хирургической гепатологии.- 2015.- Том 10, №2.- С. 96-97.
6. Айбашов, Х.А. К хирургическому лечению эхинококкоза печени у детей [Текст] / Х.А. Айбашов // Материалы международной научно-практической конференции. Москва.- 2011.- С. 151-153.
7. Айтназаров, М.С. Особенности клиники, диагностики и оперативного лечения эхинококкоза печени диафрагмальной локализации [Текст] / М.С. Айтназаров: Автореф. дисс. канд. мед.наук. 14.00.27.- 2008.- 20с.
8. Акешов, А.Ж. Профилактика рецидива эхинококкоза печени [Текст] / А. Ж. Акешов, А.И. Мусаев, Э. Максут уулу // Центрально-Азиатский медицинский журнал. Бишкек.- 2008.- Том XIV, приложение 2.- С. 25-28.
9. Акматов, Б.А. Термический способ обеззараживания полости фиброзной капсулы [Текст] / Б.А. Акматов // Хирургия.- 1989.- №8.- С. 123-125.
10. Акматов, Б.А. Эхинококкоз (эпидемиология, раннее выявление, диагностика, лечение) [Текст] / Б.А. Акматов // Бишкек: Кыргыз глав полиграф комбинат.- 1994.- 158с.
11. Алибегов, Р.А. Резекция печени при очаговых поражениях [Текст] /

Р.А. Алибегов // *Анналы хирургической гепатологии.*- 2008.- Том 13, №3.- С. 84-85.

12. Алиев, М.Ж. Эффективность метода обеззараживания полости фиброзной капсулы [Текст] / М.Ж. Алиев: автореф. дисс. канд. мед.наук. 14.01.17Бишкек.- 2015.- 21с.

13. Алиханов, Р.Б. Эндовидеохирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] / Р.Б. Алиханов, С.И. Емельянцов, М.А. Хамидов // *Анналы хирургической гепатологии.*- 2008.- Том 13, №3.- 205с.

14. Альперович, Б.И. Оперативные вмешательства при эхинококкозе, их классификация [Текст] / Б.И. Альперович // *Анналы хирургической гепатологии.*- 1999.- Том 11, №1.- С. 104-106.

15. Альперович, Б.И. Хирургия очаговых поражений печени [Текст] / Б.И. Альперович // *Хирургия очаговых поражений печени.*- 2002.- С. 20-25.

16. Альперович, Б.И. Хирургические вмешательства при эхинококкозе и пути профилактики рецидивов [Текст] / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало // *Анналы хирургической гепатологии.*- 2005.- Том 10, №2.- 98с.

17. Амонов, Ш.Ш. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / Ш.Ш. Аманов, Д.А. Рахманов, З.Ш. Файзиев // *Вестник Авиценны.*- 2019.- Том 21, №3.- С. 480-485.

18. Анваров, Х.Э. Применение бесконтактной аргоноплазменной коагуляции при эхинококкэктомии из труднодоступных сегментов печени [Текст] / Х.Э. Анваров // *Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии.* Минск.- 2016.- С. 315-316.

19. Анваров, Х.Э. Особенности диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени и его осложнений [Текст] / Х.Э. Анваров // *Вестник экстренной медицины.*- 2017.- Том 1.- С. 97-101.

20. Аничкин, В.В. Метод атипичной резекции печени с антипаразитарной обработкой печеночной ткани смесью глицерина и 1-2% раствора альбендазола в димексиде у пациентов с эхинококкозом печени [Текст] / В.В. Аничкин, Э.А. Повелица, В.В. Мартынюк // *Новости хирургии.*- 2014.- Том 22, №3.- С. 360-365.

21. Арчвадзе, Б. Хирургическое лечение больших и гигантских эхинококковых кист печени [Текст] / Б. Арчвадзе, В. Тедорадзе, Г. Сабашвили // Актуальные проблемы гепатобилиарной хирургии: материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ. Ташкент.- 2015.- С. 110-111.

22. Аскерханов, Р.П. Хирургия эхинококкоза [Текст] / Р.П. Аскерханов // Дагестанское книжное издательство.- 1976.- 372с.

23. Ахмадзода, С.М. Фитазид – новый антисептик противопаразитарного действия [Текст] / С.М. Ахмадзода, А.Х. Кадиров, Т. Зубайдова // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарных хирургов: материалы XXV международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов. Алматы.- 2018.- С. 21-22.

24. Ахмедов, И.Г. Рецидив эхинококковой болезни, патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение [Текст] / И.Г. Ахмедов: Автореф. дисс. докт. мед.наук. 14.01.17. Махачкала.- 2006.- 21с.

25. Ахмедов, И.Г. Ультразвуковое исследование в диагностике гидатидозного эхинококкоза печени [Текст] / И.Г. Ахмедов, И.А. Мирходжаев, А.З. Исамутдинов // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского.- 2011.- Том 6, №2.- С. 135-136.

26. Ахмедов Р.М. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени [Текст] / Р.М. Ахмедов, А.И. Мирходжаев, У.Б. Шарипов // Анналы хирургической гепатологии.- 2010.- №3.- С. 99-105.

27. Ахмедов Р.М. Эхинококкоз пути решения проблем диагностики и лечения [Текст] / Р.М. Ахмедов, Б.Б. Муаззамов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 270-271.

28. Ахмедов С.М. Решение проблемы гемостаза при операциях на печени [Текст] / С.М. Ахмедов // Анналы хирургической гепатологии.- 2006.- Том 11, №3.- С. 139-140.

29. Ахмедов С.М. Резекция печени при эхинококкозе [Текст] / С.М. Ахмедов, Н.К. Иброхимов, Б.Д. Сафаров // Анналы хирургической гепатологии.-

2014.- Том 19, №2.- С. 49-53.

30. Ахунбаев, И.К. Эхинококкоз легких и его хирургическое лечение [Текст] / И.К. Ахунбаев, Н.И. Ахунбаева // Фрунзе: Кыргызстан.- 1977.- 312с.

31. Ашимов, И.А. Современные тенденции в применении лапароскопической диагностики заболеваний брюшной полости [Текст] / И.А. Ашимов, А.Т. Тойгонбаев, Ю.К. Уметалиев // Материалы II съезда хирургов Кыргызстана. Бишкек.- 1995.- С. 18-20.

32. Бабабейли, Э.Ю. Сравнительная характеристика методов хирургического лечения больных с эхинококкозом печени [Текст] / Э.Ю. Бабабейли // Вестник хирургии Казахстана.- 2013.- №3.- С. 11-14.

33. Бабакулов, К.К. Профилактика в момент операции и после нее [Текст] / К. Бабакулов // Известие ВУЗов. Бишкек.- 2008.- №7-8.- С. 75-77.

34. Байгазаков, А.Т. Способ пункции паразитарных, эндометриоидных, дермоидных кист органов брюшной полости и малого таза [Текст] / А.Т. Байгазаков // Рационализаторское предложение №3/16, выданное патентным отделом КГМА им. И.К. Ахунбаева от 22.10.2015.

35. Бебезов, Х.С. Сочетанный эхинококкоз легких и печени. Хирургическая тактика и лечение [Текст] / Х.С. Бебезов, А.Т. Казакбаев, Р.И. Фунлоэр // Развитие хирургии в Кыргызстане: сб. научн. тр. Бишкек.- 1998.- С. 31-33.

36. Бебезов, Х.С. Тактика хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / Х.С. Бебезов, А.Т. Казакбаев, А.А. Асаналиев // Хирургия рубежа XX-XXI века. Бишкек.- 2000.- С. 222-225.

37. Белеков, Ж.О. Диагностика и хирургическая тактика при сочетанных, осложненных и рецидивных формах эхинококкоза печени [Текст] / Ж.О. Белеков // автореф. дисс. докт. мед.наук. 14.00.27. Алматы.- 1997.- 31с.

38. Бетирова, Д.Ш. Морфологическое выявление зародышевых элементов в фиброзной капсуле печени [Текст] / Д.Ш. Бетирова, М.А. Алиев, Б.Б. Баймаханов // Анналы хирургической гепатологии.- 2006.- №3.- С. 179-183.

39. Бирюков, Ю.В. Обработка полости кист при гидатидозном

эхинококкозе [Текст] / Ю.В. Бирюков, А.В. Стреляева // Хирургия.- 2000.- №5.- С. 27-29.

40. Брюгман, Э. Ультразвуковая диагностика заболеваний печени [Текст] / Э. Брюгман, Аппен К. Фон // Клиническая медицина.- 1990.- №7.- С. 102-106.

41. Васильев, Р.Х. Диагностика и лечебная лапароскопия [Текст] / Р.Х. Васильев // Ташкент: медицина.- 1986.- 132с.

42. Вафин, А.З. Апаразитарность и антипаразитарность хирургических вмешательств при эхинококкозе [Текст] / А.З. Вафин // Хирургия.- 1993.- Том 4.- С. 70-74.

43. Вафин, А.З. Хирургическое лечение эхинококкоза печени без применения чрескожных технологий [Текст] / А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров, М.И. Маланка // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии.- 2015.- 112с.

44. Вафин, А.З. Новая трансдермальная форма антигельминтного средства - альбендазола [Текст] / А.З. Вафин, И.А. Базиков, А.Н. Айдемиров // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии.- 2016.- С. 8-9.

45. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы [Текст] / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев // Анналы хирургической гепатологии.- 2006.- Том 11, №1.- С. 111-117.

46. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы) [Текст] / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // Анналы хирургической гепатологии.- 2015.- Том 20, №3.- С. 47-52.

47. Вишневский, А.А. К хирургическому лечению эхинококкоза легких [Текст] / А.А. Вишневский // Вестник хирургии.- 1956.- №11.- С. 24-29.

48. Вишневский, В.А. Первый опыт лечения эхинококкоза кист печени пункционным чрескожным дренированием [Текст] / В.А. Вишневский, В.С. Помелов, А.В. Гаврилин // Хирургия.- 1992.- №4.- С. 22-26.

49. Вишневский, В.А. Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени [Текст] / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З.

Икрамов // *Анналы хирургической гепатологии.*- 2011.- №4.- С. 25-34.

50. Вишневский, В.А. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение [Текст] / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // *Доказательная гастроэнтерология.*- 2013.- Том 2.- С. 18-24.

51. Войновский, А.Е. Хирургическое лечение эхинококковых кист печени [Текст] / А.Е. Войновский, А.Ю. Шабалин, С.Н. Юденков // *Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии.* Минск.- 2016.- С. 283-284.

52. Волобуев, Н.Н. Осложнения эхинококкоза печени [Текст] / Н.Н. Волобуев // *Анналы хирургической гепатологии.*- 1998.- №3.- С. 265-266.

53. Воронцов, А.К. Применение препарата «Полигемостаз» для обеспечения гемостаза паренхиматозного и капиллярного кровотечения при травмах и операциях на печени, поджелудочной железе [Текст] / А.К. Воронцов, Р.С. Калашник // *Актуальные проблемы гепатопанкреато-билиарной хирургии.*- 2016.- С. 320-321.

54. Гаврилин, А.В. Интраоперационное ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени [Текст] / А.В. Гаврилин, В.А. Вишневский, Р.Э. Икрамов // *Хирургия.*- 1991.- №2.- С. 78-83.

55. Гаврилин, А.В. Чрескожные лечебно-диагностические вмешательства под контролем УЗИ при хирургических заболеваниях органов гепатопанкреатобилиарной зон [Текст] / А.В. Гаврилин: Автореф. дисс. докт. мед.наук.14 00 17-М, 1999.- 48с.

56. Гилевич, М.Ю. Клинико-морфологические обоснования в выборе лечения эхинококкоза органов брюшной полости и забрюшинного пространства [Текст] / М.Ю. Гилевич, Г.М. Киязева, Г.С. Натрошвили // *Хирургия.*- 1990.- №11.- С. 116-120.

57. Гуламов, М.Ш. Пути профилактики послеоперационных осложнений при открытой эхинококкэктомии из печени [Текст] / М.Ш. Гуламов, К.Р. Назирбоев, Дж.М. Сайдалиев // *Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии.* Минск.- 2016.-с 287-291.

58. Гулов, М.К. Классификация осложнений эхинококкоза печени [Текст]

/ М.К. Гулов, Д.С. Салимов, Р.А. Турсунов // Научно-медицинский журнал Таджикского Гос мед университета.- 2010.-№2.- С. 18-24.

59. Даминова, Н.М. Диагностика и профилактика скрытой печеночной недостаточности у больных эхинококкозом печени [Текст] / Н.М. Даминов, К.М. Курбонов // Хирургия.- 2007.- №3.- С. 18-22.

60. Демин, Д.Б. Применение малоинвазивного доступа под ультразвуковым контролем в хирургическом лечении жидкостных образований брюшной полости и забрюшинного пространства [Текст] / Д.Б. Демин // Вестник хирургии.- 2014.- Том 173, №1.- С. 81-83.

61. Дарвин, В.В. Вопросы хирургической тактики при первичном эхинококкозе печени [Текст] / В.В. Дарвин, Е.А. Краснов, М.М. Лысак // Актуальные вопросы гепатопанкреатобилиарной хирургии.- 2015.- С. 112-113.

62. Джафаров, Ч.М. Хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза легких и печени [Текст] / Ч.М. Джафаров, У.Ч. Рустам-Заде // Хирургия.- 2009.- №3.- С. 41-44.

63. Елизарова, Н.И. Минимально инвазивные резекции в радикальном хирургическом лечении гидатидозного эхинококкоза и альвеококкоза печени [Текст] / Н.И. Елизарова, М.Г. Ефанов, Р.Б. Алиханов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Алматы.- 2018.- С. 28-29.

64. Ефанов, М.Г. Особенности послеоперационной динамики биохимических показателей функции печени в зависимости от характера очаговых образований и объема резекции печени [Текст] / М.Г. Ефанов, В.А. Вишневский, В.С. Демидова // тезисы докладов XVII Международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ: «Актуальный проблемы хирургической гепатологии» Уфа.- 2010.- С39-41.

65. Журавлев, В.А. Радикальные операции у неоперабельных больных [Текст] / В.А. Журавлев // Киров.- 1996.- 176с.

66. Журавлев, В.А. Гидатидозный эхинококкоз печени. Вопросы хирургического лечения [Текст] / В.А. Журавлев, В.М. Русиков, Н.А. Щербакова // Хирургия.- 2004.- №4.- С. 18-22.

67. Иванов, С.А. Ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени [Текст] / С.А. Иванов, Б.Н. Котив // Вестник хирургии.- 2001.- Том 60, №3.- С. 73-76.
68. Кабак, А.Ф. Ценность лапароскопии при эхинококкозе печени [Текст] / А.Ф. Кабак // Диагностика и хирургическое лечение органов брюшной полости. Кишинев.- 1996.- С. 98-103.
69. Каленова, И.В. Современные методики ультразвуковой ангиографии в диагностике объемных образований печени [Текст] / И.В. Каленова: Автореф. канд. мед.наук. 14.00.19. М.- 2002.- 24с.
70. Калиева, Д.К. Эхинококкоз. Актуальные вопросы хирургического лечения [Текст] / Д.К. Калиева // Наука и здравоохранение.- 2014.- №6.- С.4-8.
71. Кальф –Калиф Я.Я. О лейкоцитарном индексе интоксикации и его практическом значении [Текст] / Я.Я. Кальф –Калиф // Врачебное дело. -1941. - №1. – С. 31-36
72. Камалов, Ю.Р. Ультразвуковая оценка диаметра и показателей кровотока сосудов печени: методика определения и значения [Текст] / Ю.Р. Камалов, В.А. Сандриков, Т.С. Бохян // Ангиология и сосудистая хирургия.- 1999.- №2.- С. 25-41.
73. Каниев, Ш.А. Современные подходы к лечению эхинококкоза печени [Текст] / Ш.А. Каниев, Ж.Б. Баймаханов, М.О. Досханов // Анналы хирургической гепатологии.- 2018.- Том 23, №3.- С. 47-54.
74. Касенов, А. Оптимизация методов профилактики послеоперационных воспалительных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии [Текст] / А. Касенов: Автореф. дисс. канд. мед.наук. 14.01.17. Бишкек.- 2020.- 24с.
75. Кахаров, М.А. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени [Текст] / М.А. Кахаров, В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский // Хирургия.- 2003.- №1.- С. 31-35.
76. Кенжаев, М.Г. Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива [Текст] / М.Г. Кенжаев, Б.А. Акматов // Бишкек: ОсОО «Медфарминфо».- 2001.- 158с.

77. Киртанасов, Я.П. Чрескожные вмешательства в лечении больных многокамерным гидатидным эхинококкозом печени [Текст] / Я.П. Киртанасов, В.Г. Ившин // Вестник новых мед.техник.- 2019.- №2.- С. 23-31.

78. Кочконбаев, Ж.А. Клинико-функциональное состояние печени при эхинококкозе и его коррекция [Текст] / Ж.А. Кочконбаев: автореф. дисс. канд. мед.наук. 14.00.27, Бишкек. 2005.- 22с.

79. Краснов, А.Ф. Применение материала «ЛитАр» для замещения дефектов костей пальцев [Текст] / А.Ф. Краснов, С.Д. Литвинов, М.Д. Цейтлин // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.М. Пирогова.- 2004.- №2.- С. 54-58.

80. Краснов, А.О. Результаты анализа прогнозирования печеночной недостаточности при выполнении обширных резекций печени [Текст] / А.О. Краснов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 335-336.

81. Кубышкин, В.А. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневецкий, М.А. Кахаров // Анналы хирургической гепатологии.- 2002.- Том 7, №1.- С. 18-22.

82. 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 // Актуальные вопросы гепатопанкреатобилиарной хирургии.- 2015.- №4 С. 117-118.

83. Лапина, Т.В. Диагностика и лечение рецидивного эхинококкоза легких и печени множественной и сочетанной локализации [Текст] / Т.В. Лапина: автореф. дисс. канд. мед.наук. 14.01.17. Душанбе.- 2004.- 20с.

84. Липатов, В.А. Локальные гемостатики в хирургии XXI века [Текст] / В.А. Липатов, Д.А. Северинов, А.Р. Саакян // Научный электронный журнал INNOVA. -2019.- №1 (14) С. 16-22.

85. Лотов, А.Н. Сберегающая хирургия при эхинококкозе печени [Текст] / А.Н. Лотов, Н.Р. Черная, С.А. Бугаев // Анналы хирургической гепатологии.- 2011.- №4.- С. 11-19.

86. Лотов, А.Н. Методы интервенционной радиологии в лечении больных

эхинококкозом печени [Текст] / А.Н. Лотов, Н.Р. Черная, С.А. Бугаев // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского.- 2011.- Том 6, №2.- С. 238-239.

87. Мадалиев, И.Н. Диагностика и тактика хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / И.Н. Мадалиев: автореф. дисс. докт. мед.наук. 14.00.27.Ташкент.-1997.- 37с.

88. Мадалиев, И.Н. Классификация осложненных клинических форм эхинококкоза печени [Текст] / И.Н. Мадалиев, А.М. Каримов // Рац. предложение, удостоверение №1806, выданное ТГМУ от1998.

89. Мадаминов, Э.М. Гемодинамика печени у больных эхинококкозом печени после абдоминализации фиброзной капсулы [Текст] / Э.М. Мадаминов // Вестник КГМА. Бишкек.- 2015.- №2.- С. 145-151.

90. Макаров, В.И. Видеолапароскопия при больших и гигантских кистах печени [Текст] / В.И. Макаров, Б.А. Сотниченко, О.И. Щепетильников // Анналы хирургической гепатологии.- 2004.- Том 9, №2-С 90-95.

91. Максут уулу Э. Озонированный раствор как средство обеззараживания плодоносных элементов эхинококка [Текст] / Э. Максут уулу // Вестник хирургии казахстана. Алматы.- 2010.- №2.- С. 38-39.

92. Мамакеев, М.М. Результаты хирургического лечения эхинококкоза органов брюшной и грудной клетки [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Акматов, Ж.Т. Бектуров // Развитие хирургии в Кыргызстане. Бишкек.- 1998.- С. 267-272.

93. Мамакеев, М.М. Результаты хирургического лечения паразитаных заболеваний печени [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, Е.А. Тилеков // Вестник хирургии Казахстана.- 2012.- №1.- С. 100-101.

94. Маматов, Э.А. Особенности эхинококкэктомии печени при применении минидоступа [Текст] / Э.А. Маматов, С.Ж. Байтороев, А.Дж. Салыбаев // Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане: Сб. научн. тр. Бишкек.- 2002.- С. 33-35.

95. Маматов, Э.А. Особенности эпидуральной анестезии у больных с хирургической патологией органов брюшной полости и малого таза при сопутствующих заболеваниях [Текст] / Э.А. Маматов, А.К. Шаршенов, Н.Э.

Маматова // Методические рекомендации. Бишкек.- 2005.- 21с.

96. Мамашев, Н.Д. Возможности ультразвуковой диагностики эхинококкоза печени [Текст] / Н.Д. Мамашев, Р.Т. Аралбаев, Б.Х. Бебезов // Вестник КРСУ.- 2007.- Том 7, №3.- С. 48-49.

97. Мамедов, М. Эффективность применения лапароскопической эхинококкэктомии при эхинококкозе печени [Текст] / М. Мамедов // Анналы хирургии.- 2005.- №5.- С. 30-33.

98. Мамлев, И.А. Лапароскопические вмешательства при гидатидозном поражении печени [Текст] / И.А. Мамлев, В.У. Сатаев, А.А. Гумеров // Мат. симп. «Эндоскопическая хирургия у детей».- 2002.- С. 87-88.

99. Махмадов, Ф.И. Хирургическое лечение больших эхинококковых кист печени [Текст] / Ф.И. Махмадов, Б.Г. Муминов, К.Р. Холов // Анналы хирургической гепатологии.- 2007.- №3.- С. 14-18.

100. Меджитов, Р.Т. Хирургическое лечение абдоминального эхинококкоза [Текст] / Р.Т. Меджитов, М.А. Алиев, Р.М. Гамзатов // Анналы хирургической гепатологии.- 2007.- №1.- С. 43-49.

101. Мельников, А.В. К хирургии эхинококка [Текст] / А.В. Мельников // Советская хирургия.- 1935.- №10.- С. 3-21.

102. Мизандари, М.Г. Диагностика и малоинвазивное чрескожное лечение жидкостных образований печени и субдиафрагмального пространства [Текст] / М.Г. Мизандари // Медицинская визуализация .- 2003.- №3.- С. 19-24.

103. Мовчун, А.А. Ошибки и опасности хирургии эхинококкоза печени: Методические рекомендации [Текст] / А.А. Мовчун, О.Е. Колосс, Ю.И. Яшков // М.- 1992.- 33с.

104. Молдоташев, Д.У. Хирургическое лечение билиарных осложнений эхинококкоза печени [Текст] / Д.У. Молдоташев, Д.Г. Ахмедов, Т.А. Сарыгулов // Хирургия Кыргызстана.- 2007.- №2.- С. 106-110.

105. Мусаев, А.И. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы [Текст] / А.И. Мусаев // Бишкек: Полиграфкомбинат.-1999.- 156с.

106. Мусаев, А.И. Лазерное облучение в лечении инфицированных ран и

остаточных полостей после эхинококкэктомии печени [Текст] / А.И. Мусаев, Д.В. Вишняков // Бишкек: «Медфарминфо».- 2001.- 129с.

107. Мусаев, А.И. Дифференциальная диагностика очаговых заболеваний печени [Текст] / А.И. Мусаев, Р.М. Баширов, Б.Т. Мукамбетов // Бишкек.- 2004.- 240с.

108. Мусаев, А.И. Хирургическое лечение цистобилиарных свищей при эхинококкозе печени [Текст] / А.И. Мусаев, А.Ж. Акешов, Э. Максут уулу // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- 2008.- Том 14, приложение 2.- С. 26-28.

109. Мусаев, А.И. Хирургическая тактика при сочетанном эхинококкозе легких и печени [Текст] / А.И. Мусаев, Р.А. Хасанов // Вестник хирургии Казахстана.- 2009.- №3.- С. 8-11.

110. Мусаев, А.И. Эхинококкоз печени, дифференциальная диагностика и оперативное лечение [Текст] / А.И. Мусаев, К.М. Мамакеев, Н.Б. Касыев // Бишкек: ОсОО «Улуу Тоолор».- 2016.- 224с.

111. Назыров, Ф.Г. Эхинококкоз [Текст] / Ф.Г. Назыров, Д.А. Исмаилов, В.Ф. Леонов // Ташкент.- 1999.- 207с.

112. Назыров, Ф.Г. Хирургическое лечение больных сочетанным эхинококкозом сердца, легких и печени [Текст] / Ф.Г. Назыров, Х.А. Абдумаджидов, Х.Д. Буранов // Хирургия.- 2009.- №5.- С. 23-26.

113. Нартайлаков, М.А. Новые возможности при лечении дефектов костей пальцев [Текст] / М.А. Нартайлаков, А.Х. Мусмафин, И.И. Галимов // Анналы хирургической гепатологии.- 2008.- Том 12, №3.- С. 138-139.

114. Нартайлаков, М.А. Повторные хирургические вмешательства при эхинококкозе [Текст] / М.А. Нартайлаков, Д.Р. Мушарапов, А.И. Грицаенко // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского.- 2011.- Том 6, №2.- С. 109-110.

115. Никитина, Л.И. Использование физических факторов в специфических условиях стоматологической клиники [Текст] / Л.И. Никитина // Чебоксары: издательство Чувашского университета.- 2007.- 104с.

116. Нишанов, Х.Т. Пункционно-дренажное лечение поддиафрагмальных абсцессов и полостных образований печени [Текст] / Х.Т. Нишанов, Ф.Н. Норкузиев, Н.Э. Зиядуллаев // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 67-68.

117. Нишанов, Х.Т. Выбор способа хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / Х.Т. Нишанов, Ф.Н. Норкузиев, Р.Г. Порсахонов // Вестник экстренной медицины.- 2017.- №2.- С. 32-34.

118. Ниязов, Б.С. Хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] / Б.С. Ниязов, Д.Т. Бектуров, Ж.С. Абдуллаев // Хирургия рубежа XXиXXI века: Материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики. Бишкек.- 2000.- С. 265-268.

119. Новрузбеков, М.С. Прогностические критерии печеночной недостаточности после резекции печени при ее очаговом поражении [Текст] / М.С. Новрузбеков, Л.В. Донова, Е.Н. Ходарева // Анналы хирургической гепатологии.- 2009.- №1.- С. 41-48.

120. Оморов, Р.А. Пункционный метод лечения эхинококкоза печени [Текст] / Р.А. Оморов // Хирургия рубежа XX-XXI века: материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики. Бишкек.- 2000.- С. 270-271.

121. Оморов, Р.А. Эхоморфометрический метод контроля за течением раневого процесса при деструктивных формах холецистита и аппендицита [Текст] / Р.А. Оморов, Э. Осмоналиев // Хирургия Кыргызстана.- 2007.- №1.- С. 43-47.

122. Оморов, Р.А. Лечение остаточных полостей после эхинококкэктомии печени [Текст] / Р.А. Оморов, Б.А. Садырбеков, К.К. Бабакулов // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- 2008.- Том XIV, приложение 2.- С. 38-40.

123. Оморов, Р.А. Заболеваемость эхинококкозом в Кыргызской Республике [Текст] / Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, Р.М. Баширов // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- 2008.- Том XIV, приложение 2.- С. 40-42.

124. Оморов, Т.Б. Течение раневого процесса после холецистэктомии в

условиях высокогорья и низкогорья [Текст] / Т.Б. Оморов, Э.Ж. Жолдошбеков, Б.А. Аवासов // Вестник Смоленской гос. Мед.академии. Смоленск.- 2018.- Том 17, №1.- С. 84-88.

125. Омурбеков, Т.О. Эхинококковая болезнь у детей [Текст] / Т.О. Омурбеков // Бишкек: Бийиктик.- 2002.- 185с.

126. Ордабеков, С.О. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза органов брюшной полости [Текст] / С.О. Ордабеков: Автореф. дисс. докт. мед.наук. 14.00.27 Алматы.- 1997.- 39с.

127. Османов, А.О. Осложненный эхинококкоз печени (клиника, диагностика и хирургическое лечение) [Текст] / А.О. Османов: Автореф. дисс. докт. мед.наук. М.- 1997.- 38с.

128. Осумбеков, Б.З. Сравнительный анализ результатов лапароскопической и открытой эхинококкэктомии печени [Текст] / Б.З. Осумбеков, И.А. Чокотаев, Р.Б. Осумбеков // Материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Ташкент.- 2015.- С. 128-129.

129. Павлюк, Г.В. Эхинококкоз печени – перицистэктомия или эхинококкэктомия [Текст] / Г.В. Павлюк, П.В. Бужор, В.А. Морару // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 305-306.

130. Патент RU 2236186 С2 А61 В17/34 2004. Инструмент для пункции эхинококковых кист [Текст] // С.И. Емельянов, М.А. Хамидов, В.В. Феденко.

131. Патент №764 от 30ю11.2005 выданный Кыргызпатентом. Способ приготовления апириногена антигена [Текст] // Б.А. Акматов, Р.А. Оморов, М.С. Айтаназаров.

132. Пахнов, Д.В. Комбинированный подход к лечению гидатидозного эхинококкоза печени [Текст] / Д.В. Пахнов, Г.Д. Одишилашвили // Клиническая медицина.- 2017.- №2.- С. 13-17.

133. Петровский, Б.В. Хирургия эхинококкоза [Текст] / Б.В. Петровский, О.Б. Милонов, П.Г. Дееничин // Москва: Медицина.- 1985.- 216с.

134. Петлах, В.И. Роль местных гемостатиков при оказании хирургической

помощи больным и пораженным [Текст] / В.И. Петлах // Главный врач Юга России // - 2014.- №5 (41) - С. 12-13.

135. Полуэктов, В.П. Хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] / В.П. Полуэктов, В.Ю. Шутов, О.В. Никитин // Анналы хирургической гепатологии.- 2006.- №2.- С. 16-20.

136. Походенько-Чудакова, И.О. Современная физиотерапия в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи [Текст] / И.О. Плходенько-Чудакова, Н.Н. Чешко // Методические рекомендации. Минск: БГМУ.- 2013.- 26с.

137. Прудков, М.И. Операции из минидоступа в хирургическом лечении эхинококкоза печени [Текст] / М.И. Прудков, Ш.Ш. Амонов, О.Г. Орлов // Анналы хирургической гепатологии.- 2011.- №4.- С. 40-46.

138. Пулатов, М.М. Чрескожные технологии в лечении эхинококкоза печени, осложненной механической желтухой [Текст] / М.М. Пулатов, И.Х. Магзумов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Ташкент.- 2015.- С.131-132.

139. Рыхтик, П.И. Диагностические аспекты интраоперационного ультразвукового исследования при выполнении резекции печени [Текст] / П.И. Рыхтик, Е.Н. Рябова, Г.Г. Горохов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Минск.- 2016.- С. 84-85.

140. Салехов, А.А. Эхинококкозы в закавказских республиках и на Северном Кавказе [Текст] / А.А. Салехов, Л.С. Яроцкий, В.С. Искендеров // Мед.паразитол.- 1998.- №1.- С. 81-86.

141. Сапаев, Д.Ш. Современная комплексная диагностика и хирургическое лечение осложненных форм эхинококкоза печени [Текст] / Д.Ш. Сапаев, Р.Ю. Рузибаев, Ф.Р. Якубов // Вестник хирургии.- 2018.- С. 19-22.

142. Сергиев, В.П. Эхинококкоз цистный (однокамерный): клиника, диагностика, лечение, профилактика [Текст] / В.П. Сергиев, Ю.А. Легоньков, Г.Х. Мусаев // Вектор Бест.- 2008.- Том 33, №1.- С. 87-88.

143. Синило, С.Б. Лечение паразитарных кист печени [Текст] / С.Б.

Синило, С.И. Третьяк, Н.Т. Ращинская // Материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Ташкент.- 2015.- С. 132-133.

144. Скипенко, О.Г. Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической практике [Текст] / О.Г. Скипенко, В.Д. Паршин, Г.А. Шатверян // Анналы хирургической гепатологии.- 2011.- Том 16, №4.- С. 34-40.

145. Стражеску, Г.И. Преимущество лапароскопической техники лечения эхинококкоза печени [Текст] / Г.И. Стражеску // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. Ташкент.- 2015.- С. 133-134.

146. Тешаев, О.Р. Новый способ обработки остаточной полости после эхинококкэктомии [Текст] / О.Р. Тешаев, Н.К. Олимов, С.У. Алимов // Материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Ташкент.- 2015.- 135с.

147. Токсанбаев, Д.С. Выбор оптимального способа хирургического лечения больных эхинококкозом печени [Текст] / Д.С. Токсанбаев // Вестник хирургии Казахстана.- 2008.- №4.- С. 13-16.

148. Третьяков, А.А. Выбор хирургической тактики при первичном и рецидивном эхинококкозе печени [Текст] / А.А. Третьяков, А.Ф. Щетинин, А.Г. Петренко // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского.- 2011.- Том 6, №2.- С. 115-116.

149. Третьяков, А.А. Применение композита ЛитАр для ликвидации остаточных полостей печени в эксперименте [Текст] / А.А. Третьяков, А.А. Стадников, И.И. Хижняк // Анналы хирургической гепатологии.- 2013.- №4.- С. 61-66.

150. Тулин, А.И. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени в Латвии [Текст] / А.И. Тулин, Р. Рибениекс, Е.Н. Погодина // Вестник хирургии.- 2012.- С. 38-43.

151. Тучина, Е.С. Фотодинамическое воздействие красного (625нм) и инфракрасного (805нм) излучения на бактерии P. Acnes, обработанные фотосенсибилизатором [Текст] / Е.С. Тучина, В.В. Тучин, Г.Б. Альтшулер //

Известия Саратовского университета.- 2008.- Том 8, выпуск 1.- С. 21-16.

152. Федоров, В.Д. Основные осложнения обширных резекций печени и пути их предупреждения [Текст] / В.Д. Федоров, В.А. Вишневский, Н.А. Назаренко // Бюллетень сибирской медицины.- 2007.- №3.- С. 16-21.

153. Фунлоэр, И.С. Эволюция взглядов на тактику и методы хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / И.С. Фунлоэр // Актуальные проблемы клинической и экспериментальной хирургии. Бишкек.- 1995.- С. 211-213.

154. Фунлоэр, Р.И. Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегментов печени [Текст] / Р.И. Фунлоэр: автореф. дисс. канд. мед.наук. 14.00.27. Бишкек.- 2000.- 22с.

155. Хасанов, Р.А. Игла для аспирации содержимого кист при эхинококкозе [Текст] / Р.А. Хасанов // рационализаторское предложение №526 от 25.06.2010, выданное Кыргызпатентом.

156. Хацко, В.В. Эндовидеохирургические операции при гидатидозном эхинококкозе печени [Текст] / В.В. Хацко, А.Д. Шаталов, С.В. Межаков // Украинский журнал хирургов.- 2009.- №5.- С. 158-161.

157. Чардаров, Н.К. Факторы риска развития билиарных осложнений после резекции печени [Текст] / Н.К. Чардаров, Н.Н. Багмет, Л.О. Полищук // Анналы хирургической гепатологии.- 2010.- №3.- С. 76-83.

158. Черноусов, А.Ф. Современные методы хирургического лечения сочетанного эхинококкоза легких и печени [Текст] / А.Ф. Черноусов, Г.Х. Мусаев, М.В. Абаршалина // Хирургия.- 2012.- Том 7, №12.- С. 12-16.

159. Чернышев, В.Н. Лечение гидатидного эхинококкоза печени [Текст] / В.Н. Чернышев, К.А. Панфилов, В.Е. Богданов // Хирургия.- 2005.- №9.- С. 39-44.

160. Чижиков, Г.М. Экспериментальное изучение новых средств местного гемостаза в хирургии печени и селезенки [Текст] / Г.М. Чернышев, А.И. Бежин, А.В. Иванов, А.Н. Майстренко, В.А. Липатов, А.А. Нетяга, В.А. Жуковский // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2011. - №1.

– С. 19-25.

161. Шакиров, Н.Ш. Особенности диагностики хирургической тактики при перфорации гидатидозных кист в желчные пути [Текст] / Н.Ш. Шакиров, Н.Б. Касиев, Д.У. Молдоташев // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- 2008.- Том 14, приложение 2.- С. 42-45.

162. Шамсиев, Ж.А. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / Ж.А. Шамсиев, К.Э. Рахманов, С.С. Давлатов // Europeanscience.- 2018.- Том 29, №7.- С. 49-53.

163. Шамсиев, Ж.А. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени [Текст] / Ж.А. Шамсиев, К.Э. Рахманов, Ж.З. Шамсиев // Europeanscience.- 2017.- Том 38, №6.- С. 47-51.

164. Шангареева, Р.Х. Повторные операции при эхинококкозе печени у детей [Текст] / Р.Х. Шангареева А.А. Гумеров, Ш.С. Ишимов // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского.- 2011.- Том 6, № 2.- С. 120-121.

165. Шевченко, Ю.Я. Современные аспекты хирургии осложненного эхинококкоза печени [Текст] / Ю.Я. Шевченко, Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров // Вестник нац. мед.хирургического центра имени Н.И. Пирогова.- 2018.- Том 13, № 4.- С. 29-33.

166. Эл Муалля, А.А. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза человека [Текст] / А.А. Эл Муалля: Автореф. дисс. канд. мед.наук. 14.00.27. М.- 1996.- 18с.

167. Эшмуратов, Т.Ш. Торакоскопия в хирургическом лечении эхинококкоза [Текст] / Т.Ш. Эшмуратов, П.П. Лукьянченко // Вестник хирургии Казахстана.- 2011.- №2.- С. 4-6.

168. Эшмуратов, Т.Ш. Усовершенствование лечебной тактики сочетанного эхинококкоза правого легкого и печени [Текст] / Т.Ш. Эшмуратов, М.М. Сундетов, Б.К. Ширтаев // Вестник хирургии Казахстана.- 2015.- №2.- С. 35-38.

169. Яроцкий, Л.С. Эхинококкозы [Текст] / Л.С. Яроцкий // М.- 1990. - С. 5-14.

170. Alfieri, S. Radical surgery of hepatic hydatid disease: a study of 89 consecutive patients [Text] / S. Alfieri, G.B. Doglietto, F. Pacelli // Hepato-Gastroenterology.- 2007.- Vol. 44, #14.- P. 496-500.

171. AlperAkcan. Predisposing factors and surgical outcome of complicated liver hydatid cyst [Text] /AksanAlper, Sozuer Erdogan, AkyildizHizir // World Journal of Gastroenterology.- 2010.- Vol. 16, #24.- P. 3040-3048.

172. Altintas, N. Past to present: Hydatidosis echinococcosis in Turkey [Text] / N. Altintas // XX Intern. Congress of Hydatidology – Turkey, Kushadasi.- 2001.- 3p.

173. Anand, S. Menegement of liver hydatid cyst current perspectives [Text] / S. Anand, S. Rajagopalan, R. Mohan // Med. J. Armed Forus India.- 2012.- #3.- 303p.

174. Arminanzas, C. Hydatidosis: epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic aspects [Text] / C. Arminanzas, M. Gutierrez-Cuadra, M.C. Faridas // Rev Esp Quimioter.- 2015.- P. 116-120.

175. Atahan, K. Can occult cystobiliary fistulas in hepatic hydatid disease be predicted before surgery [Text] / K. Atahan, H. Kupeli, E. Tarcan // Int. J. Medsci.- 2011.- Vol. 8, #4.- P. 315-320.

176. 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. Pavlidis, B.T. Papaziagas // Acta Chir. Belg.- 2005.- Vol. 105, #2.- P. 198-202.

177. 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.- Vol. 19, #1.- P. 33-39.

178. Becker, K. Resolution of hidatid liver cyst by spontaneous rupture into the biliary troact[Text] / K. Becker, T. Frieling, A. Saleh // J. Hepatol.- 1997.- Vol. 26, #6.- P. 1408-1412.

179. Belli, L. Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver [Text] / L. Belli, E. Favero, A. Marni // Am. J. Surg.- 2006.- Vol. 145, #2.- P. 239-242.

180. Blumgart, L.H. Surgery of the liver, Biliary Tract and Pancreas [Text] /

L.H. Blumgart // Philadelphia Saunders.- 2008.- P. 645-646.

181. Botezatu, C. Hepatic hydatid cyst-diagnose and treatment algorithm [Text] / C. Botezatu, B. Mastalier, T. Patrascu // J. Med Life.- 2018.- #11.- P. 203-209.

182. Botrugno, I. Complex hydatid cysts of the liver: a single center's evolving approach to surgical treatment [Text] / I. Botrugno, S. Gruttadauria, S. L. Petri // Am Surg.- 2010.- Vol. 76, #9.- P. 1011-1015.

183. Cappelo, E. Epidemiology and clinical features of cystic hydatidosis in Western Sicily: a ten – year review [Text] / E. Cappelo, B. Cacopardo, E. Caltabiard // World J. Gastroenterol.- 2013.- Vol. 48, #19.- P. 9351-9358.

184. Craig, P.S. Prevention and control of cystic echinococcosis [Text] / P.S. Craig // Lancet. Infect. dis.- 2007.- #7.- P. 385-394.

185. Dehkordi, A.B. Albendazole and Treatment of Hydatid Cyst: Review of the Literature [Text] / A.B. Dehkordi, B. Sanei, M. Yousefi // Infect Disord Drug Targets.- 2019.- Vol. 2, #19.- P. 101-104.

186. Dervisoglu, A. Videolaparoscopic treatment of hepatic hydatid cyst [Text] / A. Dervisoglu, C. Polat, M. Hokelek // Hepatogastroenterology.- 2005.- Vol. 52, #65.- P. 1526-1528.

187. Dervenis, C. Changing concepts in the management of liver hydatid disease [Text] / C. Dervenis // J. Gastrointest Surg.- 2005.- Vol. 6, #9.- P. 869-877.

188. Duseja, A. Giant hydatid cyst of the liver [Text] / A. Duseja // Trop Gastroenterol.- 2013.- Vol. 34, #2.- P. 112-113.

189. Dybicz, M. Molecular diagnosis of cystic echinococcosis in humans from central Poland [Text] / M. Dybicz, A. Gierczak, J. Dabrowska// Parasitol. Int. - 2013.- #62.- P. 364-367.

190. Escolar-Vergl, L. Retrospective study of Cystic Echinococcosis in a Recent Cohort of a Referral Center for Liver Surgery [Text] / L. Escolar-Vergl, F. Salvador, X. Serres// J. Gastrointest Surg. - 2019.- Vol. 6 - P. 1148-1156.

191. Gabal, A.M. Modified PAIR technique for percutaneous treatment of high-risk hydrated cysts [Text] / A.M. Gabal, F.I. Khawaja, G.A. Mohammad // Cardiovasc. Intervent. Radiol.- 2005.- Vol. 28, #2.- P. 200-208.

192. Gildirgan, M.I. Rupture In liver Hydatid Cysts: Results of 20 Years Experience [Text] / M.I. Gildirgan, M. Basoglu, S.S. Atamanalp // Acta Chirbelg.- 2003.- #103.- P. 621-625.
193. Goksoy, E. Surgical therapy of echinococcus granulosus (cysticus) [Text] / E. Goksoy // Chirurg.- 2000.- Vol. 71, #1.- P. 21-29.
194. Grosso, G. Worldwide epidemiology of liver hydatidosis including the Mediterranean area [Text] / G. Grosso, S. Gruttadauria, A. Biondi // World J. Gastroenterol.- 2012.- Vol. 18, #13.- P. 1425-1437.
195. Gulalp, B. Ruptured hydatid cyst following minimal trauma and few signs on presentation [Text] / B. Gulalp, Z. Kosioglu, N. Toprak // Neth J. Med.- 2007.- Vol. 65, #3.- P. 117-118.
196. Jagci G. Results of surgical, laparoscopic , and percutaneous treatment for hydatid disease of the liver [Text] / G. Jagci, B. Ustensoz, N. Kaymakcioglu // W.Y. Surg.- 2005.- Vol. 29, #12.- P. 1670-1679.
197. Katsinelos, P. Acute pancreatitis caused by impaction of hydatid membranes in the papilla of vater: a case report [Text] / P. Katsinelos, G. Chatzimavroudis, K. Fasoula // Cases Journal.- 2009.- #2.- P. 73-74.
198. Kelly, K. Cystic disease of the liver and bile ducts [Text] / K. Kelly, S.W. Weber // J. Gastrointest. Surg.- 2014.- Vol. 18, #3.- P. 627-634.
199. Kern, P. Echinococcus granulosus infection^ clinical presentation medical treatment and outcome [Text] / P. Kern // Langenbeck's Arch. Surg.- 2003.- #388.- P. 413-420.
200. Khaoshnevis, J. Surgical treatment of hydatid cyst of the liver: drainage versus omentoplasty[Text] / J. Khoshnevis, P. Kharazm // Ann. Hepatol.- 2005.- Vol. 4, #4.- P. 272-274.
201. Kilic, D. Complicated hydatid cyst of the thorax [Text] / D. Kilic, A. Findikcioglu, A. Hatipoglu // ANZ J Surg.- 2007.- #77.- P. 752-757.
202. Ksantini R. Chemolaparoscopic treatment of hydatid cyst of the liver myth or reality [Text] / R. Ksantini, H. Bedioui, F. Fteriche // Tunis Med.- 2004.- Vol. 82, #12.- P. 1097-1100.

203. Kuzucu, A. Complicated hydatid cyst of the lung: clinical and therapeutic issues [Text] / A. Kuzucu, O. Soysal, M. Ozgel // *Ann. Thorac Surg.*- 2004.- #77.- P. 1200-1204.
204. Langer, B. Surgical treatment of hydatid disease of the liver [Text] / B. Langer // *Brit J. Surg.*- 1997.- #4.- P. 237-238.
205. Liang, W. Efficacy of albendazole chitosan microspheres against *Echinococcus granulosus* infection in mice [Text] / W. Liang, X.C. Wang, X.W. Wu // *Zhongguo Jisheng Chong Xue Ju Ji Seng Chong Bing Zazhi.*- 2014.- Vol. 32, #3.- P. 188-192.
206. Lissandrin, R. Factors influencing the serological response in hepatic *echinococcus granulosus* infection [Text] / R. Lissandrin, F. Tamarozzi, C. Tinelli // *Am J. Trop. Med. Hyd.*- 2016.- Vol. 94, #1.- P. 166-171.
207. Mohkam, K. Surgical management of liver hydatid disease: subadventitial cystectomy versus resection of the protruding dome [Text] / K. Mohkam, L. Belkhir, M. Wallon // *World J Surg.*- 2014.- Vol. 38, #8.- P. 2113-2121.
208. Moore, J. Hydatid cyst disease: optimal management of complex liver involvement [Text] / J. Moore, V. Gupta, M.J. Ahmed // *South Med. J.*- 2011.- Vol. 104, #13.- P. 222-224.
209. Moro, P. Cystic echinococcosis in the Americas [Text] / P. Moro, P.M. Schantz // *Parasitol. Int.*- 2006.- #55.- 81p.
210. Ozdil, B. Alternative Method for percutaneous treatment of hydatid cysts: PAI Technique [Text] / B. Ozdil, C. Kece, O.V. Unalp // *Turkiye parazitoloj derg.*- 2016.- Vol. 40, #2.- P. 77-81.
211. Ozkol, M. A discrepancy between cystic echinococcosis confirmed by ultrasound and seropositivity in Turkish children [Text] / M. Ozkol // *Acta. Tropica.* - 2005.- Vol. 93.- P. 213-216.
212. Paksoy, M. Rupture of the Hydatid disease of the liver into the biliary tracts [Text] / M. Paksoy // *Dig. Surg.*- 1998.- Vol. 15, #1.- P. 25-29.
213. Perdomo, R. Liver hydatid cysts in biliary connection cystobiliary disconnection [Text] / R. Perdomo, C. Ferreyra, C. Alvarez // *XX International*

Congress of Hydatidology.- 2001.- 49p.

214. Petri, A. Experience with different methods of treatment of nonparasitic liver cyst [Text] / A. Petri, E. Hohn, I. Makula // Langenbeck's Arch. Surg.- 2002.- Vol. 387, #5-6.- P. 229-233.

215. Prousalidis J. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis[Text] / J. Prousalidis, G. Anthineidis // Can. J. Surg.- 2011.- Vol. 54, #5.- P. 15-20.

216. Rafael, L.A. Review of the treatment of liver Hydatid cysts [Text] / L.A. Rafael, B.I. Taliana, M.R. Jose // World J Gastroenterol.- 2015.- Vol. 7, #1.- 21p.

217. Ramia, J. Feasibility of radical surgery for liver hydatidosis. A prospective series [Text] / J. ramie, P. Veguillas, R. De La Plaza // HPB.- 2009.- Vol. 11.- 16p.

218. Ran, B. Surgical procedure choice for removing hepatic cysts of echinococcus granulosus in children [Text] / B. Ran, J. Shao, J. Jimiti // Eur. J. Pediatr. Surg.- 2015.- #2.- P. 81-84.

219. Rothlin, M. Intraoperative ultrasonography of the liver [Text] / M. Rothlin, R. Schlumpf, P. Bornmann // Swiss Surg.- 2009.- #3.- P. 105-111.

220. Schwarze, V. The use of contrast enhanced ultrasound (CEUS) for the diagnostic evaluation of hepatic echinococcosis [Text] / V. Schwarze, K. Mueller-Peltze, G. Negrao de Figueiredo // Clin Hemorheol Microcirc.- 2018.- Vol. 70, #4.- P. 449-455.

221. Seimenis, A. Overview of the epidemiological situation of E/H in the Mediterranean region [Text] / A. Seimenis // XX Internat. Cong. of Hydatidology.- 2001.- 25p.

222. Subramaniam, B. Laparoscopic Palanivelu-hydatid system aided management of retrovesical hydatid cyst [Text] /B. Subramaniam, R. Kumar, N. Abrol // Urol.- 2013.- Vol. 34, #1.- P. 59-60.

223. Tamarozzi, F. Prevalence of abdominal cystic echinococcosis in rural Bulgaria, Romania and Turkey a cross-sectional, ultrasound – based, population study from the HERACLES project [Text] /F. Tamarozzi, O. Akhan, C.M. Cretu // Lancet Infect.- 2018.- Vol. 6, #7.- P. 769-778.

224. Tiseo, D. Cystic echinococcosis in humans: our clinic experience [Text] / D. Tiseo, G. Borgia // *Parasitologia*.- 2014.- #46.- P. 45-51.
225. Tomus, C. Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cysts: results of 15 years experience [Text] / C. Tomus, C. Iancu, F. Pop // *Hirurgia (Bucur)*.- 2009.- Vol. 104, #4.- P. 409-413.
226. Trillaud, H. Characterization of focal liver lesions with sonovue-enhanced sonography: international multicenter study in comparison to CT and MRI [Text] / H. Trillaud, J.M. Bruel, P.J. Valette // *World J. Gastroenterol.*- 2009.- Vol. 15.- P. 3748-3756.
227. Tunger, O. Epidemiology of cystic echinococcosis in the world [Text] / O. Tunger // *Turkiye Parazitol Derg.*- 2013.- Vol. 37, #1.- P. 47-52.
228. Tuxun, T. World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis – 914 patients [Text] / T. Tuxun, J.H. Zhang, J.H. Zhao // *Int. J. Infect. Dis.*- 2014.- #24.- P. 43-50.
229. Uhle, W. Surgical treatment of echinococcosis of the liver [Text] / W. Uhle, H. Loffler, A. Zimemerman // *Swiss Surg.*- 1999.- #5.- P. 126-132.
230. Zviniene, K. Comparative diagnostic value of contrast-enhanced ultrasonography computed tomography and magnetic resonance imaging in diagnosis of hepatic hemangiomas [Text] / K. Zviniene, I. Zaboriene, A. Basevicius // *Medicina (Kannas)*.- 2010.- Vol. 46.- P. 329-335.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1



«УТВЕРЖДАЮ»
заместитель
министра здравоохранения
Кыргызской Республики
д.м.н., профессор
Каратаев М.М.
ноября 2020г.

АКТ

о реализации научных результатов, полученных в диссертации Калыбекова Талгата Анарбековича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия на тему: «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика».

Комиссия в составе:

Мусаев У.С. (председатель) – заместитель главного врача ГКБ №1, г. Бишкек, доктор медицинских наук.

Токтогулов О.Ж. – доктор медицинских наук, заведующий отделением хирургии №1 ГКБ №1, г. Бишкек

Имашев У.Д. – кандидат медицинских наук, заведующий отделением экстренной хирургии ГКБ №1, г. Бишкек

Акешов А. Ж – кандидат медицинских наук, заведующий отделением хирургии №2 ГКБ №1, г. Бишкек

Ибраимов Д.С. – доктор медицинских наук, врач хирург отделения хирургии №1 ГКБ №1 г. Бишкек

Свидетельствует о том, что при разработке темы диссертационной работы Калыбекова Талгата Анарбековича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия на тему: «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика» были реализованы следующие научные результаты:

- представлены причины возникновения осложнений после операций, выполненных по поводу эхинококкоза печени, их лечение и намечены пути профилактики.
- обосновано использование гемостатической коллагеновой губки в профилактике формирования остаточной полости после эхинококкэктомии печени.
- обосновано применение инфракрасного облучения операционной раны в профилактике раневых осложнений.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Реализация материалов диссертации Калыбекова Т.А. позволила:

- внедрить основные положения в хирургические отделения ГКБ №1 г. Бишкек.
- обосновано использование гемостатической коллагеновой губки для профилактики остаточной полости после эхинококкэктомии печени и применение инфракрасного излучения для профилактики раневых осложнений

Материалы диссертации использованы в следующих документах, материалах и разработках:

- разработанная методика профилактики формирования остаточной полости после эхинококкэктомии с применением гемостатической коллагеновой губки и применение инфракрасного лазерного излучения нашла отражение в опубликованных 11 научных статьях, утверждены 3 рационализаторских предложений.
- основные положения диссертации используются на лекциях и практических занятиях студентов 4 и 6 курсов и на семинарах клинических ординаторов и аспирантов КГМА им. И.К. Ахунбаева;

По результатам реализации получен следующий положительный эффект:

- внедрение мер профилактики включающих использование гемостатической коллагеновой губки и инфракрасное лазерное облучение операционной раны позволило снизить частоту осложнений в сравнениях с традиционным методом с 28,7% до 7,9%.

Председатель:

Заместитель главного врача ГКБ №1,
г. Бишкек, доктор медицинских наук



Мусаев У.С.

Члены комиссии:

заведующий отделением
хирургии №1 ГКБ №1, г. Бишкек,
доктор медицинских наук,

Токтогулов О.Ж.

заведующий отделением
экстренной хирургии ГКБ №1, г. Бишкек
кандидат медицинских наук,

Имашев У.Д.

заведующий отделением
хирургии №2 ГКБ №1, г. Бишкек
кандидат медицинских наук,

Акешов А. Ж.

доктор медицинских наук,
врач хирург отделения хирургии
№ 1 ГКБ №1, г. Бишкек

Ибраимов Д.С.

Исполнитель:
13.11.2020 г.

Калыбеков Т.А.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

«УТВЕРЖДАЮ»
Ректор КГМИПиПК
имени С.Б. Даниярова
д.м.н., профессор
Курманов Р.А.
_____ 2021г.

АКТ

о реализации научных результатов, полученных в диссертации Калыбекова Талгата Анарбековича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия на тему: «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика».

Комиссия в составе:

Ниязов Б.С. (председатель) – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии ФУВ КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова

Рысбеков М.Т. – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова

Ашимов Ж.И. – к.м.н., и.о. доцента кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова

Ниязова С.Б. – к.м.н., и.о. доцента кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова

Динлосан О.Р. – к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии ФУВ КГМИПиПК им. С.Б. Даниярова

Свидетельствует о том, что при разработке темы диссертационной работы Калыбекова Талгата Анарбековича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия на тему: «Осложнения после эхинококкэктомии печени, их причины, лечение и профилактика» были реализованы следующие научные результаты:

- обосновано использование гемостатической коллагеновой губки в профилактике формирования остаточной полости после эхинококкэктомии печени.
- обосновано применение инфракрасного облучения операционной раны в профилактике раневых осложнений.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Реализация материалов диссертации Калыбекова Т.А. позволила:

- внедрить основные положения в учебном процессе на кафедре общей хирургии ФУВ КГМИПнПК им. С.Б. Даниярова
- обосновано использование гемостатической коллагеновой губки для профилактики остаточной полости после эхинококкэктомии печени и применение инфракрасного излучения для профилактики раневых осложнений

Материалы диссертации использованы в следующих документах, материалах и разработках:

- разработанная методика профилактики формирования остаточной полости после эхинококкэктомии с применением гемостатической коллагеновой губки и применение инфракрасного лазерного излучения позволяет улучшить результаты лечения больных эхинококкозом печени
- основные положения диссертации используются на лекциях и практических занятиях клинических ординаторов, аспирантов и курсантов ФУВ КГМИПнПК им. С.Б. Даниярова

По результатам реализации получен следующий положительный эффект:

- внедрение мер профилактики включающих использование гемостатической коллагеновой губки и инфракрасное лазерное облучение операционной раны позволяют снизить частоту осложнений

Председатель:

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой
общей хирургии ФУВ КГМИПнПК
им. С.Б. Даниярова

Члены комиссии:

к.м.н., доцент кафедры общей хирургии
ФУВ КГМИПнПК им. С.Б. Даниярова

к.м.н., и.о. доцента кафедры общей хирургии
ФУВ КГМИПнПК им. С.Б. Даниярова

к.м.н., и.о. доцента кафедры общей хирургии
ФУВ КГМИПнПК им. С.Б. Даниярова

к.м.н., ассистент кафедры общей хирургии
ФУВ КГМИПнПК им. С.Б. Даниярова

Исполнитель:

18.01.2021 г.



Рысбеков М.Т.

Ашимов Ж.И.

Ниязова С.Б.

Динлосан О.Р.

Калыбеков Т.А.