

УДК: 616.36-089:576:895.121.56

Комильжонов А.Е. магистр

Джураев Г.Г. ассистент

Олимов А.Б. магистр

Холматов М.Т. магистр

Кафедрой общей хирургии

Андижанский государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

ВЫБОР СПОСОБА ОБРАБОТКИ И ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Резюме. Недостатки существующих методов ликвидации остаточной полости эхинококкоза печени свидетельствуют об актуальности разработки новых методов по этой проблеме. Использование для этих целей биологических материалов, синтетических полимеров, современных шовных материалов, механического шва, микрохирургической, электрохирургической и лазерной техники способствуют значительному улучшению результатов хирургических вмешательств, особенно при эхинококкозе печени.

Ключевые слова: бескаменный холецистит, диссеминированный эхинококкоз печени, желчекаменная болезнь, зародышевые элементы, ишемическая болезнь сердца.

Komilzhonov A.E. master

Juraev G.G. assistant

Olimov A.B. master

Kholmatov M.T. master

Department of General Surgery

Andijan State Medical Institute

Andijan, Uzbekistan

CHOICE OF THE METHOD OF TREATMENT AND LIQUIDATION OF THE RESIDUAL CAVITY IN LIVER ECHINOCOCCOSIS

Summary. The shortcomings of the existing methods for eliminating the residual cavity of liver echinococcosis indicate the relevance of developing new methods for this problem. The use of biological materials, synthetic polymers, modern suture materials, mechanical suture, microsurgical, electrosurgical and laser techniques for these purposes contribute to a significant improvement in the results of surgical interventions, especially in liver echinococcosis.

Key words: acalculous cholecystitis, disseminated liver echinococcosis, cholelithiasis, germline elements, coronary heart disease.

Актуальность. Эхинококкоз человека продолжает оставаться тяжелым паразитарным заболеванием. По данным ряда других источников, отмечается широкое его распространение и значительное увеличение заболеваемости среди населения (Ш.И. Каримов, 1994; О.К. Кулакеев, 2001; Г.Х. Мусаев, 2000; А.Т. Пулатов, 1988; Ph. Craig et al., 2002).

Наряду с увеличением числа новых случаев заболевания отмечается большой процент рецидивов эхинококкоза, частота которых по данным разных авторов колеблется в широких пределах (3.3-54%), что обусловлено существующей терминологической путаницей (А.З. Вафин, 1993; М.Ю. Гилевич, 1987, 1990; Ф.Г. Назыров с соавт., 2005; Ф.А. Ильхамов, 2005). Послеоперационные осложнения в хирургии эхинококкоза достигающие до 57% (нагноение, кровотечение, образование наружных желчных и гнойных свищей, гнойные лигатурные свищи) связанные с наличием остаточной полости (ОП) после удаления паразитарной кисты значительно увеличивают продолжительность лечения и являются причиной инвалидизации больных (Х.Т. Нишанов, А.Р. Яриев,

Ш.У.Кунишев , 2008; К.М.Мадартов ,А. Дусбаев , и др Ю.Л.Шевченко с соавт., 2004;Ф.Г. Назыров с соавт., 2005; A.Thompson , 2001).

В настоящее время хирургический метод лечения осложненного эхинококкоза печени, в подавляющем большинстве случаев, не имеет альтернативы. Однако операция представляет собой фактор риска, который определяется рядом причин: состоянием больного, локализацией паразитарных очагов, числом предшествующих операций. На результаты операции во многих случаях влияют серьезные осложнения, связанные с наличием остаточной полости после удаления паразитарной кисты (нагноение, кровотечение, образование наружных желчных и гнойных свищей). Для ликвидации остаточной полости многими учеными были разработаны различные способы от марсунилизации до применения способа ушивания и иссечения краев полостей - идеальной эхинококкэктомии (А.Т. Пулатов, 2006; В.П.Быков с соавт., 2006; Ш.И. Каримов, 2008; Т.А. Абдуфатоев с соавт., 2011;G. Mavridis et al., 2007;P. Moro et al., 2009; D.Tappe D, et al., 2010,GG Himsworth et al., 2010).

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени путем совершенствования и разработки способа обработки и ликвидации остаточной полости цианакрилатным kleem Циакрин АП-1 при эхинококкэктомии печени.

Материалы и методы исследования. Настоящее исследование основано на анализе клинических наблюдений 50 больных, находившихся на лечении по поводу эхинококкоза печени на кафедре Общей хирургии АндГосМИ на базе 2-го хирургического отделения клиники АндГосМИ за период 2015 – 2018 и 2018 по 2021 гг.

Для объективной оценки результатов хирургического лечения эхинококкоза печени пациенты были условно разделены на две группы. При хирургическом лечении эхинококкоза печени мы придерживались классификации Ф.Г. Назырова (2005).

Результаты и обсуждение. В первую контрольную группу вошли 28 (56%) больные, лечившиеся в период с 2015 по 2018 годы до внедрения комбинированного метода ликвидации ОП (остаточная полость) и которым были применены традиционные методы хирургических вмешательств.

Во вторую основную группу были включены 22 (44%) больные, находившиеся под наблюдением в период 2018-2021 годы, которым применены оптимизированные методы диагностики, хирургических вмешательств и комбинированный метод ликвидации остаточной полости при эхинококкэктомии, с применением цианакрилатного клея, у которых в период предоперационной подготовки, мы применяем комплекс мер, которые были сугубо индивидуальными.

Программа комплексной предоперационной подготовки в целом имела цель: медикаментозное лечение диагностированных сопутствующих терапевтических заболеваний, профилактическую химиотерапию, витаминотерапию, коррекцию нарушений сердечно-легочной деятельности, уменьшение веса больного (до 10-15 кг), а также профилактику тромбоэмбологических и гнойно-септических осложнений со стороны операционной раны.

Предоперационная подготовка больных основной группы проведена путем оптимизации способов антибиотикопрофилактики в сочетании с другими лекарственными препаратами и инструментальных вмешательств.

Для антибиотикопрофилактики использовали антибиотик широкого спектра действия - клафоран. Выбор клафорана была обусловлена высокой чувствительностью микрофлоры печени к антибиотикам группы цефалоспоринов, положительно действующие на грамотрицательные и грамположительные штаммы.

Для патогенетически обоснованной предоперационной подготовки и послеоперационной терапии, у больных со скрытой печеночной недостаточностью, в качестве дезинтоксикационного, антиоксидантного и гепатопротекторного средства в комплексе с другими лекарственными

препаратами применяли препарат Гепа Мерц. В предоперационной подготовке больных с эхинококкозом печени дезинтоксикационные, антиоксидантные, гепатопротекторные средства в комплексе с другими лекарственными препаратами представляются ведущими звенями в комплексе лечение этих больных. При этом очевидна их высокая эффективность в снижении интоксикации и купировании скрытой печеночной недостаточности.

Среди исследуемых больных были случаи, когда период предоперационной подготовки занимал 1-2 сутки. Это были, в основном, больные зрелого возраста, а также старческого возраста функциональные показатели которых имели отклонений от нормы. Данный контингент больных подлежал хирургическому лечению лишь после коррекции сопутствующих заболеваний.

При установлении данного диагноза следует без промедления назначить хирургическую помощь, принимая во внимание возможность развития в любой момент опасных для жизни осложнений: нагноения кисты, прорыва ее в соседние органы, разрыва капсулы и массивной инвазии эхинококка в брюшную полость. В подобных случаях может возникнуть необходимость неотложного хирургического вмешательства в связи с тяжелым нагноительным процессом, развитием обтурационной желтухи, гнойного холангита, перитонита, кишечной непроходимости и т. п.

Необходимость хирургического лечения эхинококкоза печени в первую очередь обусловлена отсутствием эффективных консервативных методов борьбы с внедрившимся паразитом. Кроме того, гибель последнего вовсе не является излечением, поскольку при этом чаще возникает опасность нагноения, прорыва или перфорации паразитарной кисты, что усложняет вмешательство, уменьшает его эффективность и нередко может угрожать жизни больного. Следует также иметь в виду, что самоизлечение, главным образом при прорыве кисты наружу, в бронх или кишку наступает редко. Вместе с тем наличие эхинококкоза отрицательно влияет на организм в

целом. Значительное промедление с операцией крайне опасно из-за возможности развития тяжелых осложнений, что увеличивает риск оперативного вмешательства и ухудшает его результаты.

Вывод. 1. Усовершенствованный метод ликвидации полости фиброзной капсулы с применением клея «Циакрин АП-1» высокоэффективен и предотвращает возникновение остаточной полости и ее нагноение.

2. При применении клеевой композиции Циакрин АП-1 обеспечивается ускорение репаративных процессов и сокращение сроков заживления остаточной полости, а также уменьшается риск развития спаек и сращений в брюшной полости в после операционном периоде.

3. Сравнительный анализ результатов традиционных методов лечения гидатидозного эхинококкоза печени и усовершенствованного нами метода операции показал преимущества последнего: осложнения удалось снизить с 25% до 13,6% и уменьшить сроки пребывания в стационаре с $14,8 \pm 1,4$ до $10,9 \pm 1,3$ койкодней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абасов Б.Х., Ашурев Б.М., Гаджиев Д.Н. и др. Хирургическое лечение эхинококкоза печени. // Диагностика и лечение эхинококкоза-Баку, 1987- стр. 51-53.
2. Абдуфатоев Т.А., Ашурев Т.А., Слонов М.Т., Шехов К.Д. Ликвидация остаточной полости при поддиафрагмальном эхинококкозе печени у детей // Анналы хирургической гепатологии. - 2003. - Т. 8.-№ 2. - С.254.
3. Абдуфаттаев Т.А., Давлятов С.Б., Шарипов М.А. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности у детей с эхинококкозом легких. //Здравоохранение Таджикистана №2, 2000 - стр.173- 174
4. Абдуфатаев Т.А., Давлятов С.Б., Шарипов М.А. Применение Вермокса в лечении эхинококкоза у детей. //Здравоохранение Таджикистана -№4- стр.272-273.

5. Абжуева О.В. Первый опыт клинического применения клея ФК-1 при оперативных вмешательствах. / О.В Абжуева, В.М. Русанов, И.Л. Жидков. // Вестник хирургии. 2000. - Том.159. - №2. - С. 78 - 82.
6. Абидова С.С. Антиоксидантная терапия при хирургическом лечении эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т. 10. -№ 2. - С. 96.
7. Агаев Р. М. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени / Р.М. Агаев, Р. М. Мамедов, А. К. Будан // Анналы хирургии. - 2005. - №1. - С.54-60.
8. Агаев Р.М. Влияние озона на ультраструктуру печени при эхинококкозе / Р.М. Агаев, Р.Э. Джадарли, Г. Мамедбекова // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - т.11, №3. - С.176-177.