

ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**А. С. Бабажанов, А. И. Ахмедов, Э. М. Абдурахмонов**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: эхинококкоз, малоинвазивная хирургия, видео-эндоскопические технологии, печень.**Таянч сўзлар:** эхинококкоз, кам инвазив хирургия, видео-эндоскопик технология, жигар.**Keywords:** echinococcosis, minimally invasive surgery, endo-video technologies, liver.

Органосохраняющие операции при эхинококкозе печени сопровождаются незначительной травматизацией ткани печени. Именно случаи, когда травматичность доступа превышает травматичность самого вмешательства на оперируемом органе являются показанием к использованию малоинвазивных, видеоэндоскопических технологий. Малоинвазивные видео-эндоскопические методики лечения эхинококкоза печени значительно улучшают результаты лечения больных. По мере накопления опыта выполнения этих операций для все большего числа больных эхинококкозом доступы станут оптимальными для выполнения оперативного вмешательства.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ТАНЛАШ**А. С. Бабажанов, А. И. Ахмедов, Э. М. Абдурахмонов**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Жигар эхинококкозида аъзони саклаб қолиш операция қилинаётганда жигар тўқималарига кичик шикастланиш билан бирга кечади. Ана шундай ҳолатларда, операцияни йўл жароҳатланиш хавфини оширадиган бўлса, кам инвазив, видеоэндоскопик технологияларни қўллаш айни муддао ҳисобланади. Кам инвазив видео-эндоскопик усуллар жигар эхинококкози билан даволанаётган беморларнинг даволаш натижаларини анча яхшилади. Йиғилиб келаётган тажрибалар шуни кўрсатмоқдаки, кўпгина эхинококкоз билан оғриган беморларни операция қилишда бу усуллар оптимал усул ҳисобланмоқда.

THE CHOICE OF TREATMENT FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS**A. S. Babajanov, A. I. Akhmedov, E. M. Abdurakhmanov**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Organ-preserving operations in echinococcosis of the liver are accompanied by a slight trauma to the liver tissue. It is the cases when the invasiveness of access exceeds the invasiveness of the intervention itself on the operated organ are indications for the use of minimally invasive, video endoscopic technologies. Minimally invasive video endoscopic techniques for treating liver echinococcosis significantly improve patient outcomes. With the accumulation of experience in performing these operations for an increasing number of patients with echinococcosis, the approaches will become optimal for performing surgery.

Эхинококкоз человека является серьезной медицинской и социальной проблемой, где имеются эндемические очаги этого заболевания. [4, 5, 6, 8]. Традиционно применяемые методы оперативного лечения эхинококкоза печени травматичны, сопровождаются большим числом осложнений, частыми рецидивами, инвалидизацией пациентов в послеоперационном периоде. Использование новых малоинвазивных, видеоэндоскопических технологий открывает новые перспективы в лечении этого паразитарного заболевания. Минимизация операционной травмы позволяет уменьшить количество осложнений, значительно облегчить течение послеоперационного периода, сократить время реабилитации и улучшить качество жизни больных с эхинококкозом [1, 2, 3, 7].

Цель работы: определить принципы выбора метода оперативного лечения эхинококкоза печени и роль малоинвазивных, видео-эндоскопических технологий.

Материалы и методы: в хирургическом отделении Самаркандского городского медицинского объединения с 2012 года по 2018 год на стационарном лечении находились 97 больных с эхинококкозом печени. Сочетанное поражение печени и легких было у 8 больных (8,2%), диссеминированный эхинококкоз с поражением двух и более органов - у 11 больных (11,3%). Из 97 больных эхинококкозом печени поражение правой доли было у 61 больных (62,9%), левой доли - у 27 пациентов (27,8%), правой и левой - у 9 больных (9,3%). Одна паразитарная киста была у 58 больных (59,8%), две кисты—у 13 (13,4%) ,три кисты - у

11 (11,3%), четыре и более кисты - у 15 пациентов (15,5%). Среди оперированных больных было 43 мужчин и 54 женщины в возрасте от 18 до 72 лет. Средний возраст пациентов составил $42,3 \pm 6,8$ лет. Всем больным выполняли общеклинические обследования, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости. 37 больным - компьютерную или магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости и забрюшинного пространства. 73 больным (75,25%) выполнены лапароскопические эхинококкэктомии и 24 (24,75%) - традиционные лапаротомные эхинококкэктомии. Обработку остаточной полости после эхинококкэктомии, производили 1% раствором бетадина (повидон-йода) который обладает выраженным бактерицидным и сколексоцидным действием, не раздражает брюшину и с меньшей частотой чем при использовании других антисептиков, приводит к осложнениям. В послеоперационном периоде всем пациентам назначался Альбездол (альбендазол) по 10мг/кг массы тела в сутки (в среднем по 1 таблетка ,400 мг дважды в день) на протяжении 4 недель. При рецидивном и диссеминированном эхинококкозе печени назначались от 2 до 4 месячных курсов.

Результаты и их обсуждение: выполнение органосохраняющих операций при эхинококкозе печени сопровождается незначительной травматизацией ткани печени. Именно случаи, когда травматичность доступа превышает травматичность самого вмешательства на оперируемом органе, являются показанием к использованию малоинвазивных, видео-эндоскопических технологий. Во всех случаях гистологического исследования стенок паразитарных кист печени нами не выявлено эксцентричного роста паразита в толщу фиброзной капсулы и близлежащую паренхиму органа. Эта особенность *Echinococcus granulosus* в организме человека позволила нам отдать предпочтение органосохраняющему подходу к оперативному лечению эхинококкоза. Большинство органосохраняющих оперативных вмешательств на печени при эхинококкозе можно выполнить с использованием видео-эндоскопической техники. Основным условием для успешного выполнения этих вмешательств является поверхностная локализация кисты. Так, показаниями к лапароскопической эхинококкэктомии служили поверхностно расположенные паразитарные кисты по висцеральной или диафрагмальной поверхности печени, кисты левой доли печени. Для получения точного представления о топографии паразитарной кисты, мы пользовались полипозиционным ультразвуковым исследованием или компьютерной томографией. В случаях когда киста выходит на поверхность органа ее визуализация во время операции не представляет проблем. В остальных случаях следует отказаться от лапароскопического доступа, либо использовать интраоперационное ультразвуковое исследование. Важное значение, при выполнении лапароскопических операций имеет расположение троакаров. Так, в начале освоения методики мы использовали традиционное расположение троакаров: первый - диаметром 1 мм вводили в околопупочную область (для лапароскопа), второй и третий- в эпигастральную область и в правом подреберье. Но при таком расположении троакаров доступными для лапароскопического удаления являются лишь кисты, расположенные в висцеральных частях III, IV, V и VI сегментов печени. При локализации кист по диафрагмальной поверхности I, II, и VIII сегментов, их визуализации и манипуляции по их удалению практически невозможны. В последнее время мы используем расположение троакаров индивидуальное, в каждом конкретном случае в зависимости от локализации и количества паразитарных кист. Пневмоперитонеум накладываем иглой Вереша в околопупочной области. Первый 1 мм троакар для лапароскопа вводим в правой подреберной области на расстоянии 3-5 см по направлению к средней линии от наиболее приближенного к брюшной стенке участка кисты. Второй 10-12 мм троакар вводим на 3-5 см ниже кисты. Через него производим удаление содержимого кисты с помощью электроотсоса обработку остаточной полости и ее дренирование. При наличии двух кист вводим дополнительно четвертый троакар, в зависимости от локализации второй кисты. Такое расположение троакаров позволяет удалять кисты почти всех отделов печени при условиях их поверхностного расположения. Расположение третьего и дополнительных троакаров, выбираем с учетом использования этих точек для

последующего дренирования остаточных полостей. Для более удобного доступа к кистам дифрагмальной поверхности печени мы пересекали круглую и серповидную связки печени, пациента переводили в фаулеровское положение. При этом, печень под действием силы тяжести опускается книзу, открывая дифрагмальную поверхность. Лапароскопическое удаление эхинококковых кист печени удалось у всех 53 пациентов. Продолжительность операции составила от 25 до 120 минут. Ни в одном случае мы не перешли к лапаротомии. Продолжительность пребывания в стационаре составила от 2 до 9 суток. Летальность не наблюдалась. Все пациенты наблюдались нами на протяжении от 4 месяцев до 6 лет, после операции (в среднем 18 месяцев). Рецидив эхинококкоза диагностирован у 4 больных (6,5%): у одного – после лапароскопической эхинококкэктомии (1,03/5) и у 3 (3,1%) - после лапаротомной.

Выводы: Использование малоинвазивных, видео-эндоскопических методик лечения эхинококкоза печени значительно улучшает результаты лечения больных. По мере накопления опыта выполнения этих операций для большого числа больных эхинококкозом станут доступными оптимальными методами для выполнения оперативного вмешательства.

Использованная литература:

1. Базарова Ш. Ю., Маражабова Д. И., Менглиева И. А., Таджиева М. А., Тухтамурод З. З. Пути улучшения лечения больных с эхинококкозом печени // Молодой ученый. 2018.
2. П. С. Ветшев, Г. Х. Мусаев, С. В. Муслик Эхинококкоз: современное состояние проблемы // Украинський журнал хірургії. 2013. № 3. С. 196–201.
3. В. А. Вишневский, М. Г. Ефанов, Р. З. Икрамов и др. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение. Докладная гастроэнтерология, №2, 2013. 18-25 С.
4. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени // Вісник наукових досліджень, 2016. № 1. 4.
5. Шамсиев А.М. и др. Выбор методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Шпитальна хірургія, 2016. № 4. С. 76-79.
6. Ali Alamer et al. Preoperative diagnosis of hydatid cyst of the breast: a case report // Pan Afr Med J. 2013. P.14: 99.
7. Junghanss T., A.M. da Silva, Horton. J. et al., Clinical management of cysts echinococcosis: state of the art. Problems and perspectives // American journal of Tropical Medicine and Hygiene. 2008. 79(3). P. 301311.
8. Shamsiev A.M. et al. Вибір методів хірургічного лікування ехінококозу печінки // Шпитальна хірургія. Журнал імені Л.Я. Ковальчука, 2017. № 4.