

оттиска - "тамга", национальным узбекским растительным орнаментом "ислими" в различных канонических вариациях, не допускающих произвольного изменения в рисунке. Чем более ценным считается клинок, тем тщательнее наносится на него орнамент.

Украшают рукоять ножа-пичака цветными кружочками (узб. "кёз"). Декоративные элементы - "кёз" - изготавливаются из кости, перламутра, цветных и драгоценных металлов или пластмассы. Они впрессовываются в сделанные специально для этой цели углубления в плашках. В рукояти дорогих ножей-пичаков, чаще всего бухарской работы, вкрапляют неграненые полудрагоценные камни, преимущественно бирюзу. В этом случае, в отличие от плоских заподлицо с плашками рукояти, камни не-

украшений "кёз", прошлифованных сколько выступают над поверхностью рукояти.)

Иногда каждый кружочек - "кёз" - дополнительно окружен "всечкой" - рядом мелких металлических точек или треугольников. По периметру каждой из плашек рукояти может наноситься ещё один декоративный элемент - "чермаха". Это точки или волнистая линия, выполненная из металла (меди или серебра) [2].

Приведённая информация о строении узбекских национальных ножей-пичаков, где каждая конструктивная единица может явиться слеодообразующим предметом, позволять использовать данные о колото-резаных повреждениях при проведении диагностических и идентификационных судебно-медицинских и

Литература

1. Иванов И.Н. Морфология следа острия колото-резаных орудий в колото-резаных повреждениях: Дис. ... канд. мед.наук. Л., 1991. 2. http://www.masterklinok.com.ua/russ/2007/an701_5.htm «Пчак - загадка Востока». Виктор Кленкин. г. Киев., Саидахунов М, г. Шахрихан.

**Мамараджабов С.Э.,
Курбаниязов З.Б.,
Саттаров Ш.Х.,
Кушмурадов Н.Ё.,
Баласанян А.Ю.,
Юнусов О. Т.,
Мардонов Б.А.**

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИГЕЛЬМИНТНОЙ ТЕРАПИИ

Кафедра факультетской и госпитальной хирургии (зав. - доц. Курбаниязов З.Б.) СамМИ (ректор - проф. Шамсиев А.М.)

Актуальность проблемы. Эхинококковая болезнь до сих пор остается достаточно распространенным, тяжело и хронически протекающим паразитарным заболеванием во многих регионах, в том числе и в Узбекистане. В хирургических отделениях республики ежегодно производится более 1,5 тысяч операций по поводу эхинококкоза различных органов. При этом первичные формы заболевания составляют 90,7%, количество больных с осложненными формами достигает 25-45%, а рецидивный эхинококкоз - 9,3% (Ш.И. Каримов, 1997; Ф.Г. Назыров, 2004). По данным М. Аминджанова (1999) ежегодный ущерб от эхинококковой болезни превышает более 5 млрд. сум. Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза является хирургический, хотя в последние годы появились сообщения об успешной консервативной терапии препаратами бензимидазольных карбоматов - Альбендазол, Мебендазол и др. Но, следует подчеркнуть, что хирургическое вмешательство и консервативная терапия должны дополнять друг друга (Baskaran V., et al. 2004; Georgescu S., et al. 2004).

Перспективным направлением в улучшении результатов хирургического лечения эхинококкоза и в частности при локализации его в печени являются, по нашему мнению, малоинвазивные вмешательства.

Целью нашего исследования явилось изучение возможностей и эффективности эхинококкэктомии из печени через минилапаротомный доступ посредством эндо в идеохирургической технологии с последующей химиотерапией с использованием антигельминтного препарата Вермокс и Вейрмоз 400.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 257 больных в возрасте от 15 до 68 лет, 2/3 составили пациенты женского пола. В % наблюдении у больных имелись множественные кисты печени, 23 (8,9%) больных обратились с рецидивом заболевания. Неосложненное течение заболевания наблюдалось у 182 (70,8%) больных, осложненное течение в виде нагноения ЭК и ее обызвествления обнаружены у 75 (29,2%) пациентов.

Результаты и их обсуждения. Оперативные вмешательства выполняли двумя методами: 1) Видеолапароскопическая эхинококкэк-

печени - использовали только лапароскопические доступы (21 вмешательство); 2) Видеоассистированная эхинококкэктомия печени - сочетание лапароскопии с минилапаротомией до 5 см (133 вмешательства).

Видеолапароскопическая эхинококкэктомия из печени показала ее явное преимущество перед традиционной эхинококкэктомией. Однако не всегда удавалось нам чисто лапароскопически завершать операцию и, к сожалению, не всегда она приводила к ожидаемому результату. Мы проанализировали результаты малоинвазивных вмешательств на печени у 21 (8,2%) больных. Показанием к видеолапароскопической эхинококкэктомии печени являлись неосложненные эхинококковые кисты до 5 см в диаметре без включений, расположенные в III, IV, V сегментах печени. Во всех случаях кисты располагались по переднему краю обеих долей печени. Ни в одном случае в полости фиброзной капсулы цистобилиарные свищи не выявлены. Брюшная полость дренировалась одним дренажем через лапаропорты. Длительность видеолапароскопической эхинококкэктомии в среднем составила $70,5 \pm 5,5$ мин. В 2 случаях, при выполнении видеолапароскопической эхинококкэктомии, из-за распространения кисты, расположенной в области VI сегмента печени, в VII-VIII сегменты возникли технические сложности, связанные с ликвидацией ОП и наличия цистобилиарного свища. Поэтому операцию продолжили через минилапаротомный доступ.

Видеоассистированная эхинококкэктомия из печени произведена 133 (51,7%) больным. Вначале производилась диагностическая лапароскопия во время которой устанавливали точную локализацию кисты. Для доступа использовали транс-параректальные разрезы в эпигастрии до 5 см. Для создания адекватного доступа использовали комплект хирургических инструментов «Мини-ассист». Показанием к проведению видеоассистированной эхинококкэктомии являлись одиночные кисты в диаметре до 10 см во II, III, IV, V, VI сегментах печени.

Через лапаротомный доступ эхинококкэктомия была выполнена 103 (40,1%) больным. В настоящее время предпочтение отдаем расширенной верхнесрединной лапаротомии с использованием ретрактора Сигала. Показанием к выполнению эхинококкэктомии из этого доступа считаем множественный эхинококкоз, рецидив

заболевания, наличие осложнений, локализаций кист в труднодоступных сегментах печени. Преимущественно выполнялась закрытая эхинококкэктомия (чаще шовная пластика, реже оментопломбировка). Показанием к перцистэктомии явилась кальцинация кист.

Интра- и послеоперационных осложнений при выполнении ВАЭЭ мы не отмечали. Конверсия при вышеуказанных операциях проведена в 4 случаях. В 2 наблюдениях при выполнении видеолапароскопической эхинококкэктомии потребовался переход к минилапаротомии, в 2 - от минилапаротомии к традиционной лапаротомии. Продолжительность пребывания больных в стационаре после видеолапароскопической эхинококкэктомии составила $4,3 \pm 1,2$, а после видеоассистированной эхинококкэктомии - $5,1 \pm 1,3$ дней.

У больных, которым эхинококкэктомия из печени произведена из лапаротомного доступа послеоперационные осложнения наблюдались у 9 (8,7%) больных. Продолжительность лечения пациентов составила 11,2 дня. Летальных случаев не отмечено.

Всем больным в послеоперационном периоде рекомендовалась химиотерапия (2-3 курса) в виде антигельминтных препаратов зависимости от состояния и количества кист, а также повторности поражения. Нами отмечено, что при приеме Вермокса в дозе 12 мг/кг число рецидивных и резидуальных форм эхинококкоза печени уменьшилось. А при применении Вейрмоза 400 случаев рецидивных и резидуальных форм заболевания за 5 летний период наблюдения не наблюдали.

Выводы. Таким образом, малая травматичность и низкая частота осложнений, экономическая эффективность и снижение сроков реабилитации больных с эхинококкозом печени позволило применять малоинвазивные вмешательства при данном паразитарном заболевании. Сопоставление результатов лечения больных, которым произведены малоинвазивные операции с группой больных, где проведены операции через расширенную лапаротомию с применением ретрактора Сигала условно. так как во 2 группе больные были чаще всего с осложненным течением заболевания, множественным и рецидивным эхинококкозом. Послеоперационная химиотерапия эхинококкоза является эффективным мероприятием, которая обеспечивает профилактику рецидива заболевания.

Литература

1. Аминджанов М., Аминджанов Ш. Вакцина для профилактики эхинококкоза овец в Узбекистане. Мед. паразитология и паразитарные болезни. -М., 1999. - №2. - С.58.
2. Каримов Ш.И., Крогов Н.Ф., Расулов А.Э. "Лапароскопическая эхинококкэктомия селезенки". Эндоскопическая хирургия. -М., 1997. - №1. - С.67.
3. Назыров Ф.Г., А.В.Девятов, Ш.Х. Хашимов, Махмудов У.М. Профилактическая и лечебная химиотерапия в хирургическом лечении эхинококкоза печени и брюшной полости// Мед. журнал Узбекистана, 2004. - №1. - С.2-4.
4. Baskaran V, Patnaik PK. Feasibility and safety of laparoscopic management of hydatid disease of the liver. JSLs. 2004; 8(4):359-63.
5. Georgescu S; Dubei L; Lzescu D; Crumpei F; Anton R. Hydatid disease cured by minimally invasive therapy. Romanian journal of gastroenterology. 2004 Mar; Vol. 13 (1), pp. 43-8.