

НОВЕЙШИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ**А.М. Шамсиев, Ж.А. Шамсиев, У.Т. Сувонкулов***Самаркандский государственный медицинский институт*

Цель работы улучшение результатов хирургического лечения и профилактики рецидивов эхинококкоза печени у детей.

В 1998-2001 гг. оперировали 137 (36,1%) больных, у которых обработка остаточной полости проводилась 2-5% раствором формалина (контрольная группа). В группу сравнения включены 119 (31,3%) больных, оперированных в 2002-2005 гг., у которых для обработки остаточной полости использовали 100% глицерин комнатной температуры. В основную - группу вошли 124 (32,6%) ребенка, оперированные в 2006-2010 гг., у которых остаточная полость при неосложненном эхинококкозе обрабатывалась горячим глицерином, а при осложненном - горячим глицерином в сочетании с УЗНЧ. Из общего числа наблюдаемых нами больных дети с множественными кистами составляли 36,3%, с осложненными - 32,1%.

С 2006 г. при эхинококкозе печени начали широко применять так называемый «топический минидоступ». С целью существенного увеличения угла операционного действия при использовании топических минидоступов мы широко прибегаем к мобилизации печени путем рассечения соответствующих связок органа. Важным подспорьем в расширении радикальности операции при использовании топического минидоступа является применение интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ) с целью поиска резидуальных кист в недоступных пальпаторной и визуальной ревизии участках печени. ИОУЗИ выполнено у 36 (39,6%) больных, у 7 (19,4%) пациентов оно помогло дополнительно обнаружить небольшие глубоко расположенные кисты размерами от 10 до 15 мм, которые были ликвидированы пункционным методом, что способствовало сохранению миниинвазивности выполняемой операции. Другим немаловажным инновационным решением, направленным на повышение угла операционного действия при топическом минидоступе, является использование возможностей

фиброэндоскопической техники для тщательной ревизии остаточной полости, которая позволяет осмотреть под оптическим и цифровым увеличением (x20) труднодоступные для непосредственной визуализации карманы, камеры и складки фиброзной капсулы, выявить и удалить резидуальные зародышевые элементы и фрагменты кутикулярной оболочки. Интраоперационная эндовидеофиброскопия остаточной полости печени через топический минидоступ выполнена у 23 (25,3%) из 91 больного, преимущественно с дочерними кистами. К слову, среди 380 детей с эхинококкозом печени дочерние кисты наблюдались у 63 (16,6%), в том числе в контрольной группе - у 23 (16,9%), в группе сравнения - у 17 (14,2%).

Совершенствование выбора тактики хирургического лечения эхинококкоза печени, техники выполнения хирургического вмешательства, способов антипаразитарной обработки фиброзной капсулы, повышение надежности ушивания остаточных полостей, снижение травматичности хирургического доступа и другие новшества, разработанные и внедренные в рамках данного исследования, не могли не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. Так, по сравнению с 1998-2001 гг. частота послеоперационных осложнений уменьшилась с 18,4 до 4,0%, т.е. почти в 5 раз. Значительно реже встречаются такие осложнения, как нагноение остаточной полости (в 8 раз), нагноение лапаротомной раны (в 2 раза), образование желчных свищей (в 3 раза), не наблюдаются поддиафрагмальные абсцессы. Продолжительность хирургического вмешательства уменьшилась в среднем на 21 мин. В 2 раза по сравнению с контролем сократилась длительность стационарного лечения после операции - с $21,2 \pm 1,2$ до $10,9 \pm 0,3$ дня. В среднем на одну неделю раньше дренажные трубки удаляют из остаточных полостей.