

эхинококкозом легких, из них мужчин – 37 (43%), женщин 49 (57%). Возраст больных варьировал от 5 до 83 лет. Эхинококковые кисты выявлены слева у 22 (25,6%), справа у 34 (39,5%), с двух сторон у 16 (18,6%), в сочетании с печенью у 14 (16,3%). В зависимости от объема и размеров эхинококковой кисты были малые – до 5 см - у 15 (17,4%), средние – 5-10 см – 38 (44,2%), большие – более 10 см – у 33 (38,4%), преобладало расположение кист в нижних долях – у 48 (55,8%) больных. В 12 (13,9%) случаях выявлен прорыв кисты в бронх, и в 5 случаях – прорыв кисты в плевральную полость. Основным методом диагностики эхинококкоза легких являлся рентгенологический, включающий многоосевую рентгеноскопию и рентгенографию. Все больные подвергались УЗИ исследованию, для выявления возможного поражения эхинококкоза печени и других органов. Всем больным произведены малоинвазивные вмешательства. В 6 случаях произведена торакоскопическая эхинококэктомия троакарным способом, а в остальных случаях выполнена миниторакоскопическая эхинококэктомия с применением минидоступа. При локализации кист в верхней доле производили торакотомию в 3,4,5 межреберье, а при кистах нижних долей в 6, 7 межреберье. При больших кистах в 12 случаях миниторакотомию производили без предварительной торакоскопии с целью предотвращения повреждения кисты во время торакоцентеза и торакоскопии. Капитонаж полости производили в зависимости от конфигурации и объема кисты. При округлых кистах у 35 больных полость ликвидирована по способу Вахинова. При глубоких полуовальных кистах у 24 больных капитонаж произведен вертикальными полукисетными швами. У 17 больных выполнена методика Боброва-Спасокукоцкого. В 10 случаях выполнена методика Вишневого. При двусторонней локализации кист у 11 больных произведены поэтапные операции, а в 5 случаях - одно-

ментная эхинококэктомия. При сочетании кист легкого с печенью в 8 случаях выполнены поэтапные операции, а в 4 случаях – произведена одномоментная видеоторакоскопическая и видеолaparоскопическая эхинококэктомия через отдельные линии – доступы.

Результаты. В послеоперационном периоде у 2 больных после ликвидации остаточной полости по Вишневскому на рентгенограмме выявлен экссудат в полости, которая пунктирована. В последующем на месте кист остались сухие полости. Всем больным в послеоперационном периоде проводили химиотерапию. 22 больных принимали мебендазол в количестве 40 мл/кг веса в течение 35 – 40 дней. 45 больных принимали альбендазол в расчете 12 мл/кг веса в течение 35 – 40 дней. 19 больных получили «Чеблин СК-1» по 1 чайной ложке в день в течении одной недели, со 2 недели – по 2 чайные ложки, с 3 недели - по 1 столовой ложке в день. Больные наблюдались в течении 1 года. Среди больных, принимавших мебендазол, при контрольном рентгенологическом исследовании через 6 месяцев выявлен рецидив заболевания в легких. Этим больным проведен повторный курс химиотерапии с применением препаратов альбендазол и «Чеблин СК-1». После проведенного курса лечения на 15 – 20 сутки у 3 больных произошел прорыв кисты в бронх, еще у 3 – кистозные образования рассосались. У больных, принимавших альбендазол и «Чеблин СК-1» при контрольном исследовании через 6 месяцев и 1 год рецидивов заболевания не выявлено.

Выводы. Таким образом, малоинвазивные хирургические вмешательства при эхинококкозе легких с использованием эндовидеохирургической технологии является альтернативным. Химиотерапия в послеоперационном периоде является обязательным дополнением к комплексному лечению и предупреждению возникновения рецидивов заболевания.

РОЛЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

З.Б. Курбаниязов, С.Э. Мамараджабов, Р.Р. Азимов, К.Э. Рахманов, Б.А. Мардонов

Самаркандский государственный медицинский институт

Цель. Изучение возможностей и эффективности эхинококэктомии из печени через минилапаротомный доступ посредством эндовидеохирургической 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, $\frac{2}{3}$ составили пациенты женского пола. В $\frac{1}{2}$ наблюдении у больных имелись множественные кисты печени, 23 (8,9%) больных обратились с рецидивом заболевания. Неослож-

ненное 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 эхинококкэктомия печени - использовали только лапароскопические доступы (21 вмешательств); 2) Видеоассистированная эхинококкэктомия (ВАЭЭ) 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. 133 (51,7%) больным произведена видеоассистированная эхинококкэктомия из печени. 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. 103 (40,1%) больным эхинококкэктомия была выполнена через лапаротомный доступ. В настоящее время предпочтение отдаем расширенной верхнесрединной лапаротомии с

использованием ретрактором 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 перицистэктомии 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.

Вывод. Таким образом, малая травматичность и низкая частота осложнений, экономическая эффективность и снижение сроков реабилитации больных с эхинококкозом печени позволило применять малоинвазивные вмешательства при данном гельминтозе. Сопоставление результатов лечения больных, которым произведены малоинвазивные операции с группой больных, где проведены операции через расширенную лапаротомию с применением 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.