

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги
Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Ўзбекистон хирургияси

Илмий — амалий журнал

1999 йилда ташкил этилган

Хирургия *Ўзбекистана*

Научно-практический журнал

Основан в 1999 году

Главный редактор

Ф.Г. НАЗЫРОВ

Редакционная коллегия:

В.Е. Аваков, М.Д. Азизов, Х.А. Акилов, М.М. Алиев, А.В. Алимов, У.А. Арипов, Д.Л. Арустамов, Д.С. Гулямов,
А.В. Девятков (ответ.секретарь), Ю.И. Калиш (зам.главн.редактора), М.Х. Кариев, Ш.И. Каримов, М.М. Мах-
мудов (зам.главн.редактора), С.Н. Наврузов, З.М. Низамходжаев (ответ.секретарь), А.С. Сулейманов,
Б.З. Турсунов, А.М. Хаджибаев

Учредитель — Научный центр хирургии им.акад. В.Вахидова МЗ РУз

2001, №3

Адрес редакции: Республика
Узбекистан,
г. Ташкент-700115,
ул. Фархадская, 10
E-Mail: akilov@churg.silk.org
Телефон: (371-2) 77-25-22
Телефон / факс: (371-2) 77-04-94

*Журнал зарегистрирован
в Государственном Комитете
по печати Республики Узбекистан
28 января 1999 г.
(Регистрационный № 00253)*

*Расчетный счет: 20212000903999363001
в отд. "Саехат" национального банка
ВЭД РУз, МФО 00905, ИНН 202897523*

*Подписной индекс:
1041 - для индивидуальных подписчиков
1042 - для организаций*

Редакционный совет:

Агзамходжаев Т.С.	(Ташкент)
Акилов Ф.А.	(Ташкент)
Алиев М.А.	(Алматы)
Ахтамов Д.А.	(Самарканд)
Бабаджанов Б.Р.	(Ургенч)
Бабажанов К.Б.	(Ургенч)
Багненко С.Ф.	(С-Петербург)
Байбеков И.М.	(Ташкент)
Бахритдинов Ф.Ш.	(Ташкент)
Бокерия Л.А.	(Москва)
Гальперин Э.И.	(Москва)
Ерамишанцев А.К.	(Москва)
Ермолов А.С.	(Москва)
Ещанов А.Т.	(Нукус)
Жерлов Г.К.	(Томск)
Касымов Ш.З.	(Ташкент)
Константинов Б.А.	(Москва)
Кротов Н.Ф.	(Ташкент)
Курбанов Д.Д.	(Ташкент)
Мадартов К.М.	(Термез)
Мамакеев М.М.	(Бишкек)
Рахимов С.Р.	(Андижан)
Рахманов Р.К.	(Карши)
Сабиров Б.У.	(Самарканд)
Федоров В.Д.	(Москва)
Ходжибеков М.Х.	(Ташкент)
Худайбергенов А.М.	(Ташкент)
Шалимов А.А.	(Киев)
Шамсиев А.М.	(Самарканд)
Шарапов Н.У.	(Ташкент)

**МАТЕРИАЛЫ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«ВАХИДОВСКИЕ ЧТЕНИЯ 2001»
«Актуальные проблемы эхинококковой болезни человека»**

РАЗДЕЛ I

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, ВЕТЕРИНАРНЫЕ И ОБЩЕБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ**

**ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ
ЭХИНОКОККОЗЕ У ДЕТЕЙ**

А.Т. Аллаберганов, М. В. Зайялиева
г.Ташкент

Проблема эхинококковой болезни у детей привлекает пристальное внимание исследователей различных специальностей. Это вызвано значительным распространением и ростом заболевания как среди взрослого, так и среди детского населения.

В связи с выше сказанным мы исследовали состояние иммунитета у детей в возрасте от 5 до 15 лет больных эхинококкозом. При этом выявлено снижение $CD3^+$, $CD4^+$, $CD8^+$, рост $CD72^+$ и $CD16^+$. Соотношение $CD4/CD8$ клеток определялось в пределах нормы за счет равнозначного снижения $CD4^+$ и $CD8^+$ лимфоцитов. У 42,8% больных выявлено снижение фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН). Содержание IgA и IgM не отличалось от данных контроля, а IgG достоверно превышало данные. Выявлены клеточная сенсibilизация и антитела к антигенам эхинококковой кисты ($p < 0,001$).

После операции у больных наблюдалось снижение $CD3^+$ и $CD4^+$ клеток, рост $CD8^+$ ($p < 0,01$) и $CD16^+$ клеток. Показатели Ig, A, M и G обнаружили в значениях контроля. Клеточная сенсibilизация и АТ к антигенам эхинококковой кисты регистрировались незначимо ниже, чем до операции.

Таким образом, при множественных и осложненных преимущественно нагноившихся кистах выявлялся значительный иммунологический дисбаланс, проявлявшийся активацией клеточного иммунитета и специфических показателей при осложненном, иммунодепрессия и рост сенсibilизации и АТ- при множественном эхинококкозе у детей.

НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В БОРЬБЕ С ЭХИНОКОККОЗОМ.

М.Аминжанов, Ш.Аминжанов
г. Ташкент

В последние годы отмечен рост инвазии как среди животных, так и среди населения, что показывает актуальность проблемы эхинококкоза. Так, по данным А.Шеркулова (2000) количество заболевших эхинококкозом среди населения Самаркандской области выросло в 3,7 раза. Эхинококкоз имеет тенденцию к росту среди детей до- и школьного возраста. Н.Баймуратов (1996) при анализе 86 детей эхинококкозом отмечал, что 24 из них были от 1,8 до 7 летнего возраста (27,9%), 22 — в возрасте от 8 до 10 лет (25,6%) и 40 — в возрасте 11 — 15 лет (46,5%).

По данным М.Аминжанова (2000) пораженность крупного рогатого скота в среднем в Республике составляет 26,84%, овец — 41,85%, коз — 9,3%, верблюдов — 21,46%. По подсчетам И.Иргашева и др. (2000) экономические потери на 1000 голов крупного рогатого скота равнялась 9 млн. сумов на столько же голов овец — 3 млн. сумов.

До настоящего времени в основу борьбы с эхинококкозом животных входило: уничтожение бродячих собак, плановая дегельминтизация сторожевых приотарных собак и утилизация пораженных эхинококкозом органов убойных продуктивных животных.

Предложенные методы борьбы против эхинококкоза были эффективны далеко не всегда. Используемые во всем мире антигельминтные препараты обесценивали лишь изгнание эхинококка из организма собак, не убивая яйца паразита. После дегельминтизации во внешнюю среду попадают миллионы яиц эхинококка, которые попадают в воду и траву и заражают животных.

Люди заражаются эхинококкозом при поедании обсемененных яйцами паразита клубники, зелени, винограда и др. плодов и овощей.

Нами была разработана вакцина для профилактики эхинококкоза овец и собак. Опытную группу составили 15 ягнят текущего года рождения и 10 голов беспородных собак. Ягнята, в зависимости от используемой дозы вакцины, были разделены по 5 голов на 2 подопытных и одну контрольную группы. Вакцину животным вводили внутримышечно в двух дозах однократно. Ягнят контрольной группы не вакцинировали. Через 30 — 45 дней после иммунизации животных независимо от групп подвергали искусственному заражению онкосферами от собак — до коров или от спонтанно зараженных. Каждому животному через рот давали 5 тыс. яиц эхинококков. Животные находились под наблюдением в течении 3 месяцев.

После истечения 3 месяцев ягнята подвергались убою и их внутренние органы исследовали на наличие эхинококковых пузырей. Установлено, что из 5 животных первой подопытной группы 4 не заразились эхинококкозом, в одном случае выявлено 7 пузырей из которых 5 были мертвыми. Эффективность составляла 80,0%. У второй подопытной группы 3 из 5 не заразились. В организме двух зараженных выявлено 18 цист эхинококка, из которых 11 оказались мертвыми. Контрольные ягнята полностью заразились эхинококкозом. У них найдено 162 цисты паразита, 154 из них являлись живыми. Лишь 8 были мертвыми. Средняя пораженность на зараженную голову в пер-

вой подопытной группе составляла 2 экз., во второй подопытной группе — 9 экз., пораженность была в 3 — 4 раза меньше по сравнению контрольными ягнятами.

Собаки также в зависимости от испытанных доз вакцины были разделены по 4 головы на 2 подопытные группы и 2 животных составили контрольную группу. Подопытным собакам вакцину вводили внутримышечно в двух дозах. Контрольным собакам вакцину не вводили. На 30-й день всех собак независимо от групп заражали протосколексами эхинококка по 2 тыс. экз. на голову. Собаки находились в течении 3 месяцев под наблюдением. После чего собак подвергали убою и их кишечник исследовали на наличие паразитов.

Результаты исследований показали, что из 4 собак первой группы у 3 найден эхинококк. У одного животного найдено 3 экз. паразита из животных второй подопытной группы заразились две головы т.е. 50%. Животные контрольной группы полностью заразились эхинококком. Найдено 1020 экз. паразита в среднем 510 экз. на голову.

На основании проведенных исследований можно заключить, что эффективность вакцины против эхинококкоза овец равняется 60 — 80%, собак — 50 — 75%.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИММУНОДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ.

Р.М.Ахмедов, И.А.Мирходжаев, Э.Ш.Вахидов,
Т.С.Комилов
г. Бухара

За последние годы в Республике Узбекистан наблюдается тенденция к росту самого тяжелого и опасного гельминтоза человека — эхинококкоза. Особую остроту проблемы придает значительный социально-экономический ущерб, наносимый эхинококкозом народному хозяйству страны составляющий миллионы сумов в год (Ш.А.Разаков, 1998).

Учитывая вышеизложенное, в Бухарской области, по приказу Управления здравоохранения, создан “Центр диагностики и профилактики эхинококкоза”. В связи с этим впервые в Бухарской области начато проведение плановых мероприятий по борьбе и профилактике эхинококкоза человека и животных, с привлечением врачей эпидемиологов, паразитологов и специалистов НИИ медицинской паразитологии имени Л.М.Исаева МЗ Р.Узбекистан.

Целью данного исследования явилось, изучение ситуации по эхинококкозу в городе Бухаре и в районах Бухарской области путем проведения профилактических осмотров определенного контингента населения, а также сравнительная оценка некоторых иммунодиагностических тестов в ранней диагностике заболевания.

Серо-эпидемиологическое обследование населения реакцией непрямой гемагглютинации (РНГА) прово-

дилось по методике Л.П.Степанковской в модификации В.И.Зарихиной (1979). Наряду с этим мы дополнительно применили новый иммунодиагностический тест, основанный на регистрации в крови больных антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ) реагирующих с эхинококковыми антигенами (патент № 4244 1996 г.). В двух городах (г. Бухаре, г. Каган) и в 6 районах области всего обследовано 2582 человека, из них мужчин — 1155, женщин — 1427.

По данным обследования населения РНГА, положительно реагирующих было 164 (6,4%) из 2582 человека. В отдельных городах и районах число серопозитивных составило от 1,3% (Каракульский) до 11,5% (Бухарский район). Диагностическим титром РНГА принималось разведение 1:320. В г. Бухаре в титре 1:320 и выше 9 человек (5,5%) Гиждуванском районе 5 (3%), Жондорском районе 7 (4,2%), Каракульском районе 1 (0,6%), Ромитанском районе 8 (4,9%), Шафрианском районе 6 (3,6%).

На основании полученных результатов РНГА можно констатировать, что неблагополучными зонами в области являются г. Бухара (титр 1:160 и выше у 36). Жондорский и Гиждуванские районы. Установлено, что наиболее уязвимыми в отношении эхинококкоза оказались подростки-мальчики в возрасте 11 — 14 лет (23%) и женщины — домохозяйки.

Интерес представляет тот факт, что при совместном содержании на приусадебном участке овец и собак риск заражения жителей повышается. Выявлена прямая корреляция между серо-положительными лицами в домовладениях и наличием на участке собак и овец.

Сравнительная оценка иммунодиагностических тестов РНГА и АСЛ во время профилактических осмотров показали, что предлагаемый нами метод иммунодиагностики несколько превосходит по чувствительности и специфичности РНГА, т.к. при слабopоложительных и сомнительно низких ее титрах (1:40, 1:160) у 10 обследованных реакция АСЛ оказалась положительной. Причем количественные показатели АСЛ находились в прямой зависимости от длительности заболевания, тяжести и хронизации процесса.

Санитарно-ветеринарное обследование убойных животных показало, что среди крупного рогатого скота пораженность эхинококкозом составила 76,6%, мелкого рогатого скота — 62,1%, свиней — 87,2%.

В целом, при иммунологическом обследовании населения Бухарской области на эхинококкоз, РНГА серопозитивной составила в среднем 8,5%, это намного выше средне-республиканского показателя — 2 — 4% (Ш.И.Каримов, 1998).

С учетом вышеперечисленных факторов наиболее эффективным путем решения проблемы эхинококкоза является санитарно-просветительная работа среди сельского населения, особенно среди женщин и школьников, организация массовых профилактических обследований населения и раннее выявление пораженных лиц. Эффективными диагностическими средствами при этом являются серологические реакции (РНГА, АСЛ) и УЗИ.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

Л.Г.Баженов, Е.В.Артемова, А.С.Суюмова,
С.А.Кучкарова
г.Ташкент

Частое нагноение эхинококковых кист и развитие гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде, существенно утяжеляют течение заболевания, обуславливают целесообразность изучения микробиологических аспектов данной проблемы.

Нами изучено 84 пробы патологического материала от 61 больного с эхинококкозом легких, сопряженных с нагноениями. В качестве материала для исследования использовали мокроту, пунктаты из плевральной полости, отделяемое ран, содержимое дренажных трубок.

Выделение и идентификацию микроорганизмов проводили общепринятыми методами. Чувствительность микрофлоры к антибиотикам (свыше 35 наименований) определяли методом диффузии в анар из дисков.

Наличие микрофлоры установлено у 51 (83,6%) больного, у остальных 10 (16,4%) микроорганизмы не обнаружены. Всего выделен 61 штамм микроорганизмов. Из них чаще всего встречались *Streptococcus pyogenes* (44,2%), *Pseudomonas aeruginosa* (16,4%), *Neisseria flova* (13,1%), *Staphylococcus epidermidis* (9,8%) и грибы рода Кандида (6,6%). *S. aureus*, *Enterococcus* и неидентифицированные грамотрицательные палочки составили по 3,3%. Однако эти частотные характеристики варьировали в зависимости от вида исследуемого материала. Так, в мокроте преобладали *S. pyogenes*, *N. flova* и *Candida spp.* (61,4%, 18,2%, 9,1%, соответственно), в раневом отделяемом — *S. epidermidis* (71,4%), в пунктатах из плевральной полости — *Ps. aeruginosa* (75,0%).

S. pyogenes демонстрировали достаточно высокую чувствительность к антибиотикам. Все изученные штаммы этого микроорганизма были чувствительны к цефтриаксону (лендации), ципрофлоксацину (сифлокс), эритромицину и бисептолу. По отношению к цефотаксиму, цефтазидиму, ровамицину, рифампицину, доксициклину и амоксиклаву частота устойчивых штаммов колебалась от 4,2% до 14,3%. К пенициллину 16,0% культур было резистентно.

Цефоперазон (цефобид), ципрофлоксацин, офлоксацин, амикацин и полимиксин угнетали рост всех штаммов *Ps. aeruginosa*, цефотаксим — 77,8%, цефтазидим — 71,4%.

Все культуры *S. epidermidis* были чувствительны к офлоксацину, цефотаксиму, цефтазидиму, цефуроксиму, диклоксациллину, доксициклину, гентамицину и фузидину. К амоксиклаву, центриаксону, цефазолину, ципрофлоксацину было устойчиво до 20% штаммов данного микроорганизма.

Обращает на себя внимание достаточно высокая частота обнаружения *Candida spp.* в мокроте (9,1%), при этом обсемененность ими материала, как правило, превышала 104 КОЕ/мл, что указывает на их опреде-

ленную клиническую значимость. Выделены культуры В и к некоторым другим препаратам.

N. flova мы рассматривали как сапрофиты и поэтому чувствительность их к антибиотикам не определяли.

Таким образом, в развитии гнойно-воспалительных процессов, ассоциированных с эхинококкозом, ведущую роль играют *S. pyogenes*, *Ps. aeruginosa*, *S. epidermidis* и *Candida Spp.*

Из арсенала современных антимикробных средств на основании определения антибиотикограммы выделенных патогенов, можно выявить наиболее активные из них.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА.

М.Х.Кариев, С.В.Ходиев, П.А. Шарипова
г. Ташкент.

Для эхинококкоза головного мозга характерен длительный доклинический период. С момента возникновения первых клинических проявлений заболевания в виде головных болей происходит постоянное усиление присутствующих возникновение и лавинообразное развитие новых общемозговых и локальных неврологических симптомов. Манифестация клинических проявлений нередко предшествует нарушению витальных функций организма, что без экстренного хирургического вмешательства неминуемо ведет к смерти пациента.

“Клиническое мышление”, способствующее ранней и адекватной диагностике, неразрывно связано с пониманием патофизиологических механизмов развития того или другого заболевания. Вместе с тем, в литературе недостаточно ярко освещены эти механизмы касательно эхинококкоза головного мозга, что, возможно, является определенным моментом, объясняющим запоздалую диагностику данного заболевания.

Цель работы: изучить основные механизмы развития клинических проявлений эхинококкоза головного мозга.

Материалы и методы за шесть лет анализированы результаты комплексного обследования и хирургического лечения 90 пациентов с эхинококкозом головного мозга. Диагноз устанавливался на основании проведенных сомато-клинического, клинико-неврологического, инструментальных и лабораторных методов исследования.

Результаты и обсуждение: Полученные результаты позволили определить основные патогенетические механизмы развития клинических проявлений эхинококкоза головного мозга.

С момента гематогенного заноса сколекса эхинококка в ткань мозга начинается формирование кисты, которая медленно и прогрессивно увеличивается в размерах. В первые месяцы, а возможно и годы, происходит компенсация интракраниального пространства на дополнительно возникший объем. Начало клинических проявлений связано с истощением или, вследствие экстрапричин, срывом компенсаторных механиз-

мов. Возникает интракраниальная гипертензия, обна-руживающая себя развитием общемозговой симпто-матики, а позднее и изменениями со стороны зри-тельного анализатора.

В дальнейшем происходит усиление общемозго-вого симптомокомплекса и возникновением локаль-ных выпадений. Последние главным образом связаны с двигательными нарушениями и поражениями ЧМН.

Последним этапом, который знаменует полное ис-тощение компенсаторных механизмов, является вкли-нение различных отделов головного мозга в анатоми-ческие отверстия черепа. С этим связано развитие ви-тальных нарушений и крайне редкие случаи доопера-ционной смертности.

Все вышеизложенное позволило нам определить основные звенья патогенеза эхинококкоза головного мозга:

а) гипертензионное, за счет динамического уве-личения размеров. На ранних стадиях заболевания интракраниальное пространство способно компенсировать дополнительный объем. Позднее происходит истощение или, в силу действия экстрапричин, срыв компенсации.

б) локально-компрессионное, за счет давления на отдельные структуры головного мозга и в первую очередь, на кору и ядра ЧМН.

в) дислокационное, за счет нарушения нормаль-ных анатомо-морфологических соотношений структур головного мозга.

В некоторых случаях, в зависимости от расположе-ния и размеров эхинококковой кисты (особенно при локализации в задней черепной ямке) наблюдается дополнительное воздействие — вторичное гипертен-зионно-гидроцефальное. Оно проявляется в тех слу-чаях, когда прогрессивно увеличивающаяся гидатида вызывает окклюзию желудочковой системы на раз-ном уровне.

Выводы:

1. Эхинококкозу головного мозга свойственно псев-доопухолевое течение с признаками доброкачествен-ности патологического процесса.

2. Эхинококковая киста головного мозга является уникальной интракраниальной патологией, сочетая в себе сущность инородного тела и новообразования.

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНО- КОККОЗА ЛЕГКИХ

О.К. Кулакеев, Б.Н. Орманов
г.Шымкент

Частота послеоперационных осложнений при хи-рургическом лечении эхинококкоза легких (ЭЛ) оста-ется довольно высокой — 10-52%. В условиях все возрастающей антибиотикорезистентности микроор-ганизмов и депрессии иммунной системы при пато-логических состояниях, поиск новых средств и препара-тов для борьбы с инфекцией и активации иммун-ной системы становится актуальным. Нами проведе-но изучение влияния нового иммуномодулятора и

антиоксиданта — иммуномодулина на процессы сво-боднорадикального окисления липидов. По данным различных авторов иммуномодулин оказывает суще-ственное положительное влияние на течение различ-ных патологических состояний, предупреждая и инак-тивируя накопление токсических продуктов ПОЛ, уси-ливая функции микросом гепатоцитов, в частности активизируя функции монооксигеназной системы в эксперименте.

Все это послужило предпосылкой к изучению эффективности иммуномодулина при хирургическом лечении ЭЛ. В соответствии с поставленной задачей наблюдения велись за 2 группами больных ЭЛ — 25 человек в каждой, идентичных по полу, возрасту и по характеру осложнений. Первая группа (контрольная) получила общепринятую предоперационную подго-товку и послеоперационное ведение; вторую группу составили больные (у 15 из них были нагноившиеся кисты, у 10 — кисты больших размеров), которые на фоне базисной предоперационной подготовки допол-нительно получали иммуномодулин.

У больных, получивших иммуномодулин (основ-ная группа), наблюдалась следующая динамика: со-держание ДК в плазме крови под влиянием лечения снизилось на 41,7%, что привело к нормализации на-званных показателей; содержание ГПЛ в жидкой ча-сти крови под влиянием иммунотерапии снизилось на 57,7%; содержание конечных продуктов ПОЛ — МДА снизилось на 45,9% и достигло уровня здоро-вых лиц. В контрольной группе изучаемые показатели соответственно снизились на 15,7% (ДК), 27,5% (ГПЛ) и 12,8% (МДА).

Спонтанное свечение плазмы крови уменьшилось на 42,4% по сравнению с исходным уровнем и не отличалось от данных здоровых лиц. Общая светосум-ма иницированного свечения плазмы крови снизи-лась на 48,8%, однако оставалось еще повышенной. Параметры хемилюминесценции плазмы крови у лиц контрольной группы уменьшились на 25— 41,3%. Ан-тирадикальная и антиокислительная активность плаз-мы крови больных ЭЛ, получавших иммуномодулин, повысилась на 120% и 46,8% по сравнению с исход-ными и достигла показателя здоровых лиц. У лиц кон-трольной группы данные показатели увеличились на 40% и 22% по отношению к фоновым показателям, однако оставались сниженными на 32,6% по сравне-нию со здоровыми лицами.

Результаты проведенных исследований свидетель-ствуют о том, что применение иммуномодулина при-вело к полной нормализации системы ПОЛ — АОС в крови путем инактивации избыточных веществ пер-оксидации липидов в изученных биосредах с одно-временной активацией антиоксидантной системы, о чем свидетельствуют увеличение активности АРА и АОА плазмы крови, которые были в состоянии деп-рессии у лиц контрольной группы.

Под влиянием иммуномодулина активизируется фагоцитарная активность лейкоцитов, а также стиму-лируется функциональная активность лимфоцитов, что подтверждается увеличением содержания различных

форм лимфоцитов (Е — РОК; ТФ_рЛ). Наоборот, у лиц контрольной группы после операции отмечается депрессия показателей иммунного статуса организма.

При применении иммуномодулина показатели опытной группы превосходят по антиоксидантному эффекту контрольную группу более чем в 3,7 раза, по антиоксидантному эффекту в 3 раза, по влиянию на иммунный статус в 3,5 раза.

Видимо, иммуномодулин, являясь индуктором монооксигеназной системы печени, обладает антиоксидантным, антирадикальным, антиоксидантным и иммуностимулирующим действием, что позволяет использовать его для профилактики послеоперационных осложнений при хирургическом лечении ЭЛ в дозе 100 мкг в течение 3 дней до операции и 3 дней после операции.

К ВОПРОСУ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

А.С. Сулайманов, А.Ш. Вахидов, Ж.Н. Файзиев
г.Ташкент

Сообщения многочисленных ученых ближнего и дальнего зарубежья в основном касаются эхинококковой болезни у взрослых. Распространенность этого заболевания среди детей по данным литературы скудные. В распространении эхинококка среди животных и человека основную роль играют собаки, которые являются окончательным хозяином этого паразита.

Овцы являются носителями плодородных эхинококковых цист, способных заражать собак, а что касается крупного рогатого скота, то у последних наоборот чаще встречаются стерильные пузыри. Плодородные пузыри также обнаруживаются у свиней.

Жаркий климат и засушливое лето с частыми ветрами и развитое скотоводство являются немаловажными факторами в распространении эхинококка в южных районах и областях Узбекистана. Наш материал показывает, что эхинококковая болезнь имеет наибольшее распространение в Бухарской, Кашкадарьинской, Сурхандарьинской, Хорезмской, Сырдарьинской, Ташкентской областях республики. Среди областей Ферганской долины эхинококкоз чаще встречается в Андижанской области. Во многих колхозах и некоторых районных центрах до настоящего времени убой скота происходит в домашних условиях, без ветеринарно-санитарного осмотра.

Некоторые органы (кишечник, мочевой и желчный пузыри, пораженная часть печени) скармливаются собакам.

Другим эпидемиологическим фактором является то, что на селе за домашним скотом ухаживают дети. Еще одним фактором заражения на селе является обилие бродячих собак, которые выделяют вместе с фекалиями яйца эхинококка загрязняют траву, водоемы и пищевые продукты.

Это и является основой для заражения детского населения эхинококкозом.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ В РЕГИОНАХ ПРИАРАЛЬЯ

Н.У. Утегенов, А.Т. Ешанов, КТ. Кадрекв
г. Нукус

Экстремальное состояние экологической обстановки в Республике Каракалпакстан связано с ухудшением качества питьевой воды, что прямо и косвенно влияет на состояние здоровья населения. В связи с этим, мы провели исследование влияния экзо- и эндоэкологии на иммунологическую реактивность при эхинококкозе печени 38 больных детей. Мальчиков было 22, девочек - 16. В возрасте до 5 лет было 6, 6-10 лет - 20, 11-14 лет - 12 детей. Давность заболевания составляла от 2 до 8 лет. Поражение правой доли печени обнаружено у 22 детей, левой - у 9, обеих долей - у 5.

Эхинококковые кисты у 10 больных диагностированы в начальной (бессимптомной) стадии заболевания, а у остальных была вторая стадия заболевания с характерной объективной и субъективной симптоматикой. Изучены Т- и В-звенья иммунитета, уровень иммуноглобулинов А, J, М в циркулирующей крови, фагоцитарная активность нейтрофилов периферической крови, ее поглотительная способность (ФЧ) и показатели завершенности фагоцитоза (ИЗФ).

Исследования проводили при поступлении больных, перед операцией, через 3-7 дней после нее и перед выпиской. В качестве контроля обследована группа практически здоровых лиц в количестве 24 детей.

У больных детей эхинококкозом печени отмечена глубокая депрессия клеточного звена иммунитета. Установлено снижение уровня Т-клеток ($0,265 \pm 0,19$) по сравнению с контрольной группой ($1,127 \pm 0,57$) и уровня В-клеток ($0,293 \pm 0,022$, в норме - $0,530 \pm 0,032$). Выявлено достоверное повышение иммуноглобулина А ($3,28 \pm 0,27$) по сравнению с контролем ($1,73 \pm 0,12$ г/л), иммуноглобулина J ($26,1 \pm 0,79$, в контроле - $12,0 \pm 0,29$), иммуноглобулина М ($5,89 \pm 0,53$, в контроле - $1,39 \pm 0,08$ г/л). Обнаружено угнетение фагоцитарной активности нейтрофилов ($21,5 \pm 0,42\%$, в контрольной группе $76,9 \pm 4,8\%$), фагоцитарного числа ($0,94 \pm 0,024$, в контроле $4,55 \pm 0,16$ ед), индекса завершенности фагоцитоза ($0,48 \pm 0,22$ ед, в контроле $1,31 \pm 0,04$ ед.).

С целью коррекции иммунного статуса, функции печени и почек нами разработан способ дооперационного лечения (патент РУз №456, 1994 г.). При подготовке больного к операции эхинококкэктомии в течение 6 дней и в течение 8 дней после операции применяли: липоевую кислоту 0,5% - 2 мл 2 раза в день в/в с глюкозой, пантотенат кальция 20% - 1 мл в/в 2 раза в день, рибофлавин мононуклеотид 1% - 1-2 мл 2 раза в день в/м, пиридоксаль фосфат 50 мг в/м в день, ретинол 15-20 тыс. МЕ, токоферол 100 мг в/м, кокарбоксиллазу 75-100 мг в/в с глюкозой, курантил 0,5% - 2 мл в/в с 5% глюкозой, трентал 100-200 мг в/в капельно, нативную плазму, альбумин, аминокпроновую кислоту 5% - 50 мл в/в.

После применения этих препаратов в послеопе-

рационном периоде отмечалось повышение абсолютного и относительного содержания Т-лимфоцитов ($1,671 \pm 0,099$), увеличение количества Т-хелперов до $28,0 \pm 1,24\%$, Т-супрессоров до $13,0 \pm 0,65\%$, В-лимфоцитов до $0,717 \pm 0,028$. Переваривающая способность нейтрофильных гранулоцитов крови повышалась.

Операционная травма, кровопотеря, наркоз вызвали отрицательную динамику изучаемых показателей. Прослеживалась четкая зависимость между объемом поражения печени с нагноением эхинококковой кисты со снижением функции печени (альбуминообразовательная, антитоксическая, протромбинообразовательная), а также с функцией нейтрофильных лейкоцитов, индексом завершенности фагоцитоза, Т-активными лимфоцитами, иммуноглобулином А.

Перед выпиской в группе больных, получавших комплексную метаболитную терапию отмечалось увеличение общего числа Т-лимфоцитов, улучшалось соотношение между их субпопуляциями. Все показатели клеточно-гуморальных факторов иммунной системы, картина крови, функция печени приблизились к показателям контрольной группы.

Таким образом, у больных с эхинококкозом печени в осложненной форме, при больших кистах с нагноением раневой полости, эндогенной интоксикацией, клиническое течение очень тяжелое с подавлением всего звена иммунной системы. Применение метаболитных препаратов, уменьшение эндогенной интоксикации улучшает репродуктивные процессы и функцию печени.

ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА.

Г.М.Ходжиматов, Д.М.Хакимов, Б.Т. Умматалиев, Б. Султанкулов. Ш.Ш Тургунов.
г.Андижан

Проблема эхинококкоза, несмотря на достигнутые успехи по ее диагностике и лечению, до настоящего времени остается весьма актуальной, в связи с большой распространенностью данного паразитарного заболевания в нашей стране и за рубежом. Ежегодно в странах Средней Азии заражается от 30% до 53,9% местного населения (Абдуллаев Г.Н.1986, Назыров Ф.Г. 1999).

Широта распространения эхинококкоза, высокий уровень пораженности населения на эндемичных территориях, развитие осложненных форм заболевания, значительный социально-экономический ущерб, вызванный более частой обращаемостью больных за медицинской помощью, ставят эхинококкоз в ряд социально значимых и обуславливают актуальность вопросов его диагностики и лечения. В процессе жизнедеятельности эхинококковой кисты различают три периода. В первом периоде (живой паразит) эхинококковая киста содержит прозрачную жидкость, а дочерние пузыри отсутствуют. При этом кутикулярная оболочка выражена четко. Наличие дочерних пузырей свидетельствует о гибели материнской кисты, при этом кутикулярная оболочка часто распадается, жидкость в пузыре становится мутной, гнойной (второй период).

Позже наблюдается полный распад кутикулярной оболочки и дочерних пузырей, что нередко сопровождается частичным разрушением фиброзной капсулы. Нагноение в кисте с разрушением фиброзной капсулы, прорыв в плевральную и брюшную полость и в их органы характеризуют третий период-период выраженных осложнений.

Наши исследования показали, что в отличие от других локализаций характерной особенностью эхинококкоза печени является преобладание кист с мертвым паразитом и значительное количество больных с осложненными формами.

На кафедре хирургических болезней факультета усовершенствования врачей Андижанского медицинского института, на базе Андижанского филиала РНЦЭМП за год из 68 больных - эхинококкоз печени был у 50, легких у 9, селезенки у 4, брюшной полости у 4 больных, миграция эхинококковой кисты через пищеводное отверстие диафрагмы в средостение - у одного пациента. Из 68 больных эхинококкозом - кисты с живыми паразитами были только у 6 (8,8%) пациентов, в то время с мертвым паразитом - у 62 (99,2%), из них у 51 (75%) в кистах преобладали поздние посмертные изменения. Осложненный эхинококкоз был у 61 (79,7%) больного. Наиболее частыми осложнениями эхинококкоза является нагноение (59%). Перфорация нагноившихся кист, в органы грудной клетки наблюдалась в 2 (2,9 %) случаях и брюшной полости в 2 (2,9%), в желчные пути в 1 (2,5%), в поддиафрагмальное пространство в 1 (1,5%) и реже в желудочно-кишечный тракт 1(1,5%). Нередкими осложнениями является компрессия желчных путей при эхинококкозе печени с механической желтухой (4,4 %), нижней полой вены (1,5%). Желчные свищи были у 5 (7,4%) больных.

Сравнительный анализ клинического течения болезни с состоянием жизнедеятельности паразита, размером кисты и характером осложнений показал, что при живом паразите и небольших размерах кист печени чаще (74%) наблюдаются тупые боли в правом подреберье на фоне увеличения размеров печени (60%). Гибель паразита, разрушение дочерних пузырей, кутикулярного слоя материнской кисты нередко сопровождаются инфицированием препаразитарного пространства, что вызывает ряд осложнений со стороны фиброзной капсулы и окружающих тканей. Боли были у 60% больных, у 41% при обследовании отмечалось наличие опухолевидного образования в области кисты. Характерной особенностью является наличие общих симптомов: слабость (56%), ухудшение аппетита (43%), затруднение дыхания 11 (16%), диспептические проявления (13%), зуд и аллергическая сыпь (26%).

Таким образом, особенностью гидатидозного эхинококкоза печени является преобладание кист с мертвым паразитом в стадии поздних посмертных изменений и осложненного эхинококкоза. Эти осложнения наблюдаются чаще в кистах, расположенных на под диафрагмальной поверхности печени, и при их центральной локализации. Наиболее

частыми осложнениями эхинококкоза печени являются нагноение, перфорация в грудную и брюшную полость, желчные пути и компрессия желчных путей.

КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ У ДЕТЕЙ

А.М.Шамсиев, А.Х.Одилов, У.Б.Гаффаров,
Н.Д.Кодиров, Ш.Ш.Мухитдинов .
г.Самарканд

Гидатидозный эхинококкоз считается тяжелым хронически протекающим паразитарным заболеванием. Установлено, что заражение человека онкосферами эхинококка происходит главным образом через желудочно кишечный тракт.

В отношении действий желудочного сока на онкосферы эхинококка существует противоречивые мнения.

Для установления роли кислотообразующей функции желудка в заражении эхинококкозом детей мы поставили задачу: изучить показатели кислотообразующей, ферментативной функции желудка, гастроскопической картины слизистой оболочки желудка у больных детей эхинококкозом и членов их семей.

Исследования проведены у 110 больных эхинококкозом различной локализации, у 51 членов их семей. Контрольную группу составили 30 больных детей с грыжей, крипторхизмом, рубцовой контрактурой суставов и т.д.

Кислотообразующая функция желудка изучена по показателям рН, общей кислотности, свободной соляной кислоты, дебит часу (Д/Ч) соляной кислоты и

свободной кислоты желудочного сока, Рн извлеченного желудочного сока определяли аппаратом Ионмер универсальный МВ-74. Последние исследования проводили с помощью аппарата Ацидогастротест АГМ-01, интрагастрально.

Из 110 обследованных с эхинококкозом различной локализации у 91 (82,8%) выявлено гипоацидное состояние, у 5 (4,5%) анацидное, у 14 (12,7%) нормацидное.

При гастроскопическом исследовании желудка 26 детей больных эхинококкозом у 10 выявлен хронический поверхностный гастрит, у 2-хронический гипертрофический гастродуоденит.

Одновременно были проведены исследования кислотообразующей функции желудка у членов семей больных эхинококкозом детей. Обследован 51 человек в возрасте от 3 до 15 лет в 21 семьях.

Из 51 обследованного у 21 (41,2%) выявлено гипоацидное состояние. При УЗИ у двух диагностированы эхинококковые кисты печени, у одного при гастротифиброскопии выявлен хронический поверхностный гастрит.

В контрольной группе обследованы 30 у 83,3% больных отмечено нормацидное состояние, при этом у 5 (16,7%) больных отмечено гипоацидное состояние. Их можно отнести к группе риска в отношении эхинококкоза.

Таким образом, развитие эхинококковой болезни у детей связано с кислотообразующей функцией желудка. При этом гипоацидное состояние у больных детей считается первичным и является одной из причин заражения.

РАЗДЕЛ II

ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ.

М.М. Ахмедиев, С.В. Ходиев
г. Ташкент.

Возрастные особенности растущего и формирующегося организма определяют своеобразие патологии, клиники и хирургии эхинококкоза головного мозга (ЭГМ) у детей.

Цель работы — изучить особенности ЭГМ у детей с учетом диагностических критериев, стадии заболевания, степени нарушения витальных функций и исходов.

Материалы и методы. Проведен анализ 60 оперированных детей с ЭГМ находившихся на лечении в Республиканском Научном центре нейрохирургии МЗ РУз. Возраст больных был от 5 до 14 лет. Проведен нейрохирургический комплекс обследования. При МРТ и КТ исследовании изучали объем патологического субстрата, состояние желудочковой системы, динамику развития отека мозга, ишемии, дислокационно-гидроцефального процесса, величину субарахноидального пространства и цистерн основания мозга.

Результаты и обсуждение. Особенности течения ЭГМ оказывают влияние на клиническую картину заболевания. Сложность и вариабельность клинической картины ЭГМ обусловлена особенностями внутричерепного патологического процесса. ЭГМ характеризуется комплексом симптомов внутричерепного объемного образования. Клиника ЭГМ включает в себя: 1 — синдром повышения внутричерепного давления (головные боли, тошнота, рвота, вегето-сосудистые расстройства, изменения на глазном дне, нарушения сознания), 2- очаговая симптоматика, зависящая от локализации, множественности, размеров ЭГМ и стадии заболевания.

Клиническая симптоматика зависела от стадии заболевания, преморбитного фона и возраста больного. У 39 (65%) больных преобладала общая мозговая и гипертензионная симптоматика, у 21 (35%) — очаговая симптоматика. Однокамерные ЭГМ составили 48 (80%) случаев, многокамерные — 12 (20%). В фазе клинической субкомпенсации поступили 9 (15%) детей, с умеренной клинической декомпенсацией — 24 (40%), с грубой клинической декомпенсацией — 27 (45%).

В клиническом течении ЭГМ различали следующие стадии. Латентная стадия при которой клиническое проявление симптомов смазано из-за преобладания общей мозговой симптоматики. На фоне относительно благополучного состояния ребенка возникала прогрессирующая нарастающая головная боль, фебрильная температура тела, ухудшение общего состояния, брадикардия, изменения в крови. КТ исследование выявило наличие зоны пониженной плотности округ-

лой формы с перифокальной реакцией. Капсула визуализировалась у 12 (20%) после “усиления” контрастным веществом из-за выраженных сосудистых и ликвородинамических нарушений в зоне отека мозга.

Стадия клинических симптомов — характеризовалась периодами улучшения общего состояния на фоне симптоматического лечения, при этом отмечалась тенденция генерализации процесса с формированием стойкой очаговой симптоматики. У 8 (40%) больных ЭГМ на КТ наблюдалась четко очерченная зона пониженной плотности, имеющая кольцевидную форму “корона эффект”. Введение контрастного вещества усиливало плотность капсулы, способствовало ее контрастированию на фоне отека мозга. Капсула разной толщины на отдельных участках имела слоистое строение. При введении контрастного вещества плотность капсулы увеличивалась на 5-18 Ед. Н.

Терминальная стадия характеризовалась общими грубыми общемозговыми и стволовыми симптомами с явлениями дислокации мозга. Эти стадии на фоне патогенетического лечения имели различную продолжительность, могли не завершиться, регрессируя в любой стадии процесса.

В диагностике ЭГИ ведущее место занимала КТ, способствующая выбору метода лечения, контролю за эффективностью лечебных мероприятий. Тактика лечения зависела от стадии формирования ЭГМ, его локализации, размера, общего состояния и преморбитного фона ребенка.

У 45 (75%) больных при неблагоприятной клинической картине с углублением общей мозговой симптоматики, проявлением вторично-дислокационных симптомов, КТ в динамике выявила уменьшение плотности капсулы и ее истончение. Она утрачивала свою однородность и замкнутость, очаг увеличивался и принимал более округлую форму с угрозой разрыва капсулы ЭГМ. В этих случаях показан метод тотального удаления с капсулой, который проведен у 60 больных с последующим дренированием ложа, установлением приточно-отточной системы растворами антибиотиков. 36 (60%) больным находящимся в крайне тяжелом состоянии, произведено удаление ЭГМ по жизненным показаниям. Послеоперационная терапия являлась составной частью комплексного лечения, включающая антибактериальную, противоотечную, гормональную, сосудистую терапию с восстановлением структуры мозговой ткани и регрессом неврологической симптоматики при КТ контроле.

Исходы оперативного лечения зависели от клинической фазы ЭГМ. Один больной, поступивший в фазе глубокой клинической декомпенсации, умер после операции. Причиной смерти был перивентрикулярный энцефалит сопровождавшийся отеком и набуханием головного мозга. Со стороны внутренних органов установлена двухсторонняя бронхопневмония, кахексия.

Заключение. ЭГМ могут выявляться в любые периоды жизни ребенка. Ведущее место в диагностике ЭГМ занимает КТ, способствующая уточнению топографии и структуры ЭГМ. В лечении ПАГМ следует отдавать предпочтение костно-пластической трепанации черепа с удалением ЭГМ методом гидравлического выталкивания.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

Э.С.Джумабаев, И.М.Хайдаров, Д.Г.Саидходжаева,
И.Э.Михайлович, В.А.Хакимов, К.З.Салахиддинов.
г.Андижан

Наш опыт хирургического лечения 296 больных с эхинококкозом печени позволяет высказать некоторые соображения по спорным вопросам диагностики и хирургической тактики. В частности, это касается методов ликвидации остаточной полости при так называемых кистах “трудной” локализации в VII и VIII сегментах печени, интраоперационной профилактики, тактики при эхинококкозе с поражением желчных протоков и особенностей послеоперационного периода.

Основополагающим современным методом диагностики эхинококкоза печени, его локализации, количества кист, их размеров и, отчасти их содержимого является УЗИ, позволяющее в 80-90% случаев правильно диагностировать патологию. Однако, УЗИ не позволяет дифференцировать ацефалоцисты и нагноившийся эхинококкоз, врожденные кисты и абсцессы печени. Сочетание УЗИ с компьютерной томографией, а также данными лабораторных исследований, в спорных случаях позволило нам довести этот показатель до 100%.

При сочетании эхинококкоза печени с желтухой, наблюдавшейся у 5 больных (1,7%), прежде всего выяснили причину желтухи. У 2 больных она была обусловлена паренхиматозным гепатитом. В 2-х случаях причина желтухи была связана с закупоркой холедоха элементами эхинококка. У данной категории больных решающими методами дифференциальной диагностики желтухи явились данные УЗИ, компьютерной томографии и печеночных проб. Операционная тактика в случаях механической желтухи основывалась на санации гепатикохоледоха с глухим швом.

При множественном эхинококкозе печени рекомендуем интраоперационное УЗИ, которое позволяет диагностировать небольшие непальпируемые кисты. При небольших внутрипеченочных кистах диаметром до 3 см с “трудной” локализацией (в VII, VIII сегментах или располагающихся вблизи крупных сосудов) считаем отказ от хирургического вмешательства оправданным (3 больных) с последующим амбулаторным наблюдением.

Эхинококкэктомию во всех случаях выполняем со строгим соблюдением профилактики обсеменения. С этой целью электроотсос оснащен нами специаль-

ной толстой иглой — цистотомом с наличием боковых отверстий и возможностью подачи через нее антисептической жидкости. При этом сохраняется герметичность цистотомического отверстия. Для интраоперационной антипаразитарной обработки полости кисты используем спирт-фурацилиновый раствор 2:1 с 5 минутной экспозицией. Применив эту методику мы имели рецидив эхинококкоза в области оперативного воздействия в 1 (0,3%) случае.

В случаях наличия желчного свища, в кистах расположенных вне поддиафрагмальных сегментов, производили ушивание желчных протоков.

При больших поддиафрагмальных кистах в VII-VIII сегментах печени придерживались следующей тактики. Производили эхинококкэктомию с максимальным иссечением фиброзной капсулы. Вне зависимости от наличия или отсутствия желчного свища (который во время операции установить не всегда удается), остаточную полость ведем полукоткрытым методом, посредством оставления на достаточно длительный (до 2 месяцев) срок проточных микродренажей. Через эти дренажи микроирригаторы проводим санацию остаточной полости антисептиками и лазером. При этом время госпитализации не удлиняется, указанные процедуры проводим амбулаторно. В последние годы с целью быстреего восстановления регенерации в печени и профилактики осложнений нами широко применяется локальная лимфостимуляция печени через ее круглую связку.

Совместно с сотрудником нашей кафедры Мирзаевым А.К. ведутся экспериментальные исследования по пломбировке остаточных полостей “трудной” локализации препаратом “Т”.

Описанная тактика диагностики и лечения эхинококкоза печени позволила снизить осложнения за последние 10 лет (с 1991-2000 гг.) до 18,6%, а послеоперационная летальность составила 0,3 %. При этом в 2,5-2 раза удалось уменьшить такие осложнения как образование и нагноение остаточной полости, нагноение резидуальных кист, нагноение послеоперационной раны, реактивный плеврит, наружный желчный свищ.

ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА

А.М. Дусмуратов, М.У. Хусанов, Ф.Т. Курбанов,
Ш.Ш. Курбанов
г. Ташкент

Цель исследования — изучение путей повышения эффективности диагностики и лечения эхинококкоза печени путем применения эхографии на различных этапах оказания медицинской помощи.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного обследования и лечения 622 больных эхинококкозом печени и данных 7750 профилактических обследований. Больные были в возрасте от 5 до 78 лет (мужчины — 320, женщины — 302). Эхография проводилась на приборах, работающих в режиме реального времени. На эхотомограммах изучались то-

пографические, объемные, структурные параметры печени и патологические образования, очаговые, орган-ные и экстраорганные эхографические признаки кист по разработанной нами классификации (Дусмуратов А.М., 1995; 1998). Результаты эхографии сопоставлялись с данными клинко-лабораторных, рентгенологических, радиологических, КТ и МРТ исследований, операционных находок, иммунологических и морфологических (цитологических и гистологических) методов, подвергались статистической обработке.

Результаты. На основании проведенных исследований разработана клинко-эхографическая классификация эхинококкоза печени и его осложнений (табл.). Отличие ее от описанных в литературе классификаций состоит в том, что в ней помимо распространенности, количества кист и клинического течения заболевания, учитываются стадии развития эхинококкоза в организме и его осложнения. Стадия материнского (живого) паразита характеризуется анэхогенным образованием, имеющим 1) тонкую стенку (хитиновая оболочка), 2) удвоенную стенку (фиброзная и хитиновая оболочки), 3) толстую (плотную) стенку, от которых зависит выбор химиотерапевтического, пункционно-дренажного и хирургического методов лечения. Стадия дочернего (частичной гибели) паразита характеризуется полостным образованием име-

Клинко-эхографическая классификация эхинококкоза печени и его осложнений

№	Классификационные критерии	Классификационные характеристики
I	Локализация кист	А. Изолированный эхинококкоз печени
		Б. Сочетанный эхинококкоз печени
II	Количество кист	А. Одиночный эхинококкоз печени
		Б. Множественный эхинококкоз печени
III	Стадия развития	I. Стадия материнского (живого) паразита
		II. Стадия дочернего (частичной гибели) паразита
		III. Стадия кальцинированного (полной гибели) паразита
IV	Клиническое течение заболевания	А. Не осложненная форма
		Б. Осложненная форма
V	Осложнения эхинококкоза	А. Деструктивные (1 - отслоение; 2 - разрыв; 3 - прорыв)
		Б. Воспалительные (1 - острые; 2 - хронические)
		В. Токсические (1 - острые; 2 - хронические)
		Г. Аллергические (1 - острые; 2 - хронические)
		Д. Компрессионные (1 - печеночные; 2 - внепеченочные)

ющим: 1) тонкие перегородки, 2) множественные тонкостенные кисты, 3) единичные кисты, локализованные вокруг полостного образования (экзокисты). Стадия кальцинированного (полной гибели) паразита характеризуется очаговым образованием имеющим: 1) участки кальцинации в стенке, 2) плотную неоднородную внутреннюю структуру, 3) конгломерат плотных элементов, дающих акустическую тень. Отметим высокую корреляцию стадий развития паразита с реакциями непрямо́й гемагглютинации, латекс агглютинации и эозинофилией, выявляемой при ультразвуковой активационной пробе А.М. Дусмуратова ($r = 760-880$). Эти данные способствуют определению возраста паразита в организме человека.

В данной классификации впервые выделены в отдельные группы такие осложнения, как отслоение хитиновой оболочки от фиброзной капсулы, хронические воспалительные процессы, выявляемые при ультразвуковой активационной пробе, токсические, аллергические и компрессионные. Выявлен и описан симптом скопления асцитической жидкости в брюшной полости, наблюдаемый при травматическом, пункционном и химиотерапевтическом отслоении хитиновой оболочки от фиброзной капсулы, обусловленный усиленным поступлением эхинококковой жидкости в организм и гиперсенситизацией организма на эхинококковый антиген.

Повышение эффективности лечения эхинококкоза печени с помощью эхографии связано с:

- 1) более точным определением стадий развития эхинококкоза, локализации, количества и размеров кист;
- 2) установлением и учетом осложнений эхинококкоза печени, проведением их адекватной терапии до начала специфического лечения;
- 3) использованием данных эхотопометрии кисты в выборе операционного доступа и интраоперационной эхографии для выявления экзокист;
- 4) более широким применением пункционного и пункционно-дренажного лечения под контролем эхографии;
- 5) ультразвуковым мониторингом больных в постоперационном периоде и в процессе диспансерного наблюдения.

Исследования показали, что существующая система выявления эхинококкоза печени по обращаемости больных в лечебные учреждения не обеспечивает раннюю ультразвуковую диагностику заболевания и поэтому перспективным являются следующие организационные формы: 1) ежегодные, индивидуальные, периодические и массовые профилактические обследования населения; 2) эхографические обследования членов семьи заболевших и сослуживцев; 3) пожизненное ультразвуковое мониторингирование населения.

Выводы: 1) Ранняя диагностика эхинококкоза печени может быть обеспечена применением эхографии при профилактических обследованиях, обследовании членов семьи и сослуживцев, пожизненным ультразвуковым мониторингированием населения.

2) Разработанная клинко-эхографическая клас-

сификация эхинококкоза печени способствует стандартизации методов диагностики, стадий развития, характера осложнений и методов лечения заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

С.С.Каплун, Н.Г.Волик
г. Ташкент

Эхинококкоз легких продолжает оставаться на сегодняшний день краевой патологией республик Центральной Азии и прочно занимает первое место среди заболеваний легких у больных, находящихся на хирургическом лечении в пульмонологическом отделении нашего Центра.

С 1996 по 2000 г в отделении хирургии легких и средостения наблюдалось 539 больных с различными формами эхинококкоза легких. Условно мы разделили больных на 3 группы. 1 группа неосложненные формы эхинококкоза легких. Эту группу составили больные (301 больной), у которых эхинококкоз был выявлен случайно при профилактическом осмотре. 2 группу составили больные, у которых отмечалось клиника воспалительного процесса легких (57 больных). 3 группу составили больные с различными формами прорыва эхинококковых кист в просвет бронха или в плевральную полость (181 больной).

Больным с неосложненными формами эхинококкоза производилось стандартное рентгенологическое исследование грудной клетки: полипозиционная рентгеноскопия и рентгенография в 2 проекциях (1 группа больных). При обследовании 2, и особенно 3 группы больных, обычное рентгеновское исследование дополнялось томографией легких (121 больной).

В 1 группе больных при рентгенологическом исследовании обычно выявляли однородную округлую или овальную тень с четкими ровными контурами, подвижную при дыхании. Во 2 группе больных у 13 пациентов наблюдали аналогичную рентгенологическую картину неосложненного эхинококкоза, а у 44 больных последняя сопровождалась перифокальным воспалением вокруг полости. В 3 группе больных были выявлены следующие специфические симптомы: симптом “плавающей хитиновой оболочки” — у 44 больных, симптом “серповидного просветления” — у 38 больных, симптом “свернувшейся хитиновой оболочки” — у 52 больных, цирротическое изменение эхинококкового пузыря — у 9 больных, прорыв в плевральную полость с наличием выпота — у 38 больных.

Надо отметить, что чаще поражались молодые люди в возрасте от 20 до 40 лет (451 больной). Мужчины поражались чаще, чем женщины (333 и 206 соответственно). Одностороннее поражение легкого наблюдалось у подавляющего большинства пациентов (401 больной). Характерно заметить, что в последние годы больные нередко поступали с запущенными случаями эхинококкоза легких — множественным обсеменением и осложненными формами. Это связано со снижением числа профилактических осмотров насе-

ления и недостаточным санитарным контролем основных носителей эхинококкоза — домашних животных.

Таким образом, диагностика эхинококкоза легких остается важнейшей задачей современной рентгенологии. Важно отметить чрезвычайную многоликость этого распространенного и достаточно изученного заболевания, что в свою очередь, создает большие дифференциально-диагностические трудности.

К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА.

Кариев М.Х., Ходиев С.В., Ахмедиев М.М.
г. Ташкент.

Эхинококкоз головного мозга является редкой локализацией зародышевых кист ленточного гельминта и составляет 0,5–2,5 % всех сообщаемых случаев данного заболевания. Сложность диагностики заключается в длительности доклинического периода, многообразии неврологической симптоматики и сходстве клинической картины с некоторыми другими новообразованиями головного мозга.

Цель работы: изучить особенности клинического течения эхинококкоза головного мозга.

Материалы и методы: за шестилетний период в Республиканском научном центре нейрохирургии было обследовано и получило лечение 90 пациентов с эхинококкозом головного мозга. Возраст больных от 3-х до 46 лет. Был проведен анализ клинической картины заболевания на основании сомато-клинического и клинико-неврологического обследования.

Результаты и обсуждение:

Больные с эхинококкозом головного мозга поступали с разной степенью выраженности тех или иных соматических и неврологических симптомов. В соответствии с современной концепцией фазного течения клинической картины интракраниальных новообразований все пациенты условно были разделены на три группы соответствующие фазам клинической субкомпенсации, умеренной и грубой декомпенсации.

В первую группу вошли 10 пациентов (11,1%) клиническая стадия заболевания у которых соответствовала II-ой фазе — фазе клинической субкомпенсации. Характерным для этих больных являлось удовлетворительное общее состояние при поступлении, нормальные показатели состояния жизненно важных функций организма, ясное сознание, наличие общемозгового симптомокомплекса, отсутствие или слабая выраженность локальных неврологических симптомов заболевания.

Во вторую группу было выделено 42 пациента (46,7%) клиническая стадия заболевания, у которых соответствовала III-ей фазе — фазе умеренной клинической декомпенсации. Характерным для этих больных являлось общее состояние при поступлении средней тяжести, отсутствие выраженных отклонений от нормы в показателях состояния жизненно важных

функций организма. У части этих пациентов со стороны сознания могло отмечаться неглубокое угнетение. Неврологическая картина характеризовалась более яркой и разнообразной симптоматикой, нежели у больных первой группы.

В третью группу было выделено 38 пациентов (42,2%), у которых клиническая стадия заболевания соответствовала фазе грубой клинической декомпенсации. На этой стадии компенсаторные механизмы интракраниального пространства практически исчерпаны, что связано с постоянно нарастающей внутричерепной гипертензией вызванной прогрессивно увеличивающейся в размерах эхинококковой кистой. В связи с этим клиническая фаза характеризуется яркой манифестацией неврологических проявлений заболевания. Истощение компенсации может привести к развитию вклинения мозга в анатомические структуры черепа, что ведет к нарушению витальных функций организма и без хирургического вмешательства неминуемо ведет к смерти пациента. У всех пациентов в фазе грубой клинической декомпенсации отмечалось угнетение сознания, в отдельных случаях доходившее до комы. Общее состояние при поступлении у них расценивалось как тяжелое или крайне тяжелое, положение большинства было постельное.

Выводы:

1. Количественный анализ рандомизации пациентов с эхинококкозом головного мозга по фазе клинического течения при поступлении свидетельствует о поздней обращаемости больных за нейрохирургической помощью.

2. Эхинококкозу головного мозга присуще псевдоопухолевое течение, что без проведения комплексного клинико-инструментального обследования значительно осложняет установление диагноза.

АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЛЕГКИХ

Н.Ф. Кротов, Ш.А. Ганиев, М.Н. Арустамова,
Д.К. Алимухамедова, Е.С. Зубкова
г. Ташкент

В настоящее время в республиках Центральной Азии отмечается неуклонный рост заболеваемости эхинококкозом. Увеличивается количество осложненных форм заболевания, которые представляют определенные трудности в диагностике. Одной из причин роста осложненных форм эхинококкоза является его длительное бессимптомное течение в начальных стадиях заболевания. Организация раннего выявления эхинококкоза является наиболее актуальной проблемой сегодняшнего дня. Но в настоящее время проведение массовых профилактических осмотров представляет определенные трудности.

Наиболее реальным резервом для ранней диагностики эхинококкоза является ультразвуковое исследование печени и флюорография легких остальных членов семьи больного. Известно, что ультразвуковая

диагностика печени позволяет установить правильный диагноз в 97.9% случаев, а специфичность этого метода находится на уровне 93.5%.

На сегодняшний день в условиях клиники имеется широкий спектр диагностических средств, которые включают общеклинические, биохимические, иммунохимические, иммунологические методы, радиоизотопное скенирование печени и легких, рентгенологические исследования, компьютерная томография, ангиография. Использование всего спектра диагностических средств при неосложненном эхинококкозе является не рациональным.

Нами разработан отдельный алгоритм диагностических исследований для неосложненного и осложненного эхинококкоза печени и легких. I алгоритм для неосложненного эхинококкоза включает общеклинические анализы (общий анализ крови, мочи, группа крови и резус фактор, АЛТ, АСТ, билирубин, мочевины, креатинин, общий белок, коагулограмма), иммунохимические методы (реакция латекс агглютинации, непрямой гемагглютинации), эзофагогастродуоденофиброскопия, ЭКГ, ультразвуковое исследование печени, селезенки и других органов брюшной полости, рентгенография грудной клетки.

Из осложненных форм эхинококкоза печени обычно встречаются нагноения, прорыв кисты в желчные пути, в брюшную и плевральную полости, механическая желтуха. Осложненные формы эхинококкоза легких — это нагноение кисты, прорывы в бронх, в плевральную полость, сочетанный прорыв в бронх и плевральную полость. Для данной категории больных разработан II алгоритм, который кроме вышеперечисленных исследований включает фибробронхоскопию, компьютерную томографию, полипозиционную рентгеноскопию грудной клетки, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию.

Проведение диагностических мероприятий ставит целью не только установление диагноза, но и выбор адекватного метода оперативного лечения. Так, при локализации кист в правом легком и в области VII-VIII сегментов печени возможно проведение торакофренолапаротомии в VII или VIII межреберье для одномоментного удаления кист. При локализации кист в легком и в нижних (III, IV, V, VI) сегментах печени возможно проведение поэтапных операций: сначала на легком — видеоторакоскопических или открытых вмешательств, а на печени — видеолaparоскопических операций. При гнойных осложнениях эхинококкоза легких и плевры лечение проводится в два этапа. Сначала методами “малой” хирургии проводят санацию плевральной и эхинококковой полости, а затем радикальную операцию.

Таким образом, проведение алгоритма диагностики эхинококкоза позволило нам предупредить возможные диагностические ошибки. Точное установление локализации кист в печени и в легком обеспечило наиболее оптимальный выбор метода оперативного лечения, что предупредило развитие осложнений, летальности и рецидива болезни.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛТУХИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.

Ж.Т.Кукеева
г. Алматы

Из 15 больных эхинококкозом печени у 10 желтуха носила механический характер и была обусловлена однокамерной эхинококковой кистой, размерами от 10х 10 см до 15х20 см, расположенными у ворот печени. Ультрасонографическая картина эхинококковой кисты имела ровные контуры, четко выраженную гиперэхогенную капсулу, за кистозным образованием отмечалось усиление эхосигналов. Все они, располагаясь у ворот печени, захватывая проекции V – VII сегментов, сдавливая долевые протоки печени, а также место слияния этих долевых протоков (конфлюэнса), давали характерную ультрасонографическую симптоматику в виде равномерного умеренного расширения внутрипеченочных желчных протоков. Полной компрессии желчных протоков не наблюдалось. На это указывала слабовыраженная желтушность кожных покровов и иктеричность склер, а также незначительная билирубинемия.

У 5 больных желтуха была обусловлена прорывом эхинококковой кисты правой доли печени в желчные пути. Клинически кроме острого начала, за которым последовала желтуха, отмечались боли и тяжесть в правом подреберье с иррадиацией по всему животу.

Для иллюстрации приводим описание наиболее характерной ультрасонографической картины одного из этой группы больных: печень не увеличена, неоднородна. Отмечается повышенная эхогенность тканей печени в проекции VI – VII сегментов, лоцируется многокамерное образование жидкостного характера с утолщенной капсулой до 1,2 см, сдавливающее желчный пузырь и холедох. Холедох расширен до 1,0 см. Внепеченочные желчные протоки расширены. Отмечается гиперэхогенность содержимого желчного пузыря и холедоха.

Заключение: эхинококкоз печени с признаками нагноения и прорыва в желчные пути. Дилатация холедоха и внутрипеченочных протоков. Диффузные изменения паренхимы печени.

Кроме того, в Научном Центре хирургии нами изучены данные ультразвукового исследования печени у 30 больных, ранее страдавших желтухой, в различные сроки после хирургического лечения.

У 12 больных, оперированных обычным способом (открытая или полужакрытая эхинококкэктомия с дренированием остаточной полости), у одного выявлен рецидив эхинококкоза печени на месте прежней локализации диаметром 5 см. На эхограмме данная киста имела вид одиночного эхонегативного образования, имеющего четкую округлую форму с утолщенными эхонегативными контурами и такой же эхопозитивной “дорожкой”, идущей от кисты. У остальных больных в зоне бывшей локализации эхинококковой кисты на фоне довольно однородной эхоструктуры печени отмечены эхоплотные образования с расплывчатыми контурами, соответствующими фиброзной тка-

ни.

У 15 больных, оперированных с применением CO₂ – лазера с каваоментопексией, уже через 3 месяца после операции отсутствовали признаки облитерации и фиброза остаточной полости. На месте бывших эхинококковых кист эхоструктуры ткани по всем параметрам приближалась к таковой неизменной печени.

Во всех остальных случаях фиброзная капсула в сроки 8 – 12 месяцев становилась почти не дифференцируемой.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

О.К.Кулакеев, Н.Ж.Орманов
г.Шымкент

Дифференциальная диагностика “шаровидных” и полостных образований лёгких имеет важное практическое значение и оказывает прямое влияние на эффективность лечения больных и их реабилитацию. Это обусловлено совершенно разной хирургической тактикой при наличии округлых образований и полостей различного генеза. Нередко, применяя весь комплекс современных исследований (включая компьютерную томографию, сканирование легких, бронхоскопию и трансторакальную игольную биопсию), удается установить нозологический диагноз с определенным или предположительным указанием морфологической природы периферических образований легких только в 60 - 76,7% случаев. В то же время, игольная аспирационная биопсия противопоказана при паразитарной этиологии периферического шаровидного образования легкого. Частота несовпадения предполагаемого при поступлении и окончательного клинического диагнозов колеблется от 17,6-21,7% при туберкулезе, до 18-37% при периферическом раке. Ошибки в дооперационной диагностике в ведущих клиниках, занимающихся проблемой эхинококкоза легких, возникают у 10-15% больных, а в других клиниках легочной хирургии этот показатель несколько выше – 18,1-35%.

Трудности диагностики эхинококкоза легких обусловлены многими причинами: во-первых, тем, что в настоящее время насчитываются более 80 заболеваний, рентгенологически проявляющихся в виде округло-овальных теней в легких; во-вторых, диагностическое значение иммунологических методов при эхинококкозе легких более ограничено, чем при эхинококкозе печени и органов брюшной полости (66-77% положительных результатов при эхинококкозе легкого и 89,5-100% при эхинококкозе печени); в третьих, одновременное применение 2-3 иммунологических реакций (которое рекомендуется некоторыми авторами) для повышения эффективности диагностики эхинококкоза является трудоемким процессом и требует удвоенных, утроенных материальных и временных затрат. Если к тому же учесть то обстоятельство, что последнее не всегда выполнимо вследствие определенных сложностей в поставках реактивов

и диагностикумов, а зачастую их прекращения, то становится очевидным необходимость поиска других, более простых, и в то же время специфичных методов ранней диагностики эхинококкоза и его дифференциации с туберкулезом и раком легкого.

Исходя из вышеизложенного, нами разработана и внедрена в практику методика определения этиологии отмеченных шаровидных образований легких путем хемилюминесценции плазмы крови на приборе ХЛМЦ-01 “Свет” после 5 мин инкубации цельной крови со специфическими диагностикумами (эхинококковая жидкость, туберкулин, 10% гомогенат из опухолевой ткани легкого) (АС №1763983 СССР). Всего было обследовано по данной методике 355 больных с округло-овальными затемнениями в легких (эхинококкоз — 186, рак — 97, туберкулема — 72). При увеличении общей светосуммы сверхслабого свечения в 1,5 и более раза по сравнению с контролем диагностируется соответственно добавленному диагностикуму или эхинококкоз, или туберкулез, или злокачественное новообразование.

При поступлении больного с подозрением на эхинококковую кисту легкого в процессе его обследования путем исследования периферической крови, УЗИ и рентгеновского исследования, РК и РЛА примерно в 50-70% случаев сразу удается диагностировать эхинококкоз легкого, и эти больные подвергаются оперативному лечению. Остальные 30-50% больных с “шаровидными” образованиями легкого подвергаются более тщательному всестороннему обследованию: томографии, компьютерной томографии, бронхоскопии со взятием биопсии и исследованием промывных вод бронхов на атипические клетки, туберкулиновые пробы, бронхографии и т. д. Таким путем у части больных (до 50%) удается отдифференцировать туберкулему, рак, осложненный эхинококкоз легкого или абсцесс легкого и предпринять адекватный способ лечения. У других больных диагноз остается неясным. Кровь этих больных подвергается хемилюминесценции со специфическими диагностикумами. При этом, удается отдифференцировать эхинококковую кисту легкого в 98,4% случаях, туберкулему — в 95,8% и рак легкого — в 92,7%.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ.

Е.Л.Максимова, С.Л.Димент

г. Алматы

Обследовано 66 больных в возрасте от 4 до 62 лет. Использовался аппарат Aloka SSD-630, конвексной датчик с частотой 3,5 МГц. Для ультразвукового исследования отбирались больные с поверхностным расположением кист. Торакотомия произведена 65 больным, в 1 случае выполнена торакоскопическая эхинококкэктомия. Эхинококковую кисту удалось локализовать в 90,8%. Не визуализировались 7 кист (из них, по данным торакотомии, 1 — спавшаяся, 1 — разорвавшаяся, 1 киста имела гигантские размеры и сопровождалась экссудативным плевритом, в 4 случаях кисты располагались интрапаренхиматозно). Локали-

зация кисты (с указанием сегмента легкого) совпала с операционными данными в 89,8%. Контуры образования были четким в 97,1%, ровными в 84%. В 92,8% случаев отмечалось наличие анэхогенного образования, однородными были 85,5% кист. Капсула эхинококковой кисты лоцировалась в 66,7%, эффект дорзального усиления отмечался в 92,7%. Неоднородной структуры кисты была в 10 случаях. Неоднородность означала наличие: перегородок в образовании — 3, дополнительных полостей — 4, экзогенной взеси — 2, гиперэхогенных включений — 8, или же сочетаний этих признаков.

Выявлены значительные различия в ультразвуковой картине не осложненной (46 больных) и осложненной (20 больных) эхинококковой кисты. Для не осложненной эхинококковой кисты характерны четкие, ровные контуры, гипозоногенная (или анэхогенная) однородная структура, наличие капсулы в 2/3 случаев, эффект дорзального усиления. При осложненной эхинококковой кисте частыми признаками являются неоднородность (наличие гиперэхогенных включений, экзогенной мелкоочечной взеси), неровность контуров, реже визуализируется капсула кисты. Более постоянными признаками остаются эффект дорзального усиления и четкость контуров.

Четырем больным с направительными диагнозами “Торакома легкого”. “Опухоль легкого?”, “Экссудативный плеврит”, “Цирроз средней доли” ультразвуковое исследование позволило установить правильный диагноз эхинококкоза. Ультразвуковой исследование исключило эхинококковую природу заболевания у 5 пациентов с первичным диагнозом эхинококкоза: в 3 случаях установлено наличие опухоли легкого, в 1 — опухоль грудной стенки, в 1 — экссудативный плеврит.

Таким образом, ультразвуковое исследование позволяет достаточно точно судить о локализации кисты, дифференцировать осложненную и не осложненную кисту, диагностировать плевральный выпот.

ПРИМЕНЕНИЕ ГАММАТОПОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И КРУПНЫХ КИСТ ПРАВОЙ ПОЧКИ.

Т.М. Мамаджанов, А.А. Ашуров, Г.М. Мардиева,
Д.А. Файзиева, А.Н. Саматов.

г. Самарканд.

Большие диагностические возможности компьютерных методов исследования — УЗИ, компьютерной и магнитно-резонансной томографии в распознавании эхинококкоза печени значительно сузили показания к радиоизотопным методам, в частности гамматопографии. Однако, уникальная возможность, одновременного получения информации о морфологии и функции органа, а также специфичность захвата радиофармацевтических препаратов (РФП) тканями, в некоторых случаях делают метод незаменимым и в диагностике эхинококкоза печени.

При ультразвуковом обследовании, эхинококкоз 7-8 сегмента печени иногда трудно дифференциро-

вать от аналогичных образований, локализованных в смежной области, в частности, от крупных кист правой почки, расположенных в верхнем полюсе органа. Провести настоящее исследование побудил случай лапаротомии больного, направленного в хирургическую клинику с ошибочным диагнозом киста правой доли печени на основе данных УЗИ, тогда как образование находилось в правой почке, а также другие близкие этому ситуации, трудные в диагностическом отношении.

Нами проанализировано 128 случаев эхинококкоза печени и кист почек. Больным проведено общеклиническое обследование, УЗИ и гаммапографии – статистическая гаммасцинтиграфия и сканирование. Гаммапография производилась на установке ГКС-2 с компьютерной системой обработки данных и на сканнере лабораторного комплекса гамма с цветной распечаткой распределения РФП в органе. Для гаммапографии печени в качестве РФП использовали ^{198}Au -коллоид (комизол) и $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -технефит, для исследования почек – $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -технемек, которые вводили внутривенно.

Исследование печени начинали через 1 час, почек – через 2 ч. после введения РФП. Печень исследовали в прямой передней, правой боковой, по показаниям в задней проекции, почки – в прямой, задней проекции. При сканировании для повышения разрешающей способности метода использовали многоканальные коллиматоры.

Из общего число обследованных 121 составляли больные с эхинококкозом печени, 7 – с кистами почек. 16 больным гаммапография произведена последовательно и печени, и почек.

При эхинококкозе печени обнаруживали характерный “холодный узел” округлой формы с гладкими очерченными границами. Общая величина сохранившийся паренхимы органа чаще (у 103^x больных) была больше нормальной. Распределение РФП в не пораженной части органа у 98^x больных было равномерным, у остальных обнаружена диффузно очаговая неравномерность распределения радиоиндикатора – признаки хронического диффузного поражения органа – гепатит, или гепатоз. У больных с эхинококковым поражением печени, при последовательной гаммапографии почек получены нормальные морфологические показатели – положение, форма, величина, контуры и структура распределения РФП соответствовали таковой в здоровой почке. В одном случае “холодный узел” одновременно обнаружен как в печени, так и в почке.

У 3^x больных с крупными кистами почек обнаруживали небольшой плоский краевой дефект изображения смежной части печени, обусловленный вдавлением кисты. Однако наличие крупного дефекта на гаммапограмме почки свидетельствовала в пользу принадлежности кисты к этому органу.

Таким образом, в дифференциальной диагностике эхинококка печени и крупных кист правой почки существенную помощь может оказать последовательное проведение гаммапографии этих органов.

ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Ф.О.Мизамов, С.А.Абдуллаев, М.Т.Ачилов
г.Самарканд

Широкое внедрение в клиническую практику ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) позволяют с высокой точностью диагностировать очаговые поражения печени.

Однако, некоторые очаги поражения в печени остаются за пределами разрешающих способностей дооперационного УЗИ, что стало предпосылкой для проведения интраоперационного УЗИ печени. Нами была поставлена цель изучения возможностей УЗИ, интраоперационного УЗИ и КТ в диагностике эхинококкоза печени и уточнения показаний к их применению.

УЗИ произведено 210 больным эхинококкозом печени. Эхографическая картина эхинококковых кист печени отличалась значительным полиморфизмом в зависимости от стадии развития паразита, степени кальциноза фиброзной капсулы, наличия или отсутствия дочерних кист.

Эхоструктура эхинококковой кисты представляла собой эхонегативное образование округлой формы с четкими контурами. За кистой визуализируется дорожка, также свидетельствующая о наличии в описанных полостях жидкости. Кисты без выраженного кальциноза имели двухконтурность капсулы, что связано с наличием фиброзной и хитиновой оболочек.

Для длительно существующих кист характерно наличие утолщенной фиброзной капсулы и множества дочерних кист в содержимом. Дочерние кисты проявлялись в виде неоднородных округлых включений, плотно прилегающих друг к другу внутри материнской кисты.

При погибшем паразите в просвете кист определялось неомогенное содержимое, при вскрытии таких кист выделялась замазкообразная масса. При нагноении содержимое кист было однородным, степень поглощения ультразвукового сигнала ниже чем при погибшем паразите, что обусловлено преобладанием жидкостного компонента.

УЗИ позволяло опеределить размеры, локализацию и количество эхинококковых кист в печени.

Из 210 обследованных больных точное совпадение данных УЗИ с интраоперационными данными отмечено у 185 (88%). У 25 пациентов, при установленном диагнозе наличия эхинококкоза печени (выявлении кист более крупных размеров) не были выявлены мелкие гидатидные кисты в задних сегментах печени при множественном эхинококкозе.

Опыт использования УЗИ позволил констатировать, что некоторые кисты в печени остаются за пределами разрешающей его способности. Это обстоятельство способствовало необходимости проведения интраоперационного УЗИ (ИОУЗИ).

ИОУЗИ проведено 34 больным. Показанием к ИОУЗИ являлись множественные эхинококковые кисты печени, особенно те из них, которые по данным

дооперационных исследований могут быть недоступны визуализации и пальпации вследствие их внутрипеченочного расположения и малых размеров. Это особенно важно для выполнения операций при рецидивном эхинококкозе из-за резкого уплотнения и деформации паренхимы печени.

У 19 больных во время операции кисты были отчетливо выявлены визуально и пальпаторно. ИОУЗИ дополнительных очагов не выявило.

ИОУЗИ сыграло ведущую роль в поиске эхинококковых кист при множественном поражении печени, где у 15 больных кисты были многочисленными (до 14 в одном наблюдении), а внутрипеченочная локализация не позволяла опеределить их визуально и пальпаторно. Только с помощью ИОУЗИ у больных этой группы помимо обнаруженных физикально 57 кист, дополнительно выявлены еще 26 кист размером от 15 до 50 мм, расположенные на глубине от 5 до 50 мм от поверхности печени.

Особые трудности для пальпаторного и визуального обнаружения кист встретились у больных с множественными очагами поражения, которые ранее уже подвергались операциям на печени по поводу эхинококкоза. Рубцово измененная и деформированная поверхность печени не позволяла во время операции определить даже относительно поверхностно расположенные крупные кисты с выраженным кальцинозом капсулы. Они были найдены и спроецированы на безопасной для вскрытия участок печени только с помощью ИОУЗИ. После операций с применением ИОУЗИ при контрольных обследованиях мы не находили просмотренных эхинококковых кист.

В 7 наблюдениях до операции у больных с рецидивным множественным эхинококкозом печени с целью уточнения топического расположения малых размеров кист нами проведена КТ.

На эхинококковую природу выявленного при КТ исследовании кистозного образования печени указывали следующие данные: округлая форма, четкие ровные контуры, низкая плотность образования (от 0 до 15 ед.Н) и отсутствие изменений окружающей печеночной ткани. Наиболее патогномичными признаками являются визуализация в кисте хитиновой оболочки в виде тонкого ободка толщиной 0,2- 0,3 см, плотностью 21-27 ед. Н, наличие обызвествления в капсуле.

КТ по сравнению с УЗИ обладает большей решающей способностью в выявлении мелких и глубокорасположенных кист, что имеет значение при выявлении кист, расположенных в толще печени и ближе к ее задней поверхности. КТ позволяла определить локализацию кист по сегментам печени. Это исследование рекомендовано и проведено у больных с множественным и рецидивным эхинококкозом печени. Точное совпадение данных КТ с интраоперационной находкой наблюдалось у всех 7 больных, информативность метода составила до 100%.

Таким образом, наши исследования позволяют сделать заключение, что в диагностике эхинококкоза печени УЗИ имеет ведущее значение. Доступность и

неинвазивность позволяют считать его скрининг методом. Точное совпадение данных УЗИ до операции с интраоперационными данными отмечено у 88% пациентов. Все случаи не совпадения данных при установленном диагнозе эхинококкоза печени наблюдались при множественном и рецидивном эхинококкозе, т.е. не все кисты были выявлены.

Данные дополнительного КТ исследования до операции, которые были нами рекомендованы и проведены у больных с множественным и рецидивным эхинококкозом печени позволили повысить информативность диагностики при эхинококкозе печени до 100%.

В случаях, когда у больных с множественным и рецидивным эхинококкозом печени не было проведено до операции КТ исследование, считаем обязательным проведение интраоперационного УЗИ, которое в 15 из 34 исследований позволило выявить не обнаруженные до операции эхинококковые кисты и также повысить точность диагностики до 100%.

ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

И.Х.Мухамеджанов, Р.А.Барлыбаева,
Е.А.Ахметов, С.Э.Серикова
г. Алматы

В отделе лучевой диагностики НЦХ им.А.Н.Сызганова обследовано 116 пациентов с различными формами эхинококкоза печени. УЗИ проводилось на аппаратах SSD-630 (фирма Алока) и Corevision SSA-350A (фирма Тошиба) с использованием конвексного датчика на 3,5 МГц. Компьютерная томография проводилась на сканере X VISION EX. Эхинококковая гидатиды больших размеров, кисты с дочерними пузырями с отслоенной хитиновой оболочкой, кальцинированный эхинококк не вызывали затруднений при ультразвукографии. Множественные эхинококковые кисты в печени выявлены при ультразвукографии у 20 больных, однако, при компьютерной томографии у 2 больных были обнаружены дополнительные кисты, которые не диагностированы при УЗИ. Одиночные эхинококковые кисты с однородной структурой, ровными и четкими контурами, среднего диаметра (6 — 8 см) имеют сходство с эхографической картиной непаразитарных кист. Однако, у паразитарных кист капсулы выявляется по всей окружности образования, а в содержимом определяются мелкие эхоплотные включения вдоль задней стенки кисты, что связано с жизнедеятельностью паразита. Компьютерная томография оказалась более эффективной в выявлении капсулы паразитарных кист.

Нагноение паразитарных кист вызывает определенные трудности в постановке правильного диагноза при УСК, так как утрачивается четкое изображение капсулы, гнойное содержимое кисты представлено поперечно расположенными эхосигналами. В отдельных случаях киста бывает окружена анэхогенным ободком, который чаще встречается при опухолях пе-

чени. Компьютерная томография позволила правильно дифференцировать паразитарную этиологию образования. В определении тактики хирургического вмешательства компьютерная томография позволила более эффективно локализовать процесс по сегментам печени.

Таким образом, как правило, диагноз при ультразвукографии не вызывает затруднений; однако в неясных случаях рекомендуется использование УЗИ и КТ в комплексе, как взаимодополняющие методы неинвазивной диагностики.

ЗНАЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

С. Наврузов, Г.Йулдошев
г.Ташкент

В настоящее время имеются лишь отдельные сообщения об успешном применении интраоперационного ультразвукового исследования (ИОУЗИ) при хирургическом лечении эхинококкоза печени.

ИОУЗИ осуществили на многоцелевом аппарате Клинтрон. Аппарат снабжен миниатюрными стерилизуемыми датчиками с частотой 5 МГц.

Показаниями к ИОУЗИ являлись множественные эхинококковые кисты печени, особенно те из них, которые по данным дооперационных исследований могли быть недоступны визуализации и пальпации вследствие их интрапаренхиматозного расположения и малых размеров.

ИОУЗИ сыграло ведущую роль в поиске и локализации эхинококковых кист при многоочаговых поражениях печени у 13 больных. У 6 из них кисты были довольно крупными и немногочисленными (3-4), располагались поверхностно, что не создавало трудностей для их выявления обычным способом, контрольное ИОУЗИ подтвердило отсутствие невидимых очагов.

У 8 больных кисты были многочисленными (до 10 в одном наблюдении), а внутрипеченочная локализация не позволяла определить их визуально и пальпаторно. Только с помощью ИОУЗИ у больных этой группы, помимо обнаруженных физикально 8 кист, дополнительно выявлены ещё 16 кист размерами от 11 до 80 мм, расположенные на глубине от 3 до 66 мм с учётом кратчайшего расстояния от стенки кисты до поверхности печени.

Особые трудности для пальпаторного и визуального обнаружения кисты встретились у 6 больных с множественными очагами поражения, которые ранее подвергались операциям на печени по поводу эхинококкоза. Рубцово-измененная и деформированная поверхность печени не позволяла во время операции определить даже относительно поверхностно расположенные крупные кисты с выраженным кальцинозом капсулы. Они были найдены и спроецированы на безопасный для вскрытия участок печени только с помощью ИОУЗИ.

Перед вскрытием глубоко расположенных кист производили их прицельную толстоигольную пунк-

цию. Характер пунктата указывал на состояние паразита: при живом эхинококке аспирировалась прозрачная бесцветная жидкость, при погибшем — желеобразная мутная масса. При нагноении паразитарной кисты, кроме гноя, имелась примесь отрывков хитиновой оболочки, иногда желчи. При живом паразите через эту же иглу в опорожненную кисту вводили 1% раствор формалина (50% от аспирированного объема). Экспозиция препарата составляла 2-3 минуты. После этого раствор эвакуировали и по игле вскрывали просвет кисты с последующей хирургической обработкой полости.

Следует отметить, что даже при обнаружении скрытых и глубоко расположенных кист не всегда удавалось осуществить их хирургическую обработку в полном объеме. В связи выраженным кровотоком паренхимы печени при подходе к обнаруженным на глубине 3-4 см 4 кистам левой доли печени, у одной больной пришлось ограничиться лишь химической обработкой полостей раствором формалина через пункционную иглу. Через 1 год эта больная была оперирована повторно связи с клинической картиной нагноения оставленных кист. Во время операции эти кисты были обнаружены только с помощью ИОУЗИ. Все они при пункции имели признаки погибшего паразита, в 2-х кистах содержался гной. Повторная операция выполнялась транспаренхиматозно, без повреждений сосудистых секреторных структур, располагавшихся вокруг кист. Удалены фрагменты распадающейся хитиновой оболочки, остаточные полости обработаны по полузакрытому способу.

При больших эхинококковых кистах даже при использовании ИОУЗИ возникают трудности в определении сосудистых структур паренхимы печени вокруг кист, т.к. часть венозных стволов сдавлены кистами. В этих случаях, сосудистую архитектуру лучше было определять ИОУЗИ через полости кисты после её вскрытия, опорожнения и антипаразитарной обработки её стенок. Роль ИОУЗИ состояла в определении крупных и лежащих под фиброзной капсулой сосудисто-протоковых образований, травма которых могла привести к развитию крове- и желчеистечения, а также к ишемии участков печени.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БРОНХОФИБРОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЕГКОГО В ДО-, ИНТРА- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Ф.Г.Назыров, Т.Б.Угарова
г. Ташкент

Эхинококкоз — одно из наиболее тяжелых паразитарных заболеваний, протекающих с поражением печени, легких и других органов. В нашей стране эхинококкоз — широко распространенное заболевание и является краевой патологией. Благодаря улучшению методов диагностики, раннему выявлению и своевременному обращению больных за помощью, эхинококкоз легких стал чаще выявляться и по статистике

занимает второе место после эхинококкоза печени. Основным методом лечения эхинококкоза легких остается хирургический. Важным условием, обеспечивающим благополучный исход операции, гладкое послеоперационное течение и быстрое выздоровление больного, является хорошая предоперационная подготовка, тщательный контроль легочной вентиляции во время операции, пристальное послеоперационное наблюдение за состоянием дыхательной функции легких у больных.

Предупреждение бронхолегочных осложнений при оперативных вмешательствах у больных с эхинококком легких представляется актуальной задачей в свете успешного лечения данной категории больных. В развитии послеоперационных бронхолегочных осложнений большую роль играют нарушения бронхиальной проходимости, обусловленные различными причинами, и приводящие к воспалительным процессам в бронхах и паренхиме легкого, дыхательной недостаточности. Одним из важнейших мероприятий, направленных на решение этих задач, является лечебно-диагностическая бронхофиброскопия (БФС).

С целью предупреждения бронхолегочных осложнений у больных, оперированных по поводу различных форм эхинококкоза легких нами в НЦХ с 1991 года были проведены лечебно-диагностические БФС у 117 больных. Мужчин было - 75, женщин - 42. До 10 лет больных не было, до 20 - 36 больных, до 30 - 26, до 40 - 24, до 50 - 16, до 60 - 10, старше 60 лет - 5 больных. 82 больных было с односторонним односторонним эхинококком легких, у 23 был односторонний множественный, у 2 был двухсторонний односторонний, и у 10 - двухсторонний множественный. В 19 случаях было сочетание с эхинококком печени, в 3-х - селезенки, в 2-х - с органами брюшной полости, в 10 - средостения, в 3-х - плевры. У 3-х больных эхинококку сопутствовал туберкулез легких. Рецидивный эхинококк нами был встречен у 7 больных. Осложненный прорывом в бронх - у 75 больных, в плевральную полость - у 5, в 68 случаях отмечено нагноение кист, из них в 54 - с прорывом в бронх.

БФС проведена у 58 больных (108 БФС) в предоперационном периоде, у 18 - во время операции и у 69 (93 БФС) - в послеоперационном периоде. У одного больного БФС выполнялась по показаниям от 1 до 15 раз. Показаниями к ее проведению были следующие: дифференциальный диагноз с такими заболеваниями как центральный рак, туберкулез, абсцесс легкого; санация бронхиального дерева при прорыве осложненного эхинококка в бронх. Одновременно осуществлялся забор бронхиального содержимого на цитологическое, гистологическое и на бактериологическое исследование. Всего за этот период нами было выполнено 219 диагностических и лечебных БФС у больных с эхинококком легких.

БФС в предоперационном периоде у всех больных проводилась под местной анестезией по принятой у нас методике. Во время операции она проводилась под общим наркозом через интубационную трубку. У больных в послеоперационном периоде БФС прово-

дилась, как правило, под местной анестезией, и, только в единичных случаях, в реанимационном отделении больным на ИВЛ - под общим обезболиванием.

Первичная БФС в дооперационном периоде начиналась с осмотра состояния слизистой оболочки бронхов во всех отделах, деформации их стенок, учитывая возможность сдавлений извне, наличия и качества бронхиального секрета, распространенность поражения. При этом были обнаружены различные виды эндобронхитов - от катарального, различной степени выраженности, до эрозивно-гнойного. При этом односторонний эндобронхит был выявлен у 36 больных, двухсторонний - у 22. В 3-х случаях выявлен щелевидный стеноз бронхов. В 16 случаях осложненного эхинококкоза была обнаружена обструкция просвета бронха хитиновой оболочкой, а в 3-х - кровью - у больных с рецидивирующим кровотечением. Во всех случаях осложненного прорывом в бронх и нагноением эхинококкоза легких проводились повторные лечебно-санационные бронхоскопии, сопровождающиеся лаважем бронхиального дерева растворами антисептиков, протеолитических ферментов, с последующей аспирацией промывных вод и введением растворов антибиотиков (62 больных).

Интраоперационно БФС была выполнена у 18 больных. Показаниями к ее выполнению была: геморрагическая обструкция - односторонняя - на стороне операции - 9 больных, с противоположной стороны - 1 больной; обструкция хитиновыми массами - на стороне операции - у 4 больных, здорового легкого - у 6. Кроме того в 1 случае имелось щелевидное сужение бронхов, а в 3-х - катарально-гнойный эндобронхит.

Фибробронхоскопия в послеоперационном периоде выполнена 69 больным. При осмотре кроме грубых морфологических изменений, таких как щелевидное сужение бронхов на стороне операции - у 20 больных, хитиновая обструкция - у 2-х, обтурация гноем - у 9, гнойно-геморрагическая и геморрагическая обструкция на стороне операции - у 5, выявлены различные виды бронхитов от катаральных до деформирующих эрозивно-гнойных. Двухстороннее поражение наблюдалось в 15 случаях, одностороннее в 20. У 3-х больных диагностирован эрозивно-геморрагический фибринозный трахеит.

БФС является эффективным методом диагностики сопутствующей патологии трахеобронхиального дерева у больных с эхинококком легких.

Удаление сгустков крови, хитиновых оболочек, слизи, гноя, обтурирующих просветы бронхов, способствовало восстановлению их дренажной функции, улучшению легочной вентиляции, разрешению ателектазов. Введение антибиотиков и антисептиков способствовало уменьшению воспалительных процессов.

БФС, проводимая у больных с осложненными эхинококкозами легких в до-, интра-, и послеоперационном периодах способствует существенному уменьшению бронхолегочных осложнений в ближайший и отдаленный послеоперационный период, значительному улучшению результатов хирургического лечения.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

Ф.Г. Назиров, М.Х. Ходжибеков,
А.И. Икрамов, Д.Н. Акилова
г. Ташкент

Несмотря на проводимые противоэпидемические мероприятия, улучшение качества диагностики, разработку новых методов хирургического лечения, развитие малоинвазивных вмешательств и химиотерапии, заболеваемость эхинококкозом, число проводимых операций не имеет тенденции к снижению. Особенно это касается эндемичных регионов, к которым относится и Узбекистан.

Актуальность проблемы обосновывается и тем, что в последние годы значительно увеличилось число осложненных форм заболевания и на этапах диагностики и лечения специалистам все больше приходится сталкиваться с проблемой дифференциальной диагностики осложнений эхинококкоза с другими очаговыми образованиями легких и печени (абсцессы, поликистоз, кавернозные формы туберкулеза и периферических опухолей и др.). Появление в арсенале многопрофильных хирургических клиник республики таких методов медицинской визуализации, как ультразвукография, компьютерная и магниторезонансная томография ставят перед врачами проблему выбора с учетом соотношения информативность/стоимость исследования

Все это определяет необходимость разработки алгоритмов последовательности использования различных методов для интроскопии органов грудной клетки и брюшной полости. С мая 1998 по апрель 2001 года на лечении в НЦХ имени академика В.Вахидова находились 1047 больных с эхинококкозом легких и печени. При этом всем больным выполнялась рентгенография грудной клетки и УЗИ брюшной полости. КТ брюшной полости выполнено у 98 пациентов, КТ грудной клетки — у 350, УЗИ грудной клетки — 65 больных.

В диагностике эхинококкоза печени информативность УЗИ составила 96,8%, КТ 98,8%. Затруднения при ультразвукографии возникли у пациентов с омертвевшими эхинококковыми кистами из-за трудности качественной визуализации кальцинированной капсулы и определения плотности содержимого кисты. Трудности как КТ так и УЗИ были связаны с дифференциальной диагностикой паразитарных и непаразитарных кист (14 случаев), абсцессов и нагноившихся кист (7 случаев).

В диагностике эхинококкоза легких информативность рентгенологического исследования составила 91,7%, а КТ существенно выше — 98,7%. Особенно это выражено при анализе общей точности рентгенографии и КТ осложненных и множественных форм заболевания (83,6% и 92,8% соответственно). При этом наиболее часто ошибки рентгенологического исследования были связаны с дифференциацией очагов с туберкулезными кавернами и распадающимися опухолями легких. В случаях неосложненных кист, их пристеночной локализации либо наличия плев-

ральных сращений.

Ультрасонография, выполненная у 65 больных позволила также определить кистозный характер очагов в легком.

Анализ наших исследований позволяет предлагать следующую последовательность УЗИ, рентгенографии и КТ в диагностике эхинококкоза.

Эхинококкоз легких: (неосложненные кисты): (скрининг-метод) — рентгенография — УЗИ (при наличии плевральных сращений и (или) пристеночной локализации паразита).

Осложненные кисты легких (включая множественные, рецидивные формы): рентгенография — УЗИ — КТ.

Эхинококкоз печени: (скрининг метод) — УЗИ — КТ (при множественных, сочетанных формах и (или) кальцинированной капсуле с омертвением паразита).

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

А.Пулатов, И.Р. Сулейманов, К.А. Матякубов,
А.М. Мехмонов, Ш.Я. Асронов.
г.Андижан

В хирургическом отделении областной больницы г.Андижана оперативному вмешательству по поводу эхинококкоза печени подвергались 53 больных, из них мужчин — 18, женщин — 35, в возрасте от 17 до 70 лет, городских жителей — 21, сельских — 32. Одиночный эхинококкоз печени с эхинококковой жидкостью от 150 мл до 7 литров выявлен у 37 (69,8%) больных, множественный эхинококкоз печени (от 2 до 6 кист) — 16 (30,2%).

Клинические проявления не осложненного эхинококкоза печени скудны 41 (77,4%). Больные отмечают чувство тяжести в правом подреберье, иногда тупые боли 37 (69,9%). С развитием нагноения кисты и гибели паразита появляются боли, общая слабость и диспептические расстройства у 22 (41,6%). Среди наших пациентов опухолевидные образования на фоне гепатомегалии констатированы у 26 (49,2%) больных.

Диагностика эхинококкоза печени, особенно его рецидивов, до сих пор остается сложной. В этой связи для верификации диагноза эхинококкоза печени проводим комплексные обследования больных.

Повышенное содержание эозинофилов имело место у 42 (79,2%) больных, анемия отмечена почти у половины больных. Лейкоцитоз от $10 \times 10^9/\text{л}$ до $22 \times 10^9/\text{л}$ обнаружен у 17 (32%) больных, повышение СОЭ от 18 до 54 мм/час — 29 (54,7%), последнее характерно для случаев нагноения кист.

Всем больным производили ультразвуковое исследование. Этот метод, по сравнению с другими, оказался высокоинформативным при кистозных образованиях печени, однако он не позволяет дифференцировать образование от остаточной полости после эхинококкэктомии и непаразитарных кист печени.

Выбор оперативного доступа зависел от локализации кисты, наиболее часто была поражена правая доля (32), реже левая (18), поражение обеих долей наблюдали у 3 больных. Кроме эхинококкоза печени у

8 больных выявлено поражение других органов: у 4 кишечника, у 2 - сальника и у 2-диафрагмы.

Операция при эхинококкозе печени включала удаление или опорожнение кисты, частичное или полное иссечение фиброзной капсулы и меры по ликвидации образовавшейся полости.

В зависимости от размера и состояния эхинококковой кисты, остаточную полость у 32 больных ликвидировали посредством капитонажа. При больших кистах (у 10), для профилактики нагноения, а также у 6 больных с нагноившимся эхинококкозом печени, в полости кисты оставлялась дренажная трубка. При субкапсулярном расположении паразита у 2-х больных произведена краевая резекция печени вместе с кистой. При расположении кисты в области ворот печени ушивание ее сочетали с тампонированием полости большим сальником (у 3 больных).

В послеоперационном периоде после эхинококкэктомии печени мы наблюдали пневмонию - у 2, нагноение раны - у 3 больных. Наружный желчный свищ возник у 2 больных. Эти осложнения ликвидировались проведенным консервативным лечением.

ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

А.М.Шамсиев, А.Х.Одилов, У.Б.Гаффаров,
Н.Д.Кодиров, Ш.Ш.Мухитдинов.
г. Самарканд

Несмотря на развитие медицинской техники, появление компьютерной томографии, аппаратов для ультразвукового исследования во многих случаях, особенно при осложненном эхинококкозе идентифицировать паразитарный характер объемного образования не удаётся.

Под нашим наблюдением с 1986 по 2000 год находились на лечении 431 больных с эхинококкозом различной локализации в возрасте от 1 года до 16 лет. Мальчиков было 239 (55,5 %) девочек 192 (44,5 %). Эхинококкоз легких выявлен у 173 (40,2 %), печени у 192 (44,5 %). Сочетанный эхинококкоз у 54 (12,5 %) , редких локализаций у 12 (2,8 %) больных. Среди сочетанных форм из 54 больных в 48 случаях (88,9%) наблюдалось сочетание эхинококкоза печени и легких, и у 4 (7,4 %) больных обоих легких и печени. Эхинококкоз обоих легких отмечен у 20 (11,6 %) больных, правого легкого у 91 (52,6 %) и левого легкого у 62 (35,8 %). Одиночный эхинококкоз отмечен у 152 больных (87,9 %), множественный у 21 (12,1 %).

Почти у каждого второго больного (41%) при эхинококкозе легких при поступлении имелись ос-

ложнения. Из них, нагноение эхинококковых кист легких отмечены у 37 больных (21,3 %), прорыв кист в бронхи отмечен у 20 (11,6 %), прорыв в плевральную полость отмечен у 14 (8,1). Причиной позднего обращения больных можно считать длительное бессимптомное течение заболевания.

Сельские жители составили 77 % всех больных детей эхинококкозом легких.

Основной контингент больных составляли дети школьного возраста 82 %.

При обследовании нами использован комплекс методов, включающий клинические, рентгенологические, ультразвуковые, лабораторные и иммунологические исследования. Известно, что параллельное использование нескольких серологических реакций увеличивает их диагностические возможности. Нами, наряду с реакцией непрямой гемагглютинации (РНГА), использована предложенная в клинике клеточная иммунная реакция антигенсвязывающих лимфоцитов (АСЛ).

До операции 109 больным с диагностической целью была произведена реакция АСЛ и положительные результаты отмечены в 87% случаев, а при сочетанном эхинококкозе в 96% случаев. Параллельно ставили 104 больным РНГА -получен положительной результат в 83% случаев. В тоже время, при сочетанном эхинококкозе отмеченно 94% положительных результатов.

При эхинококкозе легких или печени производили целенаправленный поиск эхинококковых кист других локализаций.

Точная локализация кист устанавливалась с помощью УЗИ при эхинококкозе печени и рентгенографией при эхинококкозе легких, что позволяло выбрать оптимальный операционный доступ.

Особую трудность представляла диагностика прорвавшихся в бронх или в полость эхинококковых кист легких, дифференциация их от абсцесса или пиоторакса. Во всех случаях прорыва эхинококковых кист в бронхи проводим лечебно диагностическую бронхоскопию. В таких случаях производим микроскопию бронхолаважной жидкости, мокроты и пунктата плевральной полости. При этом можно выявить эхинококковые крючья, обрывки хитиновой оболочки.

Послеоперационные осложнения в основном наблюдали у больных с осложненными формами эхинококкоза.

Таким образом, чтобы улучшить результаты лечения эхинококкоза легких необходима ранняя диагностика заболевания у детей.

РАЗДЕЛ III

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ.

А.А.Азимов, У.У.Юсупов, И.Хатамов
г. Навои

В последние годы заметно увеличилась частота эхинококковой болезни, в частности, эхинококковые поражения легких. В Навоинском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за период с 1990 по 2000 годы находились на лечении 26 больных с эхинококковой болезнью легких, в возрасте от 10 до 62 лет. Мужчин было 12, женщин — 14.

Эхинококкоз легких диагностировался нами рентгенологически, причем у 12, он выявлен случайно при массовом флюорографическом исследовании, у остальных пациентов при обращении к врачам с теми или иными жалобами. По результатам обследования: у 16 больных диагностирован — одиночный, у двух — множественный, у трех — двухсторонний, у пяти — выявлено сочетанное поражение легких и печени.

Мы являемся сторонниками органосохраняющих и щадящих оперативных вмешательств. В зависимости от расположения эхинококковой кисты, нами применен у 19 — передне-боковой, у 5 — боковой и у 2 — задний доступ.

Больным применяли следующие виды оперативных вмешательств: в 7 случаях произведена эхинококкэктомия по Боброву-Спасокукоцкому, в 7 случаях — капитонаж по Дельбе, в 11 случаях — по Вишневскому и в 1 случае произведена эхинококкэктомия с резекцией язычковых сегментов левого легкого.

Во всех случаях ложе паразитарной кисты последовательно обрабатывалось: 3% раствором перекиси водорода, спирта и иода.

В ближайшем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: нагноение операционной раны — у 2 больных, ограниченный гнойный плеврит — у 1 больного и бронхопневмония — у 3 больных. Консервативная терапия во всех случаях была эффективной, летальных исходов не было.

Таким образом, наш опыт хирургического лечения эхинококкоза легких показывает, что органосохраняющие операции являются операциями выбора.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДВУХСТО- РОННОМ И СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

Н.А. Акбаров, С.Р. Рахимов, Ш.К. Халилов, К.Р.
Йигиталиев, Д.М. Солиев, Х.С. Усмонов
г. Андижан

Двусторонний и сочетанный эхинококкоз у детей является часто встречающейся патологией детского возраста. Из числа сочетанных поражений наиболее часто встречаются эхинококкоз легких и печени. Как показывает клинический опыт, при сочетанном эхинококкозе отмечается неравномерный рост паразитар-

ной кисты, что служит причиной диагностических ошибок.

В клинике за последние десять лет находилось на лечении 17 больных с двусторонним сочетанным эхинококкозом легких. Из этого числа больных в 11 наблюдениях отмечалась одиночная двухсторонняя локализация, у 3 больных множественная киста с одной стороны, одиночная с другой. У 3 больных были множественные кисты обоих легких. У 10 больных отмечалось сочетание эхинококкоза легких и печени.

Все дети (17) с сочетанным эхинококкозом легких при госпитализации в клинику были пониженного питания (дефицит массы тела до 20%), с признаками хронической интоксикации (бледность, вялость, слабость, недомогание). У 7 больных отмечалось выраженное отставание в физическом развитии. Почти у всех больных отмечены явления гипохромной анемии, эритроциты в пределах 3,6-0,8, умеренная эозинофилия у 21% больных.

На почве хронической интоксикации и сенсibilизации организма, отмечались кардиоваскулярные и респираторные отклонения. В связи с этим больные получали соответствующую предоперационную подготовку (инфузионная терапия, превентивная антибиотикотерапия, стимуляция сердечно-сосудистой и дыхательной системы).

При выборе хирургической тактики предпочтение отдавали индивидуальному подходу. При этом учитывали число паразитарных кист в каждом легком, стадии их развития, наличие или отсутствие осложнений, а также общий статус больного. Оперировать начинали со стороны осложненной или значительных размеров паразитарной кисты.

При двустороннем одиночном эхинококкозе легких и одиночном эхинококкозе VIII сегмента печени, выполняли одномоментную операцию (4-больным) видоизмененным нами единым торакоабдоминальным доступом (удост. на рац. пред. №948, от 18.01.1992 г. выд. АндГосМИ Рахимову С.Р.). Во всех случаях выполнялась традиционная эхинококкэктомия с соответствующей обработкой остаточной полости. Что касается ее ликвидации, то при эхинококкозе печени со второй клинической стадией максимально иссекали истонченную часть фиброзной капсулы, затем ее края ушивали непрерывным кетгутовым швом, остаточную полость дренировали. При третьей клинической стадии эхинококкоза печени (3 больные, в том числе I больной с эхинококкозом VIII сегмента) из-за значительного размера остаточной полости, дополнительно к вышеизложенным мерам использовали метод оментизации остаточной полости. Что касается остаточной полости в легочной ткани во всех случаях после ушивания бронхиального свища ликвидацию ее осуществляли видоизмененным методом Вишневского (швы накладывали в вывернутом состоянии к висцеральной плевре, что позволяло добиться ее истинного утолщения).

Во всех случаях больные выписаны из стационара с выздоровлением. Рецидивов в отдаленном послеоперационном периоде от 6 мес. до 5 лет нет.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ И ПО-ЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ.

Х.А. Акилов, В.Р. Акмеев
г. Ташкент.

Двусторонняя локализация эхинококковых кист в легких - одна из разновидностей множественного эхинококкоза, его частота колеблется в широких пределах: от 4 до 26,7%.

Отделение хирургии легких и средостения НЦХ им. акад. В. Вахидова МЗ РУз располагает опытом лечения 312 пациентов с множественным эхинококкозом легких, из них у 97 он был односторонним, у 205 - двусторонним. Из 205 больных двусторонним эхинококкозом легких - у 85 был двусторонний одиночный эхинококкоз, у 120 - двусторонний множественный, причем у 64 он сочетался с поражением других органов.

185 больных оперированы, остальным оперативные вмешательства не были произведены по различным причинам. 141 больному выполнены операции с двух сторон, из них 77 больным произведены последовательные оперативные вмешательства с интервалом от 2 недель до 3 месяцев, а 64 больным выполнены одномоментные оперативные вмешательства с двух сторон: из них 49 больным - путем последовательной торакотомии и 15 - чрезгрудинно-средостенным доступом и 44 больных оперированы с одной стороны. С применением эндовизуальной техники оперировано 8 больных. Из них 6 - оперированы с одной стороны с применением видеоторакоскопической техники и традиционным способом с другой. 2 - оперированы с обеих сторон, причем у одной больной с применением эндовизуальной техники произведена одномоментная операция из обеих легких.

Оперативные вмешательства носили органосохраняющий характер и лишь в трех случаях произведены резекции, в двух - нижней доли и в одном верхней. Всего было удалено 439 эхинококковых кист. В 270 случаях ложе ликвидировано капитонажем по Дельбе, в 73 - по Боброву-Спасокукоцкому, в 15 - произведено ушивание ложа кист по В. Вахидову, в 14 - выполнена операция по А.А. Вишневскому, в 45 - ложе кисты было ликвидировано наложением послойных П-образных швов изнутри и узловых швов на края фиброзной капсулы, в 12 - применялся клеевой способ при помощи медицинского клея МК-7 и в 10 случаях - шовно-клеевой способ.

Послеоперационное течение у 173 больных было гладким, а у 12 - наблюдались осложнения, из них у 9 - острая эмпиема плевры и нагноение послеоперационной раны ликвидированы консервативным путем (в 5 случаях было произведено дренирование и в 4 - пункции плевральной полости), у 3 отмечалось нагноение послеоперационной раны, которое также было ликвидировано консервативно. Легкие в основном расправились на вторые сутки. Все больные были вы-

писаны в удовлетворительном состоянии с хорошими клиническими и рентгенологическими результатами. Средний койко-день составил 26. Отдаленные результаты операций изучены в сроки от 6 месяцев до 15 лет у 60 больных. У всех больных отмечен стойкий клинический эффект.

Таким образом, одномоментные операции при двустороннем эхинококкозе легких являются операциями выбора и могут выполняться у больных с хорошими функциональными показателями сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

К ОЦЕНКЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

Х.А. Акилов, А. Ш. Асабаев, Б.К. Алтыев,
Ш. К. Атаджанов, Э.М. Сайдазимов
г. Ташкент

С 1975 года по 2000 годы в отделении хирургии печени и желчных путей прооперировано 1658 больных с эхинококкозом печени (ЭП). Из них 701 мужчин, 957 женщин. В настоящее время клиника располагает опытом более 24 видов оперативных вмешательств, выбор которых зависел от числа кист, локализации, распространенности и размеров паразита, сочетанности поражения нескольких органов и анатомических областей, а также внедрения в комплекс хирургического лечения ЭП новых технологий (лазеры, гармонический скальпель, плазменные потоки, эндовизуальная техника, пункционно-аспирационные методы лечения под контролем УЗИ и КТ и др.).

Выполненные оперативные вмешательства в зависимости от способа удаления паразита разделены на 2 основные группы. Первая (закрытая эхинококэктомия) - когда производится удаление очага поражения с частью органа или без него (193), без нарушения целостности паразита; вторая (открытая) - удаление хитиновой оболочки после предварительной пункции и аспирации содержимого кисты с полной или частичной ликвидацией остаточной полости методами, указанными ниже.

Виды наиболее частых оперативных вмешательств следующие:

1. Закрытая эхинококэктомия, капитонаж остаточной полости (101)
2. Полузакрытая эхинококэктомия, капитонаж и дренирование остаточной полости (138)
3. Открытая эхинококэктомия, наружное дренирование остаточной полости (264)
4. Дренирование и тампонада сальником остаточной полости (107)
5. Марсупиализация остаточной полости (3)
6. Цистэнтероанастомоз (14)
7. Абдоминализация остаточной полости (145)
8. Резекция печени (40)
9. Капитонаж остаточной полости с частичной резекцией печени (264)
10. Лапароскопическая эхинококэктомия (40).

Приобретенный опыт позволил выработать некоторые общие принципы хирургического лечения ЭП человека.

Резекция печени с кистой и идеальная эхинок-

кэктомия показаны при ее краевых расположениях. При мелких и средних кистах производится закрытая эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной полости методом капитонажа, оментопластикой или путем наложения поэтажных вворачивающих швов на фиброзную капсулу. При больших кистах с центральным расположением, когда нет возможности ликвидировать остаточную полость, производили открытую эхинококкэктомию с дренированием полости.

В случаях осложненного ЭП эффективно применение высокоэнергетических лазеров и плазменного потока, позволяющих коагулировать мелкие желчные свищи, выпаривать некротические ткани, добиваться апаразитарности вмешательства и бактерицидного эффекта.

При доступной визуализации и небольших размерах кист показана эхинококкэктомия с применением эндовизуальной техники, которая является малотравматичным и щадящим методом, позволяющим качественно улучшить результаты оперативного лечения.

Эволюция применяемых методов хирургического лечения ЭП человека и внедрение современных технологий заметно отразились на ближайших и отдаленных результатах оперативного вмешательства, на структуре и виде послеоперационных осложнений, реабилитационном периоде и сроках восстановления трудоспособности. При этом в среднем число тяжелых осложнений за период 1990-2000 гг. по сравнению с периодом до 1990 г. снизилось на 30%, рецидивов ЭП на 38%, сокращение пребывания больного в клинике на 6,2 к/д, летальность на 45%.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЁННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Х.А. Акилов, Ф.А. Ильхамов, С.С. Агзамходжаев,
У.Н. Туракулов
г.Ташкент,

Излагается наша тактика и результаты хирургического лечения 315 больных с осложненным эхинококкозом печени (ОЭП).

При нагноившихся эхинококковых кистах с помощью лазерного или плазменного скальпеля производим стерилизацию и антипаразитарную обработку стенок кисты, применяем закрытые и полужакрытые методы завершения операции, а также абдоминализацию остаточной полости с оментогепатопексией (АОП с ОГП).

При прорыве содержимого кисты в билиарные протоки с механической желтухой и гнойным холангитом до операции выполняем максимально широкую эндоскопическую папиллосфинктеротомию с назобилиарным дренированием. Желчный свищ во время операции ликвидируем путем лазерной, плазменной коагуляции его устья или ушиванием атравматическим шовным материалом. Операцию завершаем путем полужакрытой или закрытой эхинококкэктомии, а в 4 случаях прибегали к наложению цистоэнтероанастомоза. При механической желтухе вследствие сдавления внепеченочных желчных путей растущей

кистой адекватная декомпрессия билиарных протоков достигалась только во время операции (АОП с ОГП).

У больных с печеночно-плевральной формой прорыва кисты в органы грудной клетки лечебные манипуляции начинали с пункции и дренирования правой плевральной полости. Вторым этапом выполняем вмешательство на осложненной эхинококковой кисте через абдоминальный доступ: у 4 больных произведено одномоментное, у 1 - двухмоментное вмешательство на правом легком и печени. При перфорации содержимого кисты в брюшную полость операция заключалась в полужакрытой эхинококкэктомии и завершалась тщательной санацией и антипаразитарной обработкой всех отделов брюшной полости с помощью низкочастотной ультразвуковой кавитации. Операцией выбора при портальной гипертензии у больных с ОЭП является эхинококкэктомия с АОП и ОГП, при невозможности выполнить ее - открытая эхинококкэктомия или наложение кистоэнтероанастомоза. Операцией выбора при обызвествленных кистах считаем тотальную или субтотальную перицистэктомию. Выполнение этой операции существенно облегчается при использовании плазменной хирургической установки или YAG-лазера. Частота послеоперационных осложнений при ОЭП составила 26%, летальные исходы отмечены в 8 (2,5%) случаях. Таким образом, реальные возможности в улучшении результатов хирургического лечения больных с ОЭП связаны во-первых, с выполнением патогенетически обоснованных современных способов оперативных вмешательств, во-вторых, с использованием высокоэнергетических лазерных и плазменных хирургических установок, низкочастотного ультразвука, низкоинтенсивных лазеров.

ЭНДОВИЗУАЛЬНАЯ ТЕХНИКА В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Х.А. Акилов, Е.М. Сайдазимов, А.Ш. Асабаев,
Ш.К. Атаджанов, Ж.Б. Артыков
г.Ташкент

В последнее десятилетие широко и повсеместно развивается лапароскопическая хирургия - наиболее перспективное направление в современной клинической медицине. Особый интерес вызывает применение эндовизуальной техники при эхинококкозе печени.

С января 1996 года в отделении хирургии печени и желчных путей Научного центра хирургии имени акад. В.Вахидова МЗ РУз выполнено 40 лапароскопических эхинококкэктомий (ЛЭЭ). Женщин - 23, мужчин - 17, возраст колебался от 9 до 57 лет. Большинство составляли лица трудоспособного возраста. Все больные проходили комплексное обследование, однако наиболее важное значение для нас имели результаты ультразвукового сканирования, помогая нам строго придерживаться показаний и противопоказаний к выполнению ЛЭЭ. У 32 больных кисты локализовались в правой доле печени, у 18 в левой. Размеры кист в среднем достигали 6-7 см. В 8 случаях выявлен сочетанный эхинококкоз печени и легких, у 6 из них

выполнено одномоментно видеоскопическая эхинококкэктомия из легких и печени. У 2 (5%) больных осуществлена конверсия при выполнении ЛЭЭ на диагностическом этапе.

ЛЭЭ выполнялись на оборудовании фирмы “Karl Storz” и “Auto Suture Instrumens”. Пневмоперитонеум накладывали заданного напряжения (6-10мм.рт.ст.) в зависимости от конституциональных особенностей больных и наличия сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной системы. У 3 больных, перенесших в анамнезе оперативные вмешательства на брюшной полости, мы использовали метод “открытой лапароскопии”. Соблюдение всех перечисленных правил и принципов позволило нам полностью избежать серьезных интраоперационных осложнений. После наложения пневмоперитонеума и введения оптики проводили ревизию брюшной полости, определяли локализацию кист. Во время хирургического вмешательства первостепенное значение придавали соблюдению принципа апаразитарности. Область пункции и вскрытия капсулы тщательно отграничивали марлевыми салфетками, смоченными раствором формалина или 20% раствором хлорида натрия. Пункцию кисты выполняли специальным троакаром-присоской. При подтверждении диагноза эхинококкоза в кисту, после ее полного опорожнения и отсутствия следов желчи, вводили 0,5-2% раствор формалина или 76% спирт, а при наличии желчного свища - глицерин, с целью предупреждения развития склерозирующего холангита. Затем рассекали фиброзную капсулу, хитиновую оболочку с помощью мощного вакуум-отсоса эвакуировали из брюшной полости, либо помещали в резиновый контейнер и удаляли из брюшной полости через троакар. Далее проводили эндовидеоскопию остаточной полости на наличие фрагментов хитиновой оболочки, а при выявлении желчных свищей производили диатермокоагуляцию или клипирование. Остаточную полость ушивали путем наложения нескольких кетгутовых швов при небольших кистах (у 4 больных). В 12 случаях остаточную полость тампонируют прядью салника с фиксированием к краям стенки степлером, или накладывали несколько эндоузлов. В остальных случаях, когда невозможно подвести прядь салника без риска возникновения некроза, производили абдоминализацию остаточной полости с подведением дренажной трубки. Операцию завершали ревизией, санацией и дозированным прицельным промыванием брюшной полости стерильным физиологическим раствором. Удаляли сгустки крови, при необходимости оставляли дополнительный, “страховочный” дренаж в подпеченочной или поддиафрагмальной области на несколько суток.

Продолжительность операции составляла в среднем 80мин, а одномоментные видеоскопические эхинококкэктомии из легких и из печени в среднем 180 мин. В послеоперационном периоде лечение проводили по общепринятой схеме, курс антибактериальной терапии, коррекцию водно-электролитных нарушений. По показаниям проводили обезболивание ненарко-

тическими анальгетиками в течение 1 суток. В течение 6-8 ч после операции назначали постельный режим, после этого больные могли вставать, ходить и принимать жидкости. Больных выписывали из стационара на 5-7 суток после операции при благоприятном течении послеоперационного периода (в случае ранней выписки больные являлись на контрольный осмотр на 7- сутки). Состояние остаточных полостей в послеоперационном периоде контролировали при помощи УЗИ. Самый длительный период наблюдения 5 лет - рецидива заболевания не отмечено, на УЗИ у 13 (32,5%) больных остаточной полости нет, у 27 (67,5%) больных остаточная полость небольших размеров, с отмечающейся тенденцией к замещению. У 1 (2,5%) больной отмечалось в послеоперационном периоде нагноение остаточной полости, у 2 (5%) больных отмечалось желчеистечение.

Таким образом, наш опыт внедрения ЛЭЭ в клиническую практику показал ряд преимуществ методики, позволяющей широко применять ее в специализированных отделениях как альтернативу традиционным оперативным вмешательствам. Значимость этого метода возрастает у больных детского и пожилого возраста.

ГНОЙНЫЙ ХОЛАНГИТ И МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Х.А. Акилов, Л.П. Струцкий, Ф.А. Ильхамов,
Х.Т. Садыков
г. Ташкент

Одним из тяжелейших осложнений эхинококкоза печени (ЭП) является механическая желтуха (МЖ) и гнойный холангит (ГХ).

Наше сообщение основано на результатах лечения 57 больных. У 32 (56,1%) больных (группа А) ГХ и МЖ были обусловлены прорывом содержимого эхинококковой кисты в крупные внутри- и внепеченочные желчные протоки с их обструкцией, а у 25 (43,9%) больных (группа Б) - сдавлением желчных протоков растущей гидатидной кистой.

Лечебные мероприятия у этих больных мы условно разделили на три этапа: первый, дооперационный этап, состоит из мер, направленных на декомпрессию билиарного тракта, борьбу с МЖ и ГХ. На дооперационном этапе ведущая роль принадлежала эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). При дуоденофиброскопии в 17 наблюдениях (из 32) отмечен прямой признак прорыва эхинококковой кисты в билиарные протоки: пролапс хитиновой оболочки из устья большого дуоденального сосочка (БДС) в просвет двенадцатиперстной кишки.

Ретроградным контрастированием билиарных протоков через БДС установлена эктазия гепатикохоледоха с наличием лентовидных, волнистых, тяжистых, изогнутых дефектов наполнения, образовавшихся скопленной хитиновой оболочкой. В 23 случаях получено частичное контрастирование расположенной внутрипеченочно полости эхинококковой кисты, с множе-

ственными ячеистыми дефектами наполнения. Так, эндоскопическая ретроградная холангиография у 16 больных дополнена ЭПСТ, протяжением 1,5-2 см. Из них у 9 пациентов группы А удалось произвести адекватную декомпрессию билиарного тракта путем извлечения из общего желчного протока фрагментов хитиновой оболочки гидатиды. У 10 больных эндоскопические вмешательства с извлечением вновь поступивших в протоки хитиновых оболочек из полости кисты выполнялось повторно (2-3 раза) и исследования завершались установлением назобилиарного дренажа (НБД). В дальнейшем через этот катетер проводилась санация билиарного дерева, эндобилиарная антибактериальная терапия, а также он использовался для проведения световода при эндобилиарной лазерной терапии.

Второй этап - полостное оперативное вмешательство, заключается в эхинококкэктомии (ЭЭ), выявлении и устранении желчного свища, ликвидации образовавшейся остаточной полости, ревизии и санации билиарного дерева, и завершалось приемами, направленными на временную или постоянную декомпрессию билиарного тракта. Наш опыт показывает, что на отдельных этапах оперативного вмешательства с большой эффективностью могут быть использованы высокоэнергетические лазерные (CO_2 - и YAG-), а также плазменные хирургические установки. Для антипаразитарной и антибактериальной обработки полости гидатиды мы используем луч CO_2 - или YAG-лазера, плазменную струю гелия, низкочастотный ультразвук, 3% раствор перекиси водорода, 20% раствор хлорида натрия, 80% раствор глицерина, 1% спиртовой раствор хлоргексидина. У больных ЭП, осложнившимся ГХ и МЖ выполнены следующие операции: резекция левой доли печени (4), закрытая ЭЭ (11), полукрытая ЭЭ (10), открытая ЭЭ (13), абдоминализация полости с оментопексией (19), ЭЭ + холецистэктомия (ХЭК) (13), то - же + ХДА (3), ЭЭ + ХЭК + дренирование холедоха наружу (19).

Третий, послеоперационный этап состоял из мер, направленных против ГХ (эндобилиарная лазерная терапия с использованием гелий-неонового (ГНЛ) и ультрафиолетового лазеров, антибактериальная терапия), борьбу с печеночной недостаточностью (сезансы чрескожной арсенид-галлиевой лазерной терапии), стимуляцию репаративных процессов в печени (чрездренажное ГНЛ облучение стенок остаточной полости).

В послеоперационном периоде мы наблюдали следующие осложнения: нагноение остаточной полости - у 5 (8,8%) больных, длительно функционирующие желчные свищи - у 5 (8,8%), поддиафрагмальный абсцесс у 1 (1,8%), нагноение операционной раны - у 5 (8,8%). Случаев рецидива заболевания и летальных исходов мы не наблюдали.

Таким образом, комплексный поэтапный метод лечения осложнений эхинококковой кисты печени с прорывом в билиарные протоки позволяет улучшить результаты лечения данного осложнения.

ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ У ДЕТЕЙ

М.А. Алиев, Н.М. Арынов, А.Б. Кожабергенов,
Б.К. Ширтаев
г. Алматы

Одним из осложнений эхинококкоза печени является механическая желтуха, которая по данным различных авторов составляет от 5 до 10%.

В клинике за последние 6 лет оперировано 167 детей с эхинококкозом печени. У 11 (6,58 %) пациентов заболевание осложнилось развитием механической желтухи. В 5 случаях имело место сдавление магистральных желчных протоков эхинококковой кистой. Как правило, эти кисты локализовались в центральной части печени и имели большой размер. У 3 пациентов обтурационная желтуха была обусловлена перихоледохеальным псевдотуморозным лимфаденитом. В остальных трех случаях причиной холестаза явился прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки с развитием гнойного холангита. Всем больным на диагностическом этапе была произведена ультрасонография и компьютерная томография печени и желчных путей. Все больные оперированы в срочном порядке после проведенной предоперационной подготовки. Оперативное лечение преследовало следующие цели: удаление эхинококковой кисты, ликвидацию остаточной полости с ушиванием желчных свищей. В 6 случаях дополнительно произведена холецистэктомия с дренированием общего желчного протока по Пиковскому. Интраоперационно 5 пациентам произведена холецистохолангиография, которая в 2-х случаях позволила визуализировать сообщение желчных протоков с полостью кисты. В послеоперационном периоде лечение было направлено на коррекцию гепатобилиарных осложнений.

Во всех случаях получен хороший результат. В 1 случае послеоперационный период осложнился формированием желчного свища, который закрылся самостоятельно.

По данным нашего исследования наиболее частой причиной обтурационной желтухи является сдавление магистральных желчных протоков кистой. При хирургическом лечении считаем необходимым проведение декомпрессии билиарного тракта, путем дренирования общего желчного протока по Пиковскому.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

М. М. Алиев, А. Т. Аллабергенов
г. Ташкент

Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени у детей представляет определенные трудности и является актуальной проблемой гепатохирургии. За последние 5 лет под нашим наблюдением находилось 42 больных с осложненным эхинококкозом печени: нагноившаяся паразитарная киста (у 33), перфорация кисты (у 5), обызвествление кисты (у 4). Клиническая картина зависела от характера ос-

ложения. Для диагностики осложненных форм эхинококкоза печени применялись рентгенорадиологические, ультразвуковые исследования, компьютерная томография, а также клинические и серологические методы исследования.

Хирургическая тактика при осложненном эхинококкозе печени складывалась в зависимости от вида осложнений, общего состояния ребенка, размера и локализации кисты. В 20 случаях выполнялся разрез Федорова, в 4 верхнесрединная лапаротомия, в 8 случаях торакофренолапаротомия и в 10 случаях производился разрез Грегори. Подобный доступ достаточно удобен для широкой ревизии печени, особенно при ее множественном осложненном эхинококковом поражении. После тщательной ревизии печени, удаления осложненной кисты осуществляли антипаразитарную обработку остаточной полости анализом и бетацином, электрокоагуляцию всей внутренней поверхности фиброзной капсулы, с последующим ушиванием желчных свищей. Капитонаж остаточной полости выполнен в 27 случаях, при огромных эхинококковых кистах в 5 случаях произведена полужакрытая эхинококкэктомия с оментопластикой. При центрально расположенных полостях и кистах в области ворот печени с целью минимизации операционной травмы и уменьшения риска деформации структур печени в 4-х случаях капитонаж не производили. Атипичная резекция печени выполнена у 3-х больных, в одном случае резецирована левая доля печени нафаршированная кистами с атрофией печеночной ткани.

Особые трудности представлял прорыв эхинококковых кист в желчные протоки, отмеченный у 3-х больных. При этом у 2-х больных наблюдалась тяжелая (желтушная) клиническая форма.

Трое детей поступило из других лечебных учреждений с нагноением остаточных полостей после эхинококкэктомии. Этим больным выполнена чрескожно-чреспеченочная пункция с аспирацией содержимого под контролем ультразвукового сканирования. После прекращения отделяемого, для полной ликвидации остаточной полости и ее склерозирования в полость вводился 96% этиловый спирт. Дренажная трубка удалялась в среднем на 8-10 суток.

Послеоперационных осложнений не отмечено. В отдаленные сроки рецидив эхинококкоза не наблюдался.

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.

У.А.Арипов, Н.У.Арипова, Ф.Н.Назирова, Ф.Б.Алиджанов, М.Н.Махкамova, А.Б.Вахидов, М.А.Хощимов, З.Р.Гимазетдинов
г. Ташкент

Узбекистан относится к числу регионов эндемичных в отношении эхинококкоза. Уровень пораженности составляет от 6 до 9 человек на 1000 населения. Число осложненных форм (в частности нагноение кисты) эхинококкоза достигает 25-45%.

Под нашим наблюдением за более чем 20 лет находились 679 больных эхинококкозом внутренних

органов, в том числе у 561 больных был эхинококкоз печени. Одиночные кисты у 149 больных (у 128 в правой доли печени, а у 21 кисты в левой доли); множественные кисты печени (от 2 до 39) выявлены у 412 больных. У 118 больных выявлено сочетанное поражение органов: печени + легкого (38); органов малого таза (24); брыжейки тонкой кишки, брюшины (23); сальника (8); селезенки (14); правой почки (5) и забрюшинного пространства (4).

В диагностике эхинококкоза органов брюшной полости наиболее эффективным было ультразвуковое сканирование, а при поражении легких рентгенологическое обследование и КТ позволили успешно решать все диагностические проблемы.

По клиническому течению у 256 больных (37,7%) эхинококкоз внутренних органов протекал "бессимптомно" (начальная стадия). В этой группе эхинококковые кисты печени или легкого были выявлены случайно, при профилактическом исследовании.

У 423 (62,3%) больных была стадия манифестации субъективных и объективных признаков заболевания, в том числе 245 были госпитализированы с осложнениями эхинококкоза: нагноение эхинококковой кисты у 216 больных; перфорация эхинококковой кисты в желчевыводящие пути у 26; обызвествление кисты у 3 больных.

По данным УЗИ определяли наиболее оптимальный доступ к основной эхинококковой кисте печени.

Выбор оперативного доступа при эхинококкозе печени осуществляли с учетом локализации кисты, наличия сочетанных поражений других органов:

- правосторонний торакофренико-абдоминальный — при поражении нижней доли правого легкого и VI VII VIII сегментов печени;
- при поражении печени и селезенки — верхнесрединная лапаротомия.
- Измерялись параметры, характеризующие особенности телосложения, строения эпигастрального угла, размеры и топография печени, сегментарная локализация кисты и др.

422 больных был осуществлен верхнесрединный лапаротомный доступ. При локализации кисты в VII VIII сегментах (поддиафрагмальной зоне) у 239 больных предпочтение отдавалось правостороннему доступу по Кохеру или Федорову. У 17 больных — торакофренико-абдоминальный доступ.

При сочетанных поражениях эхинококкоза печени и других внутренних органов брюшной и грудной полостей 87 больным выполнена симультанная операция. Из них 15 больным операция выполнена в 2 этапа — вначале эхинококкэктомия печени, а вторым этапом — левосторонняя лобэктомия.

При нагноившемся эхинококкозе печени после удаления эхинококковой кисты и тщательной санации, полость дренировалась двух-просветной трубкой для длительного введения антисептиков, антибиотиков и выведения содержимого кисты.

Остаточная полость эхинококковой кисты во второй группе больных наблюдалась у 27 из 245 больных с нагноившимся эхинококкозом печени. И лишь 16

из них были повторно оперированы, у 11 — проводилась пункционное удаление содержимого остаточной полости.

В первой группе лишь у 12 больных из 429 была выявлена остаточная полость небольших размеров, которые ликвидированы пункционным способом.

Таким образом, эхинококкоз в нашем регионе все еще остается актуальной проблемой, требующей совместных действий ветеринарной службы и общемедицинской сети, направленных на борьбу с данной социально-значимой патологией.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНО- КОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.

Р.М, Ахмедов С.О. Комилов,
И.А. Мирхужаев, Т.С. Комилов
г. Бухара

Проблеме хирургического лечения больных с остаточной полостью после эхинококкэктомии печени посвящено много работ, однако она остается одной из наиболее дискуссионных при эхинококкозе печени. Под нашим наблюдением находились с 1996-2000 гг. II — больных с нагноением остаточной полости. Все больные ранее были оперированы по поводу эхинококка печени в плановом порядке. Возраст больных варьировал от 43 — 67 лет. Все больные госпитализированы с клиникой абсцесса печени, подтвержденного клинико — лабораторными данными и УЗИ.

Причинами нагноения остаточной полости были: выпадение дренажей у 5 больных; раннее удаление дренажей у — 4 больных; неадекватное дренирование при нагноившемся эхинококкозе — у 2 больных. Выявлено наиболее частое нагноение остаточной полости при поддиафрагмальном расположении эхинококковых кист, а также, при больших и гигантских размерах кист у пожилых больных. После соответствующей подготовки и коррекции гомеостаза в течение 3-6 дней все больные были оперированы в экстренно — отсроченном порядке.

В основу оперативного вмешательства положены принципы активного хирургического лечения гнойной инфекции. Во время операции широкий доступ обеспечивает ревизию не только остаточной полости, но и прилегающих к нему органов брюшной полости. Полости абсцессов печени содержали гной или гнойный детрит аморфной консистенции. В 4-х случаях со зловонным гнилостным запахом. Хирургическое лечение заключалось в удалении и иссечении нежизнеспособных тканей, адекватной санации остаточной полости антисептиками до “чистых” промывных вод, а также адекватном дренировании полости абсцесса. При поддиафрагмальном эхинококке и при больших, гигантских нагноившихся полостях применяли два перфорированных дренажа. Первый дренаж устанавливали в наиболее верхней точке полости и конец его выводили в подреберье, это часто соответствовало передней подмышечной или средне — ключичной линиям. Второй дренаж устанавливали в более низкой точке, выводили через боковую стенку живота.

По мере возможности объем полости уменьшали путем гофрирования ее стенок, рану герметично ушивали. Таким образом, создавалась активно — промывная система остаточной гнойной полости. Также дополнительно дренировалось поддиафрагмальное пространство. Установлено, что при диаметре дренажа 4 мм, расход антисептической жидкости составляет 60 капель в 1 мин.(или 3 л/сут). Расположение флаконов для промывающего раствора и его сбора соответственно на 1 м выше и на 1 м. ниже уровня 2- го дренажа с винтовым зажимом, наложенным на верхний дренаж, в промывной полости создается отрицательное давление 73,5 мм.рт.ст. Если регулирующий винтовой зажим наложен на 2 дренаж, то промывание проводится под положительным давлением в 73,5 мм.рт.ст. Достоинством закрытого промывания полости является не только механическое удаление микрофлоры и продуктов воспаления, но и создание в зоне промывания отрицательного или положительного давления, что создавало благоприятные условия для заполнения полости грануляционной тканью. Ежедневно проводили цитологические и бактериологические исследования промывной жидкости. На 4-5 сутки наблюдалось исчезновение патогенной микрофлоры, в отпечатке встречались единичные форменные элементы крови.

Применение адекватного дренирования способствовало повышению эффективности антибактериальной терапии широкого спектра с использованием препаратов метронидазола (метрожил, метрид и др.). У всех больных достигнуто постепенное заполнение полости грануляционной тканью. Критерием поэтапного удаления дренажей являлись данные УЗИ печени, характер и количество отделяемого из остаточной полости.

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

А.А.Ашрафов, С.А. Алиев, Н.А.Зейналов
г. Баку

Несмотря на значительный прогресс в диагностике и оперативном лечении эхинококкоза печени, постоянное совершенствование хирургических методов, оптимизации способов антипаразитарной обработки кисты и остаточной полости фиброзной капсулы, а также проведение превентивной антибактериальной терапии, послеоперационные гнойно-воспалительные осложнения продолжают оставаться одной из актуальных проблем современной хирургической гепатологии, частота которых колеблется от 17,9 до 51,1% и не имеют тенденции к снижению (А.А.Мовчун, 1994; А.Д.Тимошин и соавт. 1997; А.З.Вафин, 1998, 1999).

В основу настоящего сообщения положен анализ результатов обследования и оперативного лечения 184 больных в возрасте от 15 до 69 лет с эхинококкозом печени, находившихся в клинике хирургических болезней — I Азербайджанского медицинского университета за период с 1975 по 2000 гг. Женщин было 93, мужчин — 91. Диагностика эхинококкоза печени проводилась по принятому в клинике алгоритму обследо-

дования, который включал комплексное применение лабораторного, рентгенологического, ультразвукового и компьютерно-томографического методов исследования, а также по показаниям радионуклидное сканирование печени. Кистозное поражение правой доли печени установлено у 124 (67,4%) больных, левой доли — у 47 (25,5%), обеих долей — у 13 (7,1%). Солитарные эхинококковые кисты наблюдали у 162 больных, множественные — у 18. У 4 больных эхинококкоз печени сочетался с кистозным поражением селезенки (2), правого легкого (I) и большого сальника (I). У 53 (28,8%), больных отмечены осложненные формы эхинококкоза. При этом нагноение кисты наблюдали у 47 (25,5%) больных, прорыв кисты в желчные протоки — у 3 (1,6%) и в брюшную полость — у 2 (I, I%), обызвествление — у 1 (0,6%) больного. У одной больной эхинококкоз печени сочетался с инфильтративным туберкулезом легких.

Выбор метода оперативного лечения определяли дифференцированно в зависимости от локализации, глубины кистозной инвазии и особенностей клинического течения заболевания с применением общепринятых традиционных хирургических вмешательств. Оперативные вмешательства выполнены с использованием подреберных разрезов по Керу или Федорову у 60 больных, верхнесрединного доступа — у 124. 52 (28,3%) больным с осложненными формами эхинококкоза печени выполнена открытая эхинококкэктомия, которая была завершена санацией, тампонированием и дренированием остаточной полости (у 44) марсупиализацией (у 8), наружным дренированием общего желчного протока — у 3 и перитонеальным лаважем — у 2 больных. Обызвествление гидатидной кисты с краевой локализацией поражения служило основанием для выполнения атипичной резекции левой доли печени в одном случае. Закрытая эхинококкэктомия произведена у 131 (71,2%) больного с не осложненным течением эхинококкоза печени. При этом наиболее оптимальным способом ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы считали капитонаж по Дельбе, который выполнен у 113 из них. 18 больных применен полужакрытый вариант эхинококкэктомии, при которой осуществлена неполная ликвидация остаточной полости с ее наружным дренированием после капитонажа. Эхинококкэктомия сочеталась с холецистэктомией у 8 больных, герминопластикой — у 3. Различные послеоперационные осложнения были у 59 (31,5%) больных: нагноение остаточной полости фиброзной капсулы — у 43, наружный желчный свищ — у 9, поддиафрагмальный абсцесс — у 3, перитонит — у 1, правосторонний экссудативный плеврит — у 2.

В послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионно-детоксикационная и антибактериальная терапия, а также адекватная коррекция возникших осложнений. Из 184 больных после операции умерло 5 (2,7%). Причинами смерти явились: острая печеночно-почечная (4) и сердечно-сосудистая (1) недостаточность.

Таким образом, ранняя диагностика, рациональная

хирургическая тактика, целенаправленная и полноценная коррекция послеоперационных осложнений позволяют улучшить результаты лечения осложненных форм эхинококкоза печени.

О ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Б.Р.Бабаджанов, А.Э.Рузиев, Э.Д.Каримов,
Ш.Ш.Рахматов, О.М.Курбанов, А.Р.Маликов
г.Бухара

Целью настоящего исследования является — обратить внимание клиницистов на возможность радикальной профилактики послеоперационного поддиафрагмального абсцесса (ПОДА), правостороннего реактивного экссудативного плеврита (РЭП) при эхинококкэктомии из правой доли печени. В хирургической клинике Бухарского Государственного медицинского института с 1991 по апрель 2001 года находились на лечении 241 больной с эхинококковой болезнью печени. Из них 67% были мужчины, а женщин — 33%. Возраст больных колебался от 27 до 60 лет. Эхинококковые кисты в 43% случаях от общего количества больных поражали левую долю печени, а 57% — правую долю печени. Частота поражения эхинококковых кист соответственно сегментам печени оказалась следующей: I сегмент (с) — 8%, II с. — 21%, III с. — 9%, IV с. — 5%, V с. — 10%, VI с. — 15%, VII с. — 12%, VIII с. — 15%, совместное поражение VII — VIII с. — 5%. Величины кист, поражающих сегменты левой и правой долей печени, колебались: в левой доле от 5x10 до 8x12 см, в правой доле от 10x15 до 14x20 см. Самые крупные эхинококковые кисты располагались в правой доле печени в пределах VII — VIII сегментов, что наблюдалось у 77 больных. Все операции у 241 больного выполнялись верхне-срединным лапаротомным доступом и остаточные полости ликвидировались или дренировались известными способами. Послеоперационный период (ПОП) у 22 больных из 241 оперированных осложнился ПОДА и правосторонним РЭП, которые требовали на 9 — 14 день повторной операции. Эти осложнения были у больных с крупными эхинококковыми кистами VII — VIII сегментов правой доли печени. И эти же больные служили в дальнейшем контрольной группой. Исходя из этого, остальным 55 больным (основная группа) из 77, у которых были поражены VII — VIII сегменты крупными кистами, нами для профилактики ПОДА и РЭП справа, добавочно дренировалось поддиафрагмальное пространство. При этом проксимальные концы дренажа закреплялись в операционной зоне над печенью, где было видно на глаз пространство с углублениями различной протяженностью (из-за деформации печени). Дистальный конец дренажа выводили через контрапертуру, сделанную в IX межреберье по средней аксиллярной линии. Этот дренаж служил в ПОП в течение 9 — 12 дней для введения антибиотиков и пассивного дренажа, накопившейся жидкости в указанном пространстве. В ПОП у этих групп больных, под контролем рентгеноскопии брюшной и плев-

ральной полости, на 9 – 12 день дренаж удаляли, пока не ликвидировались такие факторы, как: увеличение объема легкого с поднятием вверх полых органов верхнего этажа живота, а также исчезновение хирургического пневмоперитонеума. В результате, у этой группы больных мы не наблюдали в ПОП вышеуказанных осложнений.

Таким образом, на основании клинических наблюдений и анализа полученных результатов, следует утверждать, что добавочное дренирование поддиафрагмального пространства после эхинококкэктомии правой доли печени, и операционной зоны над печенью особенно после удаления крупных эхинококковых кист в пределах VII – VIII сегментов, – целесообразно для профилактики ПОДА и правостороннего РЭП с известными последствиями.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ И ПРАВОГО ЛЕГКОГО

Б.Р.Бабаджанов, А.З.Рузиев, Э.Д.Каримов,
Ш.Ш.Рахматов, А.Р.Маликов
г. Бухара

Целью данного исследования является – обратить внимание хирургов на хирургическую тактику при сочетанном эхинококкозе правого легкого и правой доли печени с позиции использования торакофреникотомного доступа при таком сочетании эхинококкоза. В клинике общей хирургии и хирургических болезней Бухарского государственного медицинского института с 1991 по 2001 гг. находилось на лечении 301 больной с эхинококкозом печени и правого легкого. С эхинококкозом печени больные составили 67% (241 больной), а с правосторонним поражением эхинококкоза легкого – 33% (60 больных) от общего числа больных. С одновременным поражением эхинококком правой доли печени и правого легкого поступило 27 больных, что составило 7,4% от общего числа больных. Из 60 больных с эхинококкозом легкого – у 13 отмечалось поражение верхней доли легкого, у 27 – средней доли и у 20 – нижней доли правого легкого. Из 241 больного с эхинококком печени – у 43% отмечалось поражение левой доли, у 57% – поражение правой доли. Из общего числа больных, только у 27 отмечалось поражение VII – VIII сегментов правой доли печени. Величина эхинококковых кист колебалась от 10х15 до 18х20 см. Из 60 больных с эхинококкозом легкого справа, только 40 (пораженная верхняя и средняя доли легкого) выполнили операцию “эхинококкэктомия легкого” через 3 – 6 месяцев после операции “эхинококкэктомия печени”. То есть, операции проводили последовательно, используя различные хирургические доступы (лапаротомия и торакотомия). Остальным 20 больным (поражение сегментов правой доли печени) выполнили операцию с использованием правосторонней торакофреникотомии по VII межреберью. При этих операциях на легком и печени (одномоментно), проводя полуоткрытую эхинококкэктомию, остаточную полость ликвидировали, используя общеизвестные

методы. Плевральную полость дренировали стандартным способом. Из остаточной полости правой доли печени и поддиафрагмального пространства – дренажи выводили наружу по IX межреберью по задней аксиллярной линии (ниже дна костодиафрагмального синуса справа). После этого анатомическая целостность диафрагмы восстановилась. Это обеспечило разобщенность дренирования брюшной и плевральной полостей. Послеоперационный период при этих операциях протекал гладко и не отличался от послеоперационного периода в группе сравнения, где использовались разные доступы (лапаротомия и торакотомия) последовательно и в разные периоды.

Таким образом, проведенные операции с одномоментной эхинококкэктомией правого легкого и правой доли печени с единым доступом – торакофреникотомией и ее послеоперационные результаты показывают, их рациональность, эффективность, анатомичность, экономичность при сочетанном эхинококкозе правого легкого и правой доли печени. Все это дает возможность, в определенной степени, пересмотреть тактику хирурга при оперативном лечении эхинококкоза правого легкого и правой доли печени.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

Б.Р.Бабаджанов, А.Р.Эшчанов, Ф.Р.Якубов
г. Ургенч

Нами разработан и в 135 случаях применен новый способ обработки остаточной полости после эхинококкэктомии печени при больших и гигантских кистах с толстой ригидной стенкой фиброзной капсулы.

Целью нашей методики является уменьшение объема крупных с диаметром более 5 см остаточных полостей после эхинококкэктомии печени. Цель достигается за счет уменьшения ригидности стенок остаточной полости печени.

После лазерной эхинококкэктомии по линии предполагаемого сшивания стенок фиброзной капсулы линейно- или лентообразно иссекали фиброзную капсулу шириной 0,5 – 1,0 см от вершины до дна остаточной полости контактным лазерным скальпелем с частичной лазерной декортикацией фиброзной капсулы. При этом использовали кварцевые (сапфировые) наконечники световодов диаметром режущего конца 0,6 мм и излучение АИГ-неодимового лазера мощностью 40 – 60 Вт, плотность мощности 1500 – 3000 Вт/см². Рассечение и выпаривание производилось до паренхимы печени. В проекции крупных сосудов и желчных ходов направление разрезов изменялось или эти участки оставались нетронутыми.

Тщательное соблюдение основного правила: иссекать и “выпаривать” фиброзную капсулу только до границы с паренхимой печени – предотвращает повреждение крупных сосудов и желчных ходов. Кровотечение и желчеистечение при этом способе обычно не наблюдается. Этот прием уменьшает ригидность тканей при сведении стенок, уменьшает степень прорезывания швов и, таким образом, способствует более надежному капитонажу. Капитонаж, т.е. ушивание и

сближение участков фиброзной капсулы, начинаем со дна остаточной раны отдельными швами.

При необходимости капитонаж сочетаем в комбинации с инвагинацией краев и свободных участков фиброзной капсулы вворачивающими швами снаружи вовнутрь заполняя остаточную полость.

На эту методику нами получено авторское свидетельство № 1724186 от 8/ХІІ 1991 г. Москва на изобретение "Способ лечения эхинококкоза".

Для обеспечения гладкого послеоперационного течения рационально на 3 – 5 день, через щель между сближенными стенками помещаем хлорвиниловую и силиконовую двухпросветную трубку с боковым отверстием для обеспечения оттока раневого отделяемого (желчи и крови).

Дренаж извлекается после прекращения поступления отделяемого и нормализации температуры, обычно на 4 – 5 день после операции. Сроки стационарного лечения составили $15,5 \pm 0,8$ койко дней и до минимума снизилось число послеоперационных осложнений (кровотечение, желчеистечение, желчные и гнойные свищи).

ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМЕННОГО СКАЛЬПЕЛЯ НА ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Б.Р.Бабаджанов, Ф.Р.Якубов
г. Ургенч

Благотворное течение заболевания после операции по поводу эхинококкоза печени в значительной мере обусловлено состоянием иммунной системы организма.

В связи с этим, целью нашей работы было определение показателей иммунной системы больных, оперированных по поводу эхинококкоза печени, благодаря чему стало возможным прогнозирование течения заболевания.

Изучен иммунный статус у 38 больных в возрасте 19 – 70 лет, оперированных по поводу эхинококкоза печени в областной клинической больнице № 1 Хорезмской области. Мужчин было 11, женщин – 27 человек.

По способу ликвидации остаточной полости больные были разделены на 2 группы, равноценные по полу-возрастным критериям:

1 группа – 13 больных, у которых остаточная полость была ликвидирована с применением плазменного скальпеля.

2 группа – 15 больных, у которых ликвидация остаточной полости осуществлялась традиционными методами (ТМ).

Контрольную группу для сравнения иммунного статуса составили 15 клинически здоровых людей, проживающих в данном регионе.

До операции у всех больных наблюдалось снижение показателей иммунной системы, выражающееся в достоверном уменьшении относительных показателей Т- и В-лимфоцитов, ФАН и ФЧ по отношению к данным контрольной группы ($P < 0,002$). Отмечалось достоверное снижение концентрации иммуноглобу-

лина М, G, А в сыворотке крови больных.

При использовании плазменного скальпеля для ликвидации остаточной полости после операции эхинококкэктомии печени отмечалось повышение Т-лимфоцитов ($P < 0,002$), В-лимфоцитов ($P < 0,05$) и достоверное снижение "нулевых" лимфоцитов. Факторы неспецифической защиты (ФАН и ФЧ) и концентрация иммуноглобулинов М, G, А в сыворотке крови остались практически неизменными.

У больных 2 группы, которым проводился традиционно капитонаж по Дельбе, инвагинация, комбинация инвагинации и капитонажа, также не выявлено достоверного повышения показателей иммунного статуса больных.

Полученные данные проведенных исследований показывают, что применение плазменного скальпеля для ликвидации остаточной полости после операции эхинококкэктомии печени улучшает общее состояние больного и оказывает стимулирующее действие на деятельность иммунной системы больных.

Таким образом, для ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии печени целесообразно и перспективно использование плазменного скальпеля в практике общего хирурга.

НОВЫЙ МЕТОД ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Б.Р.Бабаджанов, Ф.Р.Якубов
г. Ургенч

Лечение больных эхинококкозом печени во многих регионах мира остается серьезной медицинской и социальной проблемой.

Эхинококкоз печени является широко распространенным заболеванием в Центральной Азии. Осложненный эхинококкоз печени встречается в 45% случаев. Лечение осложненного эхинококкоза печени является одной из актуальных проблем в хирургии.

Эхинококкэктомия с применением нового метода обработки остаточной полости была проведена у 28 больных эхинококкозом печени. Она заключается в следующем: после эхинококкэктомии внутреннюю поверхность фиброзной капсулы обрабатывали плазменным скальпелем в режиме "коагуляция" до образования коагуляционного струпа коричневого цвета, после чего в режиме "резка" на месте вкола и выкола иглы создавали туннель диаметром 0,2 – 0,3 см, после чего в этот туннель проводили атравматическую иглу, чтобы произвести ликвидацию остаточной полости. Это позволяло смягчить фиброзный каркас и ригидность капсулы, а заодно, предотвратить крово- или желчеистечение.

После обработки плазменным скальпелем ликвидацию остаточной полости выполняли капитонажем по Delbet у 8 больных, у 8 больных использован метод инвагинации. Комбинированный метод ликвидации остаточной полости (капитонаж+инвагинация) применен у 12 больных.

Результаты показали, что у 27 пациентов послеоперационных осложнений не отмечалось. У 1 имело

место нагноение остаточной полости и послеоперационной раны. Случаев крово- или желчеистечения не отмечалось.

Таким образом, эхинококкэктомия с использованием нового метода при эхинококкозе печени является одним из эффективных методов. Предложенный новый метод является простым и доступным.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.

Б.Р.Бабаджанов, Ф.Р.Якубов
г.Ургенч

Интенсивный показатель заболеваемости эхинококкозом по нашим данным в 1998 году в Хорезмской области составил 13,8 на 100 тысяч населения, что говорит об эндемичности эхинококковой инвазии в данном регионе.

Операционная летальность при хирургическом лечении эхинококкоза печени достигает 8%, а удельный вес рецидивов от 3,3 – 54% (Дайнеки И.Я., 1968).

Из 82 больных у 21 выявлен рецидивный эхинококкоз, связанный с остаточной полостью. Это составляет 25,5%.

Одним из тяжелых осложнений возникающих после операции эхинококкэктомии печени является сохраняющаяся в остаточная полость. При этом продолжительность временной нетрудоспособности больных перенесших эхинококкэктомию печени значительно увеличивается.

За 1996-1997 гг. мы исследовали и изучили 98 оперированных больных с эхинококкозом печени, которых распределили на 4 группы.

1-ю группу составляют те пациенты, которым ликвидация остаточной полости произведена плазменным скальпелем (24).

2-я группа больные, которым при ликвидации остаточной полости было применено полилазерное облучение (ПЛО) (27).

В 3-ю группу вошли те больные, у которых при ликвидации остаточной полости использовали низкоэнергетический лазер (22).

4-я группа контрольная, это те пациенты, у которых остаточная полость ликвидирована традиционными методами (23).

Наши исследования показали, что у 23 пациентов при использовании плазменного скальпеля удалось полностью ликвидировать полость.

У 23 пациентов с помощью ПЛО удалось ликвидировать остаточную полость. У 4 пациентов отмечался рецидив.

У 16 больных входящих в 3-ю группу полученные результаты удовлетворительные, а у 6 больных в последствии отмечен рецидив.

У 17 пациентов при применении традиционных методов или ликвидации остаточной полости получены удовлетворительные результаты, а у 6 больных отмечен повторный эхинококкоз печени, то есть, рецидив болезни.

При использовании плазменного скальпеля ос-

ложнения составляют 4,8%, а при ПЛО 14,8%, при использовании низкоэнергетического лазера 27,2%, традиционный метод дает 32% осложнений.

Таким образом, самым оптимальным и эффективным методом ликвидации остаточной полости является применение плазменного скальпеля, что приводит к уменьшению осложнений и рецидивов эхинококкоза печени. Благодаря этому методу лечения в 2 раза снижается временная нетрудоспособность больных, а также инвалидизация оперированных больных.

ОБЪЕМ И ХАРАКТЕР ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

С.П.Гайбатов, Р.С.Гайбатов
г. Махачкала

Под нашим наблюдением находились 179 больных с множественным эхинококкозом печени, из которых у 59 (30,2%) наблюдались гнойные осложнения, в том числе у 21 больного нагноение двух кист с формированием абсцесса и прорыва третьей кисты в желчные пути, у 11 пациентов – абсцедирование одной кисты, прорыв второй кисты в поддиафрагмальное пространство, абсцедирование двух кист и прорыв третьей кисты в легкое с формированием билиарно-бронхиального свища у 9 пациентов, нагноение одной кисты и прорыв другой в свободную брюшную полость у 10 больных.

В зависимости от возникшего осложнения менялся доступ и характер оперативного пособия.

Так, во всех случаях локализации кист в доступных через лапаротомный доступ операций выбора считали оментопластику остаточной полости после удаления элементов хитиновой оболочки и тщательной обработки полости, а при нагноившихся кистах использованы различные оперативные вмешательства, в том числе в 10 случаях марсупиализация, в 4 – “сигарный” метод при условии, “ниппельного” дренирования полости, в 3 – открытое дренирование, в 3 – операция завершена по методике Мобит и в 1 – произведена инвагинация фиброзной капсулы в остаточную полость после иссечения “излишков” капсулы. В послеоперационном периоде во всех случаях (10) марсупиализации и открытого дренирования (у 3) наблюдалось формирование гнойных и желчно-гнойных свищей.

Операцией выбора считаем закрытые способы, выполняемые при адекватной санации остаточной полости и “ниппельного” дренирования ее. Обязательным компонентом является лазерное облучение остаточной полости, а также удаление всех секвестров и тщательное промывание горячим (до 60°C) антисептическим раствором. Основным моментом технического исполнения операции является обеспечение плотного прилегания сальника к стенкам остаточной полости, а также “ниппельное” дренирование.

При использовании такой методики из 11 случаев прорыва одной кисты в поддиафрагмальное пространство и абсцедирования двух других кист осложнения не наблюдались.

Из 9 случаев прорыва одной кисты в легкое с

формированием билиарно-бронхиального свища в 5 – выполнена резекция нижней доли легкого, а остаточная полость в печени ликвидирована методикой Дельбе. Нагноившиеся кисты обработаны вышеописанным способом. Осложнения у этих больных не наблюдались. В остальных 4-х случаях произведено разобщение свища, а полость в печени ликвидирована видоизмененной методикой Мобит, что заключалось в дополнительном подшивании к стенкам остаточной полости лоскута сальника на ножке, а другие кисты, где имело место абсцедирование обработаны по методике Дельбе.

Из 10 случаев абсцедирования одной кисты и прорыва другой в брюшную полость адекватной оказалась эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной полости у 6 пациентов видоизмененной методикой Мобит, а у 4 – “сигарный” способ. Из этих 10 пациентов в 7 случаях при абсцедировании кист выполнена оментопластика и “ниппельное” дренирование остаточной полости, а в 3-х – операция завершена видоизмененной методикой Дельбе с использованием сальника и ушиванием желчных свищей, открывавшихся в остаточную полость. Из них в 1 случае в послеоперационном периоде отмечена секвестрация сальника и формирование гнойного свища, который ликвидирован консервативными мероприятиями.

Таким образом, в зависимости от осложнения способ завершения операции менялся.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.

А.А.Гафуров, У.Ш.Мамажанов,
Б.С.Рахимов, А.Рузиев
г. Андижан

Частота выявляемости эхинококкоза у детей за последние годы значительно увеличилась, что обусловлено интенсивным развитием методов ультразвуковой и лучевой диагностики.

Под нашим наблюдением находилось 54 больных с эхинококкозом, из них с локализацией кист в печени 52, сочетанных - легких и печени - 2.

Из 54 больных осложненное течение отмечено у 10. Возраст больных составил от 3 до 14 лет. Из них, 28 мальчиков, 26 девочек. Подавляющее большинство детей из сельской местности – 46, городских было 8.

Бессимптомное течение отмечено у 36, у которых эхинококковая киста обнаруживалась случайно во время обследования. Обследование включало УЗС, рентгенологическое исследование, при необходимости компьютерную томографию. Хирургическое лечение производилось в плановом порядке, при осложнениях, по неотложным показаниям.

Доступы определялись локализацией кист, наличием сочетанных поражений в других органах. Размеры кист и их сегментарная локализация по данным УЗС, позволяли определить наиболее оптимальный оперативный доступ к основному кистозному образованию печени. При расположении кисты в 7-8 сегментах печени (39 больных) предпочтение отдавалось правостороннему косому подреберному разрезу

по Федорову, при других локализациях кисты применялась верхнесрединная лапаротомия (13 больных).

Сочетанное поражение легких и печени диктовало применение торакофренолапаротомного доступа (2 больных).

Вид оперативного вмешательства при осложненном эхинококкозе был – эхинококкэктомия с наружным дренированием остаточной полости нагноившейся кисты (10). При неосложненном эхинококкозе печени выполняли эхинококкэктомию с частичным иссечением фиброзной капсулы и обработкой полости 2 % формалином и фурацилином, электрокоагуляцией всей внутренней поверхности фиброзной капсулы монополярным электрокоагулятором с полной ликвидацией остаточной полости.

Летальных исходов среди оперированных не было, у 3 нагноение раны, у 1 желчный наружный свищ. Эти осложнения ликвидированы консервативным путем.

Таким образом, выбор метода операции должен быть строго индивидуальным. Предпочтение должно быть отдано закрытой эхинококкэктомии с иссечением фиброзной капсулы, электрокоагуляцией всей внутренней поверхности остаточной полости, капитонажем, дренированием при небольших и неосложненных кистах и наружному дренированию с капитонажем – при больших и осложненных кистах.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

Ш.А. Дадаев, В.П. Ким, Л.Т. Наджимитдинов, А.Н. Тиллаев, С.В. Ким.
г.Ташкент

Под нашим наблюдением находилось 66 больных (30 лиц мужского и 36 – женского пола) эхинококкозом печени в возрасте от 18 до 69 лет. У 42 больных обнаружен одиночный, у 23 – множественный эхинококкоз печени. Осложненная форма наблюдалась у 14 (нагноение – у 6, стойкая механическая желтуха – у 4, прорыв в желчные пути – у 4).

Поскольку клиническая картина эхинококкоза печени очень бедна характерными симптомами, основное значение приобретают методы лабораторной и инструментальной диагностики. Из лабораторных проб нами использованы реакции латекс-агглютинации (РЛА) и реакция прямой гемагглютинации (РПГА).

Из инструментальной диагностики применялись обзорная рентгенография брюшной полости, радиоизотопное сканирование и УЗИ печени, которые позволяют безошибочно выявить кисты любых размеров, их локализацию по сегментам печени, что дает возможность правильно выбрать оперативный доступ.

Выбор оптимального доступа повышает радикальность операции за счет полноценной ревизии и адекватной обработки фиброзной капсулы. При локализации паразитарной кисты во II – III сегментах пользовались верхнесрединной лапаротомией, в IV – VIII сегментах – косым разрезом в правом подреберье.

Объем оперативных вмешательств зависит от размеров и количества кист, а также от имеющихся осложнений. Возникающие после открытой и закрытой эхинококкотомии осложнения, а также длительное пребывание больных в стационаре побудило нас использовать новые достижения современной науки для совершенствования хирургической техники. Одним из них является применение лучей лазера различной интенсивности.

Применение лазерных установок в хирургии открыло новые возможности, благодаря ряду свойств луча; прежде всего, его выраженному бактерицидному, гемостатическому, противовоспалительному и стимулирующему действию.

Операция выполнялась в зависимости от расположения кисты: верхнесрединная лапаротомия, доступ в правом подреберье по Кохеру. После вскрытия брюшной полости и уточнения локализации кисты, последнюю пунктируют, содержимое отсасывают шприцом или электроотсосом с удалением хитиновой оболочки. Затем полость фиброзной капсулы в условиях полного гемостаза обрабатывают расфокусированным лучом лазера. Облучение проводилось гелий-неоновым лазером ($\lambda = 632,8 \text{ нм}$), красный фильтр КС-10 в дозе 3 Дж/см^2 , квантовый генератор ЛГИ-21 с длиной волны 837 нм , на выходе из световода — 3 МВт . Длительность экспозиции гелий-неонового лазера — $15-20 \text{ мин.}$, ультрафиолетового — $2-5 \text{ мин.}$

После обработки полости кисты лучами лазера наглухо ушивается фиброзная капсула, остающаяся на поверхности печени. Указанным способом оперированы 19 пациентов. Послеоперационный период у этих больных протекал без осложнений. Больные выписывались в удовлетворительном состоянии. Средняя длительность пребывания больного в стационаре после эхинококкотомии с использованием ультрафиолетового и гелий-неонового лазера составила 12,4 койко-дня, тогда как после обычной эхинококкотомии — 25,3 койко-дня.

Таким образом, использование ультрафиолетового и гелий-неонового лазера позволяет улучшить результаты хирургического лечения эхинококкоза печени.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.

Д.У.Джумабаев, С.Х. Ходжибаева,
Б.С.Рахимов, М.А.Обидов
г. Андижан

В последнее время наблюдается тенденция к увеличению числа больных с эхинококкозом. Одной из причин этого мы считаем бесконтрольный забой и продажа мяса скота.

Наиболее часто при эхинококкозе поражается печень. За последние 10 лет под нашим наблюдением находились 72 больных детей с эхинококкозом пече-

ни в возрасте от 3-х до 14 лет. Из них 18 больных поступили в осложненном периоде. У 5 диагностировано сочетание поражения печени и легких. Солитарная киста выявлена у 66 больных детей. Множественный эхинококкоз, до 3-х кист отмечен у 6 больных. В 5 случаях размеры кист доходили до 10 см. в диаметре и располагались в основном в VII — VIII сегментах печени.

В диагностике эхинококкоза печени нами были использованы ультразвуковое исследование, достоверность которого составила до 94,5%, рентгенологическое обследование и серологическая реакция.

Все больные после предварительного обследования и подготовки были оперированы. Проводилась резекция поверхностного отдела кисты выходящего на поверхность органа.

Интраоперационно после ликвидации кисты в круглую связку печени устанавливали полихлорвиниловый микроирригатор, который выводили через отдельный прокол кожи на брюшную стенку, для лимфотропной антибиотикотерапии. Остаточную полость печени облучали с помощью гелий-неонового лазера (ГНЛ) АЛОК мощностью 20-30 МВт. При больших кистах облучение проводили через дренажную трубку установленную в остаточную полость, 1 раз в сутки по 3 мин. в течение 3-5 дней.

В послеоперационном периоде в комплексе лечения через микроирригатор установленный в круглую связку печени вводилась разовая доза антибиотика с учетом чувствительности организма. Для дозированной лимфотропной антибиотикотерапии и обезболивания был использован аппарат "Lineomat". Это способствовало более раннему улучшению микроциркуляции, снижению местного отека и созданию оптимальной концентрации антибиотика в патологическом очаге, особенно при осложненном эхинококкозе. При обычном введении препарата с помощью шприца возможны неприятные ощущения, в связи с давлением на конце катетера. У 87% оперированных больных детей со второго третьего дня отмечается эффект, т.е. улучшение самочувствия больного, сна, аппетита, лабораторных данных, по сравнению с аналогичной группой больных которым проводили традиционный комплекс лечения.

Послеоперационный период у 71 оперированного больного протекал гладко, рана зажила первичным натяжением. В 1 случае отмечался желчный свищ, который закрылся на 12 день после операции.

Анализ результатов лечения данной категории больных детей с применением лазеротерапии в сочетании с лимфотропной антибиотикотерапией показывает эффективность данного метода, что характеризуется более ранним улучшением общего состояния больного, уменьшением послеоперационных осложнений, сокращению койко-дней на 3-4 дня.

Таким образом, применение лазеротерапии в сочетании с лимфотропной антибиотикотерапией в комплексе лечения эхинококкоза печени у детей имеет большое практическое значение.

**К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ
ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.**

Э.С. Джумабаев, И.Е. Михайлевич, Э.А. Василевский
г. Андижан

Лечение эхинококкоза, самого распространенного паразитарного заболевания человека, является весьма актуальной проблемой. Поражая в большинстве случаев печень, он вызывает глубокие изменения жизненно важного органа, что является причиной местных и общих серьезных осложнений.

Единственным радикальным методом лечения эхинококкоза печени является хирургическое вмешательство. Несмотря на проводимые современные методы лечения эхинококкоза печени, в том числе с внедрением современной интраоперационной лазерной техники, результаты лечения больных не отличаются эффективностью. Процент послеоперационных осложнений у больных составляет от 11% до 40% (Б.Р. Бабажанов, А.Р. Эшчанов с соавт., 1999г)

Важными вопросами являются изыскание методов, препаратов обработки, ликвидации остаточной полости, апаразитарность и антипаразитарность хирургического вмешательства (А.З. Вафин. 1993г.)

Мы считаем, что наряду с разрешением вопросов оптимального хирургического вмешательства при эхинококкозе печени, обработки и ликвидации остаточной полости, большое внимание следует уделять методике послеоперационного ведения больных после эхинококкэктомии. От этого также зависит успех операции. Профилактика осложнений.

Под наблюдением находилось 195 больных, которым произведена эхинококкэктомия печени. Из них женщин было 122, мужчин - 73. Средний возраст - 36 лет. Преимущественная локализация кист была, в области 6-7 сегментов печени - 102 случая, в области - 3-4-5 сегментов - 49; наличие многокамерных, нескольких кист в 44 случаях. Локализация кист в правой доле печени отмечалась у 125 больных, в левой - 37, в обеих долях у 33 больных. Доступы при хирургических вмешательствах применяли в зависимости от локализации кисты: разрез Федорова, верхнесрединный, Рио Бранко.

При вскрытии кисты, удалении ее содержимого, соблюдалась апаразитарность и антипаразитарность. Ликвидация эхинококковой полости достигалась путем капитонажа по Дельбе, тампонадой сальником инвагинацией фиброзной капсулы. Помимо этих мероприятий считаем необходимым в эхинококковой полости оставлять дренаж, а в случае больших кист подводить к нему страховочный дренаж. При выявлении нагноения кисты вводим двухканальный дренаж для создания проточной системы. В послеоперационном периоде проводим общую интенсивную терапию, направленную на восстановление функции печени (печеночные препараты), дезинтоксикационную, противовоспалительную терапию и другие лечебные мероприятия в зависимости от индивидуального состояния организма. Через дренаж, оставлен-

ный в полости кисты продолжаем антипаразитарные мероприятия, направленные на профилактику рецидива эхинококка.

С этой целью промываем полость растворами диоксида, фурацилина, диоксида и другими антисептиками, а также растворами антибиотиков широкого спектра действия. Применение лазерного излучения у этих больных в послеоперационном периоде эффективно в ликвидации полости кисты. Через оставленный дренаж вводим световод гелий-неонового лазера ЛТК-III, с мощностью на выходе 25 МВт. Сеансы лазерной терапии переводим ежедневно в течение 2 дней по 2 минуты, а затем по 5 минут. При больших полостях одновременно проводим чрескожное облучение полости полупроводниковым лазерным аппаратом «Милта».

Применение в послеоперационном периоде антипаразитарных препаратов, лазеротерапии сокращает сроки ликвидации остаточной полости, в среднем на 15-20 дней и более, по сравнению с традиционными методами лечения больных после эхинококкэктомии печени.

ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

Г.Д. Джумаев, А.Т. Саитов, А.Д. Дусбоев, И.Ф. Бозоров,
А.К. Хайитов, Н.Б. Хидаев
г. Термез

За период с 1988 по 1998 гг. оперировано 632 больных с эхинококкозом различной локализации. У 83 из них (13,1%) произведены одномоментные операции на нескольких органах. Это эхинококкэктомия правого легкого и печени (23); левого легкого и печени (21); 2-х сторонняя эхинококкэктомия легких и печени (12), легких и переднего средостения (8) и другие.

Послеоперационный период протекал без осложнений, а в сроки наблюдения от 6 месяцев до лет рецидивов не было.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭХИНОКОККОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ.**

А.Д. Дусбоев, А.К. Хайитов
г. Термез

Эхинококкоз поджелудочной железы (ЭПЖЖ) относится к редким локализациям эхинококкоза человека. По данным литературы она составляет 0,12 - 1% случаев.

В последние 20 лет в областную больницу № 1 г. Термеза поступило 18 больных с ЭПЖЖ. Возраст больных от 15 до 60 лет. Мужчин - 5, женщин - 13.

Во время операции у 9 больных (50%) обнаружены ЭПЖЖ, у 6 (33,3%) - эхинококкоз поджелудочной железы (КПЖЖ), у 1 (5,5%) - распадающаяся опухоль забрюшинного пространства у 1 (5,5%) - опухоль малой кривизны желудка, 1 (5,5%) - множественный эхинококкоз большого сальника. Из 18

Располо- жение ЭПЖЖ	Количес- тво случаев	Доступ к ЭПЖЖ			
		Вскрытие желудоч- но-обод- очной связки	Гастрот- омия	Вскрытие сальник- овой сумки	Вскрытие поясн.об- л. брюшины
Головка	4	4	-	-	-
Тело	2	-	2	-	-
Хвост	3	-	-	2	1

полостных образований в поджелудочной железе диагностическая ошибка составила 17%.

Из 9 ЭПЖЖ расположение кисты было в 4 случаях в головке, 2 в теле и в 3 случаях в хвостовой части. Размеры кист от 5 до 10 см. Все они были однокамерные. Мужчин – 2, женщин – 6.

При обследовании больных, кроме лабораторных исследований, произведено контрастное рентгенологическое исследование желудка, рентгеноскопия грудной клетки, УЗИ внутренних органов.

Оперативный доступ – верхнесрединная лапаротомия, подход к кистам по их расположению. Подход к кистам и способы их ликвидации приведены в таблице.

При обнаружении ЭПЖЖ в головке применена эхинококкэктомия и наружное дренирование. У одного больного послеоперационный период осложнился образованием панкреатического свища, который устранен после проверки проходимости главного панкреатического протока иссечением свища. При ЭПЖЖ расположенной в теле применена гастротомия с наложением кистогастростомии. При этом осложнений не наблюдалось.

При локализации в хвостовой части применена эхинококкэктомия, тампонирование сальником и у одного больного “идеальная” эхинококкэктомия.

Отдаленные результаты лечения проведены на УЗИ. Рецидив не отмечен. Кистогастростомия осмотрена при ЭГДФС – обнаружена самостоятельная облитерация кистогастростомического отверстия. В лечении ЭПЖЖ хороший результат получен при внутреннем дренировании и эхинококкэктомии с тампонированием сальником.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

А.Ещанов., Н.Утегенов., Д.Ходжиев., М.Ембергенов.
г.Нукус

В зоне Приаралья гидатидная форма эхинококкоза печени является распространенным заболеванием. В клинике Каракалпакского филиала НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ Руз с 1996 по 2000 г. на лечении находились 38 пациентов с эхинококкозом печени. Для диагностики болезни у всех больных применено ультразвуковое исследование печени, позволяющее определить объем и выбор оперативного вмешательства. Поражение правой доли наблюдалось у 24, левой – у

8 больных, одновременное порождение обеих долей – у 4, множественные кисты наблюдались у 4 больных. При этом осложненное течение эхинококкоза печени отмечено у 2 больных (прорыв во внутривеночные желчные ходы с развитием механической желтухи).

Оперативное вмешательство производилось под многокомпонентном общим обезболеванием, верхнесрединным (17); -при периферических и центрально расположенных кистах, косым правосторонним – разрез производился от края реберной дуги до белой линии живота несколько выше пупка (10), при поддиафрагмальных и латерально расположенных кистах и при труднодоступных ситуациях производили торакофренолапаротомию (7). Почти во всех случаях после пункции кисты иглой, эхинококковая жидкость медленно эвакуировалась электроотсосом, рассекалась фиброзная капсула, удалялась хитиновая оболочка. Остаточную полость фиброзной капсулы обрабатывали тампонами, смоченными в 2-5 % растворе формалина, теплым раствором фурацилина, затем спиртом с йодом. У 8 больных фиброзную капсулу иссекали до границ здоровой печеночной ткани. При небольших и неглубоких остаточных полостях производили ушивание по Дельбе (15). у 5 абдоминализация ложа кисты и у 5 больных остаточная полость ликвидирована путем вворачивания краев фиброзной капсулы внутрь.

При наличии желчных свищей накладывали 8-образные капроновые швы. “Идеальная” эхинококкэктомия с резекцией левой доли печени выполнена у 1 больного, клиновидная резекция печени вместе с кистой у 2 пациентов.

У 3 больных с небольшими, средними размерами кист расположенных периферически, эхинококкэктомия выполнена видеолaparоскопическим методом. После отсасывания содержимого кисты и обработки полости вышеуказанными растворами с помощью троакара, удалялась хитиновая оболочка и полость кисты дренировалась наружу полихлорвиниловой трубкой.

В 2 случаях эхинококкэктомия сочеталась с холецистэктомией.

Характер оперативного вмешательства при осложненном эхинококкозе был следующим: эхинококкэктомия с наружным дренированием остаточной полости нагноившейся кисты (3), цистэктомия (1), краевая клиновидная резекция печени (1).

В послеоперационном периоде желчные свищи образовались у 2 больных, нагноение операционной раны у 4, остаточной полости у 2, печеночно-почечная недостаточность у 1, поддиафрагмальный абсцесс у 1, правосторонний реактивный эксудативный плеврит у 4 больных. Релапаротомия выполнена у 2 больных по поводу кровотечения из краев ложа кисты в послеоперационном периоде. Наибольшая часть послеоперационных осложнений наблюдалась при осложненном эхинококкозе печени и при применении открытых методов эхинококкэктомии.

Летальных исходов не было. Отдаленные результаты прослежены у 25 больных. Результаты оценивались по данным УЗИ и рентгеноскопии грудной клетки. У 3 больных отмечалось нагноение остаточной полости, которых вылечили пункционным методом под контролем УЗИ с введением лекарственных препаратов. Рецидив болезни отмечен у 2 больных. С учетом распространенности поражения эхинококкозом органов брюшной полости у больных с множественным и сочетанным эхинококкозом, начиная с 4 дня после операции с целью профилактики рецидива болезни проводили курс противогельминтотерапии вермоксом, мебендазолом или альбендазолом.

Таким образом, дифференцированный подход к выбору оперативного доступа, также применение избирательного для каждого больного приема ликвидации остаточной полости дают благоприятные результаты. Предпочтение должно быть отдано закрытой эхинококкэктомии при небольших и неосложненных кистах и наружному дренированию с частичным капитонажем при больших, центральных и осложненных кистах.

ДИГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

А.Т.Ешанов, Н.У.Утегенов, К.Т.Кадреков
г. Нукус

С 1994 по 2000 год прооперировано 67 детей с эхинококкозом печени (мальчиков - 38, девочек - 29). В возрасте до 5 лет - 6, 6-10 лет - 34, 11-14 лет - 27 детей. Неосложненную форму эхинококкоза печени без проявлений клинических симптомов наблюдали у 9, с проявлением клинических симптомов - у 52, осложненную форму - у 16 больных детей. Одиночные кисты были у 42 больных, из них в правой доле - у 33, в левой - у 9. Множественные кисты одной доли были у 13 больных, эхинококкоз обеих долей - у 12, из них у 5 больных - множественный. В 18 случаях имела место поддиафрагмальная локализация процесса.

Всем больным диагноз был верифицирован рентгеноскопически, ультразвуковым исследованием, а также путем лапароскопии.

В лечении эхинококкоза печени с нарушением функции органа большое значение мы придавали предоперационной подготовке, правильно выбранному доступу.

С целью улучшения функционального состояния

печени, коррекции обменных нарушений и энергообеспеченности, нами разработан способ лечения (патент РУз № 456, 1994 г.) при осложненной форме эхинококкоза печени у детей, который применяется за 6-8 дней до операции в течении 8 дней после проведенного наркоза и операции.

Для нормализации окислительно-восстановительных процессов, энергетического обмена в печеночных клетках и в эпителии печеночных канальцев, использовали липоевую кислоту 0,5% - 2 мл в/в с раствором глюкозы 2 раза в день, пантотенат кальция 20% - 1 мл в/в 2 раза в день, никотиновую кислоту 1% - 1-2 мл в/м, рибофлавин мононуклеотид 1% - 1-2 мл 2 раза в день в/м, ретинол 15-20 тыс. МЕ, токоферол 100 мг в/м, альбумин 10-15 мл/кг, аминокaproновую кислоту 5% - 5-70 мл в/в, курантил 0,5% - 2 мл в/в, трентал 100-200 мл в/в с раствором глюкозы в течение 6 дней до операции и 8 дней после операции. Выбор данных препаратов был основан на том, что эти лекарственные вещества оказывают антиоксидантное и противоишемическое действия и участвуют в реакции окисления, защищая SH-группы ферментов от токсического повреждения.

В лечении эхинококкоза печени большое значение мы придавали правильно выбранному доступу. При локализации кисты во 2,3,4,5 сегментах применяли срединный или подреберный доступ, в 7 случаях, в 8 случаях применяли торакофрениколапаротомию. Верхнесрединную лапаротомию применили 3 больным, оперированным по поводу нагноения кисты, осложненной перитонитом - произведено дренирование остаточной полости кисты и брюшной полости. Ликвидацию остаточной полости кисты производили в зависимости от ее локализации. При кистах левой доли (9 больных) производили резекцию печени, так как ткань доли печени обычно истончена и нет крупных сосудов и протоков. При эхинококкозе 4,5 сегментов (27 больных), когда 2/3 кисты располагались снизу от печени, после выделения кисты из сращения и отделения ее от желчного пузыря, выступающую над поверхностью печени часть фиброзной капсулы и резко истонченной паренхимы, резецировали, а к оставшейся после эхинококкэктомии поверхности, после тщательного гемо- и билиостаза прошиванием и электрокоагуляцией, подшиваем большой сальник.

Трудности возникли при ликвидации больших остаточных полостей при поддиафрагмальной локализации в 7 и 8 сегментах у 18 больных. Капитонаж по Дельбе был выполнен 12 пациентам, вворачивание стенок - 6, причем, у 4 из 18 больных эти способы уменьшения полости сочетали с оментопластикой после мобилизации сальника.

Осложнения после операции наблюдались у 6 больных: нагноение остаточной полости - у 3, стойкий желчный свищ - у 1, реактивный плеврит - у 3 больных. Длительное промывание с активной аспирацией остаточных полостей дало возможность получить благоприятные результаты. Применение в комплексе лечения витаминных кофферментов, антиоксидан-

тов, лекарственных препаратов, улучшающих микроциркуляцию, коррекция белкового обмена, электролитов крови дали хороший эффект.

Таким образом, дифференцированный подход к выбору оперативного доступа, а также применение избирательного для каждого больного приема ликвидации остаточной полости и хорошая предоперационная подготовка и послеоперационное ведение с применением лекарственных препаратов, улучшающих функциональное состояние печени и общего гомеостаза, дают благоприятные результаты.

ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ИЗ ЛЕГКОГО С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ.

Э.С. Исламбеков, Д.Т. Максумов, Ж.Н. Узаков
г. Ташкент.

В отделении хирургии легких и средостения с эхинококкозом легкого оперировано 68 больных. Мужчин было - 43, женщин - 25. В возрасте до 20 лет - 24, от 21 до 30 лет - 28, от 31 до 40 лет - 12, от 41 до 50 лет - 3, и с выше 50 лет - один больной. Одиночный эхинококкоз диагностирован у 36 больных, из них поражение правого легкого отмечено у 21, левого - у 15. По одному случаю наблюдали множественный эхинококкоз правого и левого легкого. Двусторонний эхинококкоз был - у 12 больных. Сочетанный эхинококкоз наблюдался - у 18 больных, из них эхинококкоз правого легкого и печени - у 12, левого легкого и печени - у 3, обоих легких и печени - у трех больных. У 22 больных размеры кист были от 3 до 5 см. в диаметре, у 25 - от 6 до 8 см, у 11 - от 9 до 12 см, у остальных размеры кист не отмечены. У 27 больных эхинококкоз легкого осложнился прорывом кисты в бронх. У 64 больных эхинококкэктомия была выполнена с использованием эндовизуальной техники. У 4 больных применить эндовизуальную технику не представилось возможным ввиду спаечного процесса в плевральной полости и эхинококкэктомия им была выполнена традиционным способом. У 9 больных выполнена видеоторакоскопическая эхинококкэктомия, из них у 4 осуществлена операция по типу А.А. Вишневого, у 2 - дефект рассеченной фиброзной капсулы был заклипирован, у 3 - ложе кисты ушито непрерывным швом атравматической нитью. Размеры кист в этой группе больных не превышали 5 см в диаметре. В 55 случаях выполнить чисто видеоторакоскопическое вмешательство не представилось возможным и в этих случаях пришлось осуществить миниторакотомию по межреберью длиной до 4 - 5 см. Показанием к операции с миниторакотомией были в 19 случаях - глубокое расположение кист в паренхиме легкого, определение которых видеоторакоскопом не представлялось возможным, в 16 - невозможность ушить бронхиальные свищи открывающиеся в полость фиброзной капсулы, в 4 - большие размеры хитиновой оболочки, удаление которой через гильзу троакара было невозможным, а также невозможность технически ушить бронхиальные свищи и ложе паразита, в 14 -

выраженный спаечный процесс пораженной доли с грузной стенкой и медиастенальной плеврой, в 2 - ятрогенное повреждение кисты во время накладывания пневмоторакса. Из 55 случаев в 52 - выполнен капитонаж ложа кисты по Дельбе и в 3 - оно ликвидировано по Боброву - Спасокукоцкому. Осложнений во время выполнения операций не было. В 5 случаях после операции наблюдали реактивный плеврит, излеченный консервативным путем.

Таким образом, видеоторакоскопическая эхинококкэктомия осуществима при наличии размеров кист (4-5 см. в диаметре), неглубоком расположении их в легочной ткани и отсутствии бронхиальных свищей в полости фиброзной капсулы. При больших размерах эхинококковых кист, глубоком их расположении в паренхиме легочной ткани и наличии бронхиальных свищей необходимо дополнять операцию миниторакотомией.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ.

Э.С. Исламбеков, Д.Т. Максумов
г. Ташкент.

В отделении хирургии легких и средостения находилось на лечении 312 больных с множественным эхинококкозом легких. Из них у 97 он был односторонним, в том числе у 55 больных было поражено правое легкое, у 42 - левое. У 205 больных эхинококкоз легких был двусторонний, из них у 85 больных был двусторонний одиночный эхинококкоз, а у 120 - двусторонний множественный. У 64 множественный эхинококкоз легких сочетался с поражением других органов. У 84 больных эхинококкоз легких был осложненным, из них у 81 больного прорывом кисты в бронх (в том числе у 37 больных с множественным односторонним эхинококкозом легких и у 44 двусторонним) и у 3 больных множественным двусторонним эхинококкозом легких - одновременным прорывом кисты в бронх и плевральную полость.

Из 312 больных оперированы 278, в том числе 93 пациента с множественным односторонним эхинококкозом и 185 с двусторонним. Остальные больные не оперированы по различным причинам. 278 больным выполнено 419 операций. 93 больным с множественным односторонним эхинококкозом легких оперативное вмешательство выполнено путем широкой торакотомии с удалением всех эхинококковых кист. Из 185 больных двусторонним эхинококкозом 141 - выполнены операции на обоих легких, а 44 больных оперированы по различным причинам только с одной стороны. Из 141 больного оперированного с обеих сторон у 77 оперативные вмешательства выполнены в два этапа (сначала с одной, а затем с другой стороны между операциями с интервалом от 2 недель до 3 месяцев). 64 больных оперированы с двух сторон одномоментно, в том числе в 49 случаях путем последовательной торакотомии и в 15 - через переднее средостение путем продольной стернотомии и последовательного вскрытия полости плевры.

У 93 больных с множественным односторонним эхинококкозом легких несмотря на множественное поражение, операции (89) носили органосохраняющий характер, в том числе в 37 случаях выполнен капитонаж по Дельбе, в 14 — операция по Боброву-Спасокукоцкому, в 5 — операция А.А. Вишневого и в 33 случаях комбинированные операции. У 4 больных операции носили резекционный характер, в том числе в 1 случае выполнена пневмонэктомия, в 1 — лобэктомия, в 1 — резекция языковых сегментов и в 1 лобэктомия в сочетании с краевой резекцией легкого.

Из 326 операций, выполненных у 185 больных 323 носили органосохраняющий характер, в том числе у 8 больных операция была выполнена с применением эндовизуальной техники (у 6 больных с одной стороны и у 2 — с обеих сторон, причем у одного из них одномоментно с двух сторон).

Послеоперационное течение у 259 больных было гладким, у 19 — наблюдались осложнения, из них у 10 — острая эмпиема плевры, у 9 — нагноение операционной раны. Все они ликвидированы консервативно.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККА ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В БРОНХ.

Д.А.Исмаилов, З. К. Гафуров, Д.Н. Акилова
г. Ташкент.

Изучены результаты хирургического лечения 287 больных эхинококкозом легких, осложненным прорывом в бронх, наблюдавшихся в отделении хирургии легких и средостения НЦХ им.акад. В.Вахидова МЗ РУз. с 1991 по август 2000гг., т.е. за 10 лет.

Из них мужчин было — 165(57,4%), женщин — 122(42,5%). Возраст больных составил: до 10 лет — 14(4,8%), до 20 лет — 74(25,7%), до 30 лет — 88(30,6%), до 40 лет — 59(20,5%), до 50 лет — 33(11,4%), более 50 лет — 19(6,6%). Большая часть больных 180(62,7%) были молодого и наиболее трудоспособного возраста.

Капитонаж по Дельбе (или его модификация) применен в 148(55%) случаях, по Боброву-Спасокукоцкому в 19(7,06%), по А.А.Вишневскому в 8(2,9%) случаях. В 27(10%) случаях множественного поражения выполнены комбинированные операции. Органосохраняющая операция в сочетании с плеврэктомией и декортикацией выполнена в 10 (3,7%) случаях, в 1(0,37%) случае произведена полужакрытая эхинококкэктомия по Р.П. Аскерханову.

При двустороннем поражении легких — 5(1,85%) пациентам выполнены одномоментно, поэтапные эхинококкэктомии. В 5(1,85%) случаях сочетанного поражения легкого и печени произведены одномоментные поэтапные операции.

Видеоторакоскопические вмешательства произведены 21(7,8%) больному. После видеоторакоскопических вмешательств каких — либо осложнений мы не наблюдали.

При интраоперационно выявленных грубых морфологических изменениях легочной ткани, произведены вмешательства резекционного характера —

28(10,4%), в том числе лобэктомий выполнено — 12(42,8%), из них: удаление верхней доли — 1(8,3%), средней — 2(16,6%), нижней доли — в 9(75%) случаях; билобэктомия в — 1(3,5%) случае, атипичных резекций выполнено — 7(25%), пульмонэктомия — 1(3,5%), частичная резекция в сочетании с органосохраняющей операцией произведена — в 8 (28,5%) случаях.

Таким образом большинство операций носили органосохраняющий характер и выполнялись по показаниям. Выполненные резекции легкого обосновывались тем, что имелись необратимые морфологические изменения легочной ткани окружающей кисту.

На основании наших наблюдений можно утверждать, что при прорыве эхинококковой кисты в бронх показано раннее оперативное вмешательство, задержка операции грозит развитием в кисте нагноительного процесса, необратимых изменений в окружающей легочной ткани, что в конечном итоге диктует выполнение больших по объему оперативных вмешательств.

После оперативных вмешательств с применением широкой межреберной торакотомии наблюдались следующие осложнения: эмпиема плевры — у 7(2,8%) пациентов, нагноение раны — у 3(1,2%), лигатурный свищ — у 1(0,4%), плевроторакальный свищ — у 4(1,6%), пневмония — у 2(0,8%), абсцедирующая пневмония — у 1(0,4%), сухая остаточная полость наблюдалась — у 2(0,8%) пациентов, все эти осложнения ликвидированы консервативными мерами.

Наш опыт показывает, что оперативные вмешательства с применением эндовизуальной техники способствуют уменьшению послеоперационных осложнений, сокращению сроков пребывания больных в стационаре и их нетрудоспособности. Противопоказанием к выполнению вышеуказанных операций является наличие выраженного спаечного процесса в плевральной полости.

СОЧЕТАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.

Д.А. Исмаилов, С. С. Агзамходжаев, О.Т. Ирисов
г. Ташкент.

Множественные и сочетанные формы эхинококкоза являются одной из тяжелых форм поражения.

В отделении хирургии легких и средостения НЦХ имени акад. В. Вахидова МЗ РУз находилось с 1989 по 1999гг. 269 больных с сочетанным эхинококкозом легких и печени, из них 127 было мужчин, 142 — женщины. В возрасте до 20 лет было 82 больных, от 21 до 30 лет — 55, от 31 до 40 лет — 55, от 41 до 50 лет — 38, старше 51 года 36 больных. Жителей города было 122, жителей сельских местностей 142 больных.

Сочетанное поражение правого легкого и печени (117 больных) встречается больше по сравнению с сочетанным поражением левого легкого и печени (78 больных), а в 72 случаях диагностировано поражение

обоих легких и печени.

Сочетанное поражение нижней доли правого легкого (127) и правой доли печени (151) встречается чаще.

Клинически эхинококкоз проявился болями в грудной клетке со стороны поражения - у 135 больных, болями в правом подреберье у 53 больных, среди остальных симптомов превалирует слабость (114) и одышка (44). В остальных случаях у 29 больных беспокоил кашель с выделением гнойной мокроты, у 36 - с выделением слизистой мокроты, у 34 - сухой кашель и у 9 больных отмечалось кровохарканье.

Основным методом диагностики сочетанного эхинококкоза легких и печени являются инструментальные методы, такие как рентгенологические и ультразвуковые. При рентгенографии грудной клетки определяется гомогенная тень с четкими наружными контурами округлой и овальной формы, а при ультразвуковом сканировании печени визуализируется жидкость содержащая образования, также с четкими контурами.

В 28 случаях выполнена эхинококкэктомия из печени, в 116 - эхинококкэктомия из правого легкого, в 105 случаях - эхинококкэктомия из левого легкого. В 17 случаях больные оперированы с помощью видеоторакоскопической установки, из них в 4 случаях выполнена одномоментная видеоторакоскопическая эхинококкэктомия из легкого и видеолaparоскопическая эхинококкэктомия из печени, в 12 случаях видеоторакоскопическая эхинококкэктомия, в 5 случаях видеолaparоскопическая эхинококкэктомия из печени. Из 72 случаев двустороннего поражения легких эхинококкозом с сочетанным поражением печени в 12 случаях выполнена одномоментная эхинококкэктомия из обоих легких поэтапно.

В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие виды осложнений: в 9 случаях нагноение послеоперационной раны, в 7 - нагноение остаточной полости, в 10 - эмпиема плевры, в 5 - пневмония, которые ликвидированы консервативным путем.

С хорошими результатами были выписаны 208 больных, удовлетворительными - 40, без изменений - 9 больных. Летальный исход наступил у 2 больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

Г.Й.Йулдашев, А.Н.Ниязметов
г.Ургенч

Под нашим наблюдением с 1991 по 2000 гг. с сочетанным поражением эхинококковыми кистами печени и легких находилось 68 пациентов.

У 21 пациента кисты располагались в левом легком, у 39 больных эхинококковые кисты локализовались в правом легком и поражение эхинококкозом обоих легких отмечено у 8 пациентов.

Солитарные кисты печени были у 49 пациентов, а две и более у 19. У 42 больных паразитарные кисты

локализовались в 7-8 сегментах печени, у 26 в других сегментах. Из 68 больных осложнения отмечены у 23 (33,8%). Возраст больных составил от 14 до 51 лет. Женщины - 41, мужчин - 27. Длительность заболевания составили от 1 года до 9 лет.

В зависимости от тактики лечения больных с сочетанным эхинококкозом печени и легких разделили на 2 группы:

Первую группу составили 37 больных, которым выполнена одномоментная эхинококкэктомия из легкого, а затем из печени или наоборот.

Вторая группа состояла 31 больного, которым выполнялись поэтапные эхинококкэктомии из легкого, а затем из печени или наоборот с интервалов 1-2 месяца.

Оптимальным доступом по нашему мнению позволяющим выполнить адекватную операцию на куполе печени и правом легком считаем передне - боковую торакотомия в 6 или 7 межреберье справа. Этот доступ применили у 31 (45,5%) больного. Всем удалось выполнить адекватную эхинококкэктомия как из правого легкого, так из купола печени.

Одной больной с эхинококкозом левого легкого и левой доли печени операцию выполнили из левого плеврального доступа.

В двух случаях при множественном эхинококкозе правой и левой доли печени и эхинококкозе правого легкого операцию выполнили из правого торакофренолапаротомного доступа, а в третьем случае пришлось, выполнить торакофренолапаротомию из-за гигантского размера кисты в печени, дном которой являлась гепатодуоденальная связка. С целью адекватного закрытия полости без повреждения элементов связки выполнили выше представленный доступ.

Двум больным выполнена одномоментная эхинококкэктомия. Причем произведены отдельные доступы к паразитарным кистам, находящимся в легком и печени.

32 больным выполнена закрытая эхинококкэктомия печени и пяти - полужакрытая.

Полость фиброзной капсулы в большинстве случаев (25) закрывали инвагинационным способом. В 12 случаях полость закрыта путем ее капитонажа. На легких в двух случаях выполнено идеальное удаление кисты, резекция легкого произведена 8 больным, 21 - эхинококкэктомия по Вишневскому и 6 больным - капитонаж полости фиброзной капсулы.

В послеоперационном периоде у 4 больных отмечалось нагноение раны, у 2 больных, которым выполнена полужакрытая эхинококкэктомия, отмечалось выделение желчи по дренажу в количестве 100-120 мл в сутки. Повторных операций связанных с осложнениями в раннем операционном периоде не производилось. Через один месяц остаточная полость обнаружена у 7 больных.

Больным 2 группы (31) выполнялись поэтапные операции. Первым этапом выполнялись операции на легком, а затем при неосложненном течении послеоперационного периода, через 1-2 месяца производилась эхинококкэктомия печени.

Сравнивая эти группы, мы пришли к выводу, что при наличии показаний необходимо выполнение операции в один этап.

Одномоментная операция имеет следующие преимущества перед поэтапными:

-значительно сокращаются сроки выздоровления от эхинококковой болезни, по нашим данным в 2-2,5 раза.

-однократный анестезиологический риск и нейроэмоциональная нагрузка на больного, что имеет немаловажное значение для людей пожилого и старшего возраста.

ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС БИЛИАРНОГО ТРАКТА

Г.Й.Йулдашев С.Наврұзов, Ф.Нурметова
г.Ташкент

Хирургическое лечение эхинококкоза печени с цистобилиарными свищами достаточно сложно, так как нередко больных оперируют при наличии тяжелых осложнений.

Под нашим наблюдением находилось 33 больных с эхинококкозом печени, осложненном механической желтухой. Из них у 26 пациентов с прорывом содержимого эхинококковой кисты в желчные пути и 7 больных с эхинококковой кистой центральной локализации со сдавлением желчных путей. Из 26 больных, у которых эхинококкоз печени осложнился прорывом в желчные пути, у 18 пациентов была клиника механической желтухи и холангита, у 5 — кратковременная желтуха в анамнезе, у 3 пациентов приступ желчной колики. Сложностей в диагностическом плане не было. Диагноз установили на основании клиники, гипербилирубинемии, УЗИ. Расхождений между дооперационным и интраоперационным диагнозами не было. Следует отметить, что 4 больных оперированы в экстренном порядке с клиникой механической желтухи и холангита.

Характер оперативного вмешательства при этом осложнении зависел от его последствий (механическая желтуха, холангит), от уровня локализации билиарного свища, от взаимоотношения кисты с воротами печени и состояния больного. Операция преследовала две задачи — удаление эхинококковой кисты и коррекцию желчевыводящих путей. Выполнены следующие операции. Эхинококкэктомия выполнена всем 33 пациентам. При обработке полости эхинококковой кисты с наличием желчного свища не используем концентрированные растворы антипаразитарных средств, так как это приводит к ожогу слизистой. В таких ситуациях применяем ультразвуковую кавитацию. Свищи ушивали атравматической нерассасывающейся синтетической нитью. В двух случаях свищи образовались из долевого протока в частности из правого и были значительных размеров 1,0-0,4 см и 0,8 см. Общепринятые способы закрытия свища могли бы привести к нарушению билиодинамики, с разви-

тием синдрома “недренируемой доли”. Им произведена холецистэктомия с дренированием холедоха Т-образным дренажом.

Тампонирование остаточной полости сальником на ножке, также выполнено 13 больным, из них у 9 произведена закрытая эхинококкэктомия, а 4 — полузакрытая. Холецистэктомия выполнена 5 больным, из них с дренированием по Пиковскому — 3, супрадуоденальная холедохотомия произведена 3 больным, с последующим наружным его дренированием.

Следует отметить, что при эхинококковых кистах центральной локализации, когда остаточные полости интимно прилежат к сосудисто-секреторным элементам ворот печени, мы не ставили перед собой цели закрывать эти полости, так как это сопряжено с возможным повреждением магистральных сосудов и протоков печени.

В таких ситуациях либо выполнялась оментоцистопексия, либо абдоминализация полости.

В послеоперационном периоде у 3 больных отмечалось желчеистечение, которое не имело тенденции к самостоятельному закрытию, что послужило поводом для повторной операции — папиллосфинктеротомии.

Летальных исходов у больных с вышепредставленным осложнением не было.

НАШ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО И РЕЗИДУАЛЬНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЛЕГКИХ

Х.К.Карабаев, А.А.Рафиков, Г.А.Хайдаров,
С.И.Нарзуллаев, Б.Х.Карабаев
г.Самарканд

Постоянный рост заболеваемости эхинококкозом печени и легких, отмечающийся в последние годы, свидетельствует о том, что профилактика и лечение этого тяжелого заболевания являются весьма актуальной проблемой как в социально-экономическом, так и в медицинском аспектах. При изучении причин, способствующих развитию рецидива, следует отметить возросший удельный вес однократных и многократных случаев.

Из 527 оперированных по поводу первичного эхинококкоза печени (345) и легких (182) в разные сроки после операции (от 1 года до 20 лет) рецидив эхинококкоза печени выявлен у 62 (18%) и легкого у 21 (11,5%). В зависимости от количества обнаруженных во время повторных операций кист печени больные разделены на 3 группы: 1-я — 32 больных с единичными кистами, 2-я — 27 больных с множественными кистами и 3-я — 3 больных с сочетанным поражением печени и легких. У 41 больного рецидивы были выявлены в ранее оперированной доле печени. В другой доле печени рецидивные (резидуальные) кисты обнаружены у 25 больных у 6 больных в других органах, селезенке и внеорганно на серозной оболочке органов брюшной полости. Однократные рецидивы наблюдались у 48 больных, многократные — у 14.

Анализ результатов лечения рецидивного эхинококкоза легкого (у 21) показал, что основной причи-

ной повторной операции является первично-множественные поражения легких (у 17), сочетанный эхинококкоз различных органов (у 4), не выявленные (“забытые”) во время первого хирургического вмешательства кисты, из-за малых размеров. Также причиной рецидивов служила интероперационная или спонтанная диссеминация паразита. Одиночная правосторонняя локализация кист установлена у 11 больных, левосторонняя у 8 больных. У 2 больных диагностирован двусторонний множественный эхинококкоз легких.

Учитывая возможность оставления зародышевых элементов материнской кисты в зоне вмешательства или их диссеминацию с имплантационным ростом в пределах пораженного органа, полости или тканей операционной раны необходимо строго соблюдать принцип апаразитарности и антипаразитарности хирургических операций.

Мы в своей практике широко используем антипаразитарные препараты: глицерин, 3-5% раствор формалина, 3-5% настойка йода с последующей его нейтрализацией 30% раствором тиосульфата натрия. Кроме того, на зародышевые элементы материнской кисты воздействуем низкочастотным ультразвуком, лазерным излучением, используем криовоздействие при обработке остаточной полости.

В 1995 – 2000гг. в клинике с соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности оперировано 250 больных первичным эхинококкозом различной локализации. Строгое соблюдение вышеуказанных принципов во время хирургических вмешательств при первичном эхинококкозе позволило снизить частоту рецидивов заболевания более чем в 1,5 раза.

С целью профилактики послеоперационных рецидивов заболевания у 172 больных использовали мепендазол, вермокс, флюобендазол. Среди этих больных рецидивов в отдаленном (от 1 до 5 лет) периоде не отмечено.

О РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

Э.К.Карапетян, Г.Т.Вирабян, К.С.Галстян,

Л.Э.Карапетян

г. Ереван

По данным периодической литературы общим для стран СНГ является ухудшение эпидемиологической ситуации по ряду заболеваний, в том числе, в некоторых из них по эхинококкозу. Ослабление профилактических обследований по раннему выявлению заболеваний, позднее обращение больных за медицинской помощью из — за низкого социально — экономического состояния способствовали запущенности заболевания.

Повседневные клинические наблюдения побудили нас анализировать современное состояние резекции легких при эхинококкозе, рассматривая это преимущественно, как показатель запущенности процесса при этой патологии. Попутно укажем, что за 1965-92гг. этот показатель у нас варьировал в пределах 20-

25% случаев.

В основу данного сообщения взяты данные о 165 больных эхинококкозом, оперированных нами за 1993-2000гг. Из них мужчин было 89, женщин — 76. Возраст больных колебался от 4 до 78 лет, однако большинство из них было в возрасте 25-45 лет. Жителей городов было 87, сельской местности-78. Процесс носил односторонний характер у 89, из них у 25 имелись односторонние множественные паразитарные кисты. Двусторонний процесс имелся у 26 больных, сочетанный эхинококкоз легких и других органов у 50 (печени-38, селезенки-4, головного мозга-3, заднего средостения-1, малого таза-1, мягких тканей тела-1, большого сальника-2). У 137 больных имелись большие и гигантские паразитарные кисты, большей частью последние. У 72 отмечалось вскрытие кисты в бронх, у 11 в плевральную полость, среди них у 4 с т.н. проникающим эхинококкозом из печени. Подостро или остро протекающий нагноительный процесс имелся у 38 больных, у двух из них на этом фоне отмечалось рецидивирующее легочное кровотечение. У двух больных в пределах доли пораженной эхинококкозом имелся активный туберкулезный процесс, у двух — центральные опухоли. Таким образом, мы имели достаточно тяжелый контингент больных, перед операцией нам приходилось решать целый ряд вопросов, касающихся безопасности и радикальности предпринятых операций.

Указанным 165 больным проведено 219 операций. При этом, лишь 9 больных подверглись этапным операциям. Среди них были больные, которые подвергались двусторонним операциям на легких, на правой и левой доле печени с использованием при этом трансдиафрагмального разреза из торакального доступа.

Современное состояние анестезиологии и реаниматологии позволили нам прибегнуть к одномоментным операциям; операции на обеих легких и печени, на легких и селезенке и пр., при использовании зачастую торако- диафрагмального, либо дополнительно лапаротомического доступов. Этапным операциям подвергались больные с эхинококкозом головного мозга (3), лица с нагноительным процессом в одном из легких при двустороннем эхинококкозе (3), при рецидивирующем легочном кровотечении у больного с эхинококкозом легкого и селезенки, а также двое больных с множественным сочетанным эхинококкозом легких и печени. Из числа 165 больных резекция легких для ликвидации более тяжелого процесса производилась у 57 (37,6%) больных, что значительно превышает данные литературы и наши собственные за прошлые годы.

Среди резекций преобладали лобэктомии (33), причиной чего послужили гигантские паразитарные кисты, длительное нахождение которых кроме атрофии паренхимы приводило к резкому утолщению фиброзной капсулы сделав ее практически неподатливой при капитонаже. Кроме того лобэктомии проводились у больных с нагноениями по типу хронического или острого абсцесса, с сочетанными процессами или с перикистозными выраженными воспалительными

процессами. При среднедолевой локализации часть из вышеперечисленных состояний служит прямым показанием для удаления доли. Практика показывает, что при излишней экономности, в средней доле развивается гиповентиляция, протекающая по типу хронической пневмонии с последующим развитием бронхоэктазов. На втором месте стоят сегментарные, полисегментарные, в том числе комбинированные и краевые резекции (24 операции). Полисегментарные резекции в основном относятся к удалению т.н. “пирамиды” нижней доли с сохранением 6-го сегмента. В основу этой операции была положена разработанная нами методика, при которой после обработки основных элементов сегментов и, чуть оттягивая за них, граница с 6-ым сегментом ушивалась аппаратом УКЛ-60, тем самым обеспечивая герметичность паренхимы и атравматичность операции. В 5 случаях, при прорыве паразитарной кисты в плевральную полость резекция сочеталась с декортикацией легкого и плеврэктомией. Имеющиеся во время или после операции осложнения успешно были ликвидированы. Все больные были выписаны с выздоровлением. Летальных исходов не наблюдались. У 2 больных после операции эхинококкэктомии наблюдались рецидивы болезни, которые ликвидировались повторными операциями на легком и печени.

Подытоживая вышесказанное можно отметить, что в настоящее время вследствие отягощенности случаев эхинококкоза более часто приходится прибегать к сочетанным вмешательствам, к резекции легочной ткани, по сравнению с нашими данными и до 90-ых годов прошлого столетия.

ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ ВО ФТИЗИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Т.М.Кариев, Ш.Ю.Сабилов, С.П.Абулкасимов
г.Ташкент

Эхинококкоз легких, особенно при осложненном и атипичном клиническом течении и наличии очаговых и инфильтративных изменений в легочной ткани представляет значительные трудности для своевременной диагностики, и такие больные нередко госпитализируются во фтизиохирургические отделения с диагнозом различных форм деструктивного туберкулеза, спонтанного пневмоторакса и специфической эмпиемы плевры.

В хирургической клинике НИИ фтизиатрии и пульмонологии за период с 1990 по 2000 г.г. находилось 74 больных. С направительным диагнозом туберкулемы легких поступило 29 больных, инфильтративного туберкулеза -10, кавернозного -6, специфического спонтанного пневмоторакса и эмпиемы плевры-11, туберкулезного плеврита-2, с подозрением на туберкулезный процесс и эхинококкоз легких-16 больных. До поступления в клинику большинство больных находилось в противотуберкулезных стационарах и получали специфическую антибактериальную терапию. Так, у 6 больных противотуберкулезная химиотерапия проводилась в течение 3-4 мес., у 36-до 2 мес., у

15-до 1 мес. У остальных 17 больных после выявления легочной патологии антибактериальная терапия не проводилась. После госпитализации в клинику и клинико-рентгенологического обследования у 56 больных установлен эхинококкоз легких, у 8 больных сочетание эхинококкоза и различных форм туберкулеза, из них фиброзно-кавернозный процесс диагностирован у 2 больных, инфильтративный-у 2, очаговый-у 1, цирротический - у 2, туберкулезный коксит-у 1 больного. У 10 больных с диагнозом эхинококкоз легких полностью исключить туберкулезный процесс не представлялось возможным.

Среди 74 больных мужчин было 39, женщин-35. В возрасте от 8 до 16 лет было 14 больных, от 17 до 40 лет-55, свыше 40 лет -5. Левосторонний эхинококкоз легких диагностирован у 30 больных, правосторонний-у 40, двусторонний-у 1, эхинококкоз средостения - у 3 больных. Одиночная эхинококковая киста имела у 69 больных, множественная - у 5. Осложненное течение легочного эхинококкоза наблюдалось у 43 больных (53,3%), из них у 32-наступил прорыв кисты в бронх с последующим ее нагноением, у 11-прорыв кисты в плевральную полость с развитием спонтанного пневмоторакса и эмпиемы плевры, у 10 больных - отмечалось легочное кровотечение и рецидивирующее кровохарканье.

Эхинококкэктомия произведена у 45 больных, из них у 1-последовательно с обеих сторон, сегментарная резекция легкого - у 7, лобэктомия - у 7, эхинококкэктомия легкого с плеврэктомией и декортикацией легкого - у 9, эхинококкэктомия и сегментарная резекция легкого - у 4, прецизионное удаление эхинококковой кисты - у 2, пульмонэктомия - у 1 больного.

В ближайшем послеоперационном периоде различные осложнения возникали у 9 больных (12,2%). Остаточная плевральная полость с бронхиальным свищем наблюдалась у 4 больных, ограниченная эмпиема плевры- у 4, внутриплевральное кровотечение - у 1 больного. Послеоперационные осложнения у 6 больных ликвидированы терапевтическим лечением. У 3 - произведено повторное оперативное вмешательство - торакопластика с мышечной пластикой остаточной полости (у 2) и реторакотомия с остановкой внутриплеврального кровотечения (у 1).

Хороший клинический эффект хирургического лечения констатирован у 71 больного (95,0%), удовлетворительные результаты - у 2 (2,7%) и неудовлетворительные - у 1 больного (1,4%).

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что на первичном этапе обследования больных в общей медицинской сети и противотуберкулезных учреждениях эхинококкоз легких нередко из-за трудностей дифференциальной диагностики не выявляется своевременно. В условиях фтизиохирургического отделения у указанных больных устанавливается правильный диагноз и хирургическое лечение эхинококкоза легких, в том числе осложненного и сочетанного с туберкулезным процессом, проводится с высокой клинической эффективностью.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

Ш.И.Каримов, Н.Ф.Кротов, С.Э.Мамараджабов,
В.Л.Ким.

г.Ташкент

Одновременное поражение двух и более органов эхинококковыми кистами наиболее часто (5,5-21,4%) встречается в сочетании «печень-легкое».

Вопросы хирургической тактики при сочетанных поражениях легких и печени до настоящего времени окончательно не решены, являются спорными и продолжают обсуждаться.

Оперировано 109 больных с сочетанным эхинококкозом легких и печени, в возрасте от 16 до 63 лет. Мужчин было 52, женщин - 57.

В диагностике эхинококкоза легких ведущее значение имели рентгенологические исследования легких - полипозиционная рентгеноскопия и рентгенография. В диагностике эхинококкоза печени - ультразвуковое исследование.

В легких размеры кист варьировали от 3 до 18 см, в печени - от 4 до 20 см. В легких кисты чаще всего локализовались в нижних долях, в печени в VII-VIII сегментах. У 38 (34,86%) больных отмечено осложненное течение заболевания; прорыв кисты в бронх наблюдался у 26 (23,85%) больных, нагноение кисты - у 12 (11%). Осложненное течение заболевания в печени выявлено у 33 (30,27%) пациентов. Из них у 16 (14,67%) пациентов обнаружены цистобилиарные свищи, и у 16 (14,67%) - нагноение кисты.

Сочетание эхинококкоза правого легкого и печени наблюдалось у 46, левого легкого и печени у 41 и у 22 больных обеих легких и печени. Все больные в зависимости от характера проведенных оперативных вмешательств разделены на 2 группы. В контрольной группе 36 больным оперативные вмешательства проведены поэтапно через отдельные широкие торакотомные и лапаротомные доступы. В основной группе из 73 больных 29 (39,72%) пациентам эхинококкэктомии из правого легкого и печени (VII-VIII сегменты) произведены одномоментно посредством торакофренолапаротомии, остальным 44 - поэтапно. При этом 34 (46,57%) больным на отдельных этапах эхинококкэктомии применены минимально инвазивные доступы с видеоассистированием, а у 10 (13,69%) - все этапы лечения проведены посредством минимально инвазивных доступов.

При определении этапности в первую очередь оперировали на органе с осложненной кистой. При равных условиях вначале оперировали на легких.

Проведение одномоментной эхинококкэктомии из правого легкого и печени посредством торакофренолапаротомии при достаточной ее травматичности, тем не менее способствовало излечению патологии обеих органов одним этапом и сократило сроки лечения больных.

Использование малоинвазивных доступов в сочетании с видеоассистированием на отдельных или всех этапах эхинококкэктомии из легких и печени позволило избежать обширных травматичных доступов, сни-

зить операционную кровопотерю, уменьшить болевой синдром, расход медикаментов в послеоперационном периоде, сократить длительность пребывания больных в стационаре и общие сроки нетрудоспособности.

Анализ результатов лечения показал, что использование минимально инвазивных доступов и одномоментных операций снизило число послеоперационных осложнений с 19,44% в контрольной группе до 9,75% в основной (т.е. в 2 раза) и сократило сроки лечения больных с 26,4±4 до 14,6±6 дней.

МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛИКВИДАЦИИ ЭХИНОКОККОВЫХ ПОЛОСТЕЙ.

И.А. Ким, А.А. Асраров, В.Л. Ким,
Ш.А. Ганиев, О.А. Бабаханов

г. Ташкент

За период с 1998 по 2000 год в нашей клинике по поводу эхинококкоза печени оперативные вмешательства произведены 138 больным в возрасте от 18 до 68 лет. У 72 больных кисты локализовались в правой доле, у 28 в левой доле печени. Множественные поражения печени отмечены у 31 больного. У 7 больных эхинококкоз печени сочетался с поражениями других органов. Осложненные эхинококковые кисты отмечены у 21 из 138 больных (нагноение, желчные свищи).

Основным клиническим проявлением эхинококкоза печени были: тупая боль, чувство тяжести в правом подреберье, пальпаторно определялось опухолевидное образование в эпигастральной области и правом подреберье. В клинических анализах у большинства больных отмечается эозинофилия, ускорение СОЭ, положительная реакция латекс-агглютинации (РЛА) и непрямой гемагглютинации (РНГА). В окончательной диагностике эхинококкоза печени, наряду с обзорной рентгенографией, нами применялись УЗС печени, при необходимости лапароскопия и компьютерная томография.

Оперативное вмешательство производилось под многокомпонентным общим обезболиванием. Выбор метода операции осуществляли дифференцированно в зависимости от стадии развития, локализации, размера кисты, ее распространенности, а также наличия и характера осложнения.

Во всех случаях после пункции и аспирации эхинококковой жидкости с дальнейшим рассечением фиброзной капсулы удалялась хитиновая оболочка. Остаточная полость фиброзной капсулы обрабатывалась 100% раствором глицерина, а также 2% раствором формалина и водным раствором хлоргексидина.

Нами при ликвидации эхинококковых полостей печени применены следующие методы:

Идеальная эхинококкэктомия печени выполнена у 11 больных.

Закрытая эхинококкэктомия печени произведена у 106 больных. Наиболее важным этапом являлся выбор способа ликвидации полости фиброзной капсулы. У 67 больных фиброзная полость ликвидировалась путем капитонажа по Дельбе. Этот способ применен при кистах небольшого и среднего размера, при

эластической фиброзной капсуле, особенно при субкортикальном или периферическом расположении кисты.

У 27 больных применен метод инвагинации по Ю.С. Гилевичу в остаточную полость краев и свободных участков фиброзной капсулы вворачивающими швами в несколько рядов.

У 12 больных использован метод тампонады остаточной полости сальником на питающей ножке по Р.П. Аскерханову.

Полузакрытая эхинококкэктомия печени выполнена у 21 больного, у которых имелись осложнения в виде нагноения эхинококковых кист и наличием цисто-билиарных свищей. Этот метод применим при невозможности выполнения закрытой эхинококкэктомии печени.

В послеоперационном периоде отмечены осложнения в виде формирования остаточных полостей у 2 больных и желчного свища у 1 больного, которые разрешены путем их дренирования и ликвидации желчного свища. Летальных исходов не было.

ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ЛЕГКОГО ВЕРТИКАЛЬНЫМИ ПОЛУКИСЕТНЫМИ ШВАМИ

О.К. Кулакеев
г. Шымкент

В хирургическом лечении эхинококкоза легких (ЭЛ) большинством авторов отдается предпочтение одномоментной закрытой эхинококкэктомии.

По данным литературы, отрицательными моментами операции по Боброву-Спасокукоцкому, Дельбе являются образование в 2,7-76% случаев остаточной полости в легком с ее нагноением у 12-24% больных, а также накладывание вворачивающих погружных швов вызывает резкую деформацию легочной ткани и ателектаз значительного ее участка, особенно при эхинококковых кистах большого размера и при ее внутрилегочном расположении. Для способа А.А. Вишневого характерны такие недостатки, как образование остаточной плевральной полости, а также реальная угроза возникновения вторичных бронхиальных свищей с инфицированием плевральной полости и коллапсом легкого.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 824 больных ЭЛ, что составило 45% всех его локализаций. Органосохраняющие операции оказались возможны у 85,4% больных. Трудности ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы возникают при больших, гигантских и осложненных кистах, которые встречаются у 35-45% больных, а также в тех случаях, когда паразитарная киста на 1/2-2/3 и более объема находится в толще легочной ткани (последняя встречается до 60%). Большинство авторов отмечено преобладание кист овально-яйцевидной формы, нежели округлой. При таком сочетании больших размеров кисты овально-яйцевидной формы с преимущественно внутрилегочной локализацией, наложение капитонажа по Дельбе горизонтальными кисетными швами заведомо невыполнимо, так как при этом сблизить края полости не удастся. При наложении вворачива-

ющих швов по Боброву-Спасокукоцкому происходит значительная деформация легочной ткани и высок процент образования ложных кист с возможным нагноением. Оставление же ложа кисты открытой по способу А.А. Вишневого приводит к возникновению не "плоской", а "углубленной тарелки" с последующим образованием остаточной плевральной полости с длительной экссудацией.

У данной категории больных, у которых ликвидация остаточной полости эхинококковой кисты представляла наибольшие технические трудности, нами предложен и внедрен в практику капитонаж вертикальными полукисетными швами. Наложение параллельных полукисетных швов в вертикальной по отношению к поверхности легкого плоскости намного проще и лучше визуально контролируется, чем наложение горизонтального многостежкового кисетного шва в глубине полости. При этом заметно снижается риск повреждения крупных сосудов и бронхов. Важным в данном способе капитонажа является то, что надежная герметизация полости кисты исключает инфицирование плевральной полости, препятствует возникновению вторичных бронхиальных свищей (даже без ушивания мелких) и образованию остаточной полости. Способ не вызывает ателектазов и деформации легкого, возможен при нагноившихся кистах с ригидными стенками.

Данный способ капитонажа применен у 246 больных в возрасте от 3 до 74 лет. Дети до 14 лет составили 85 (34,5%). Нагноившиеся кисты были у 98 больных (39,8%), а большие и гигантские — у 91 больного (37,0%), средние — у 130 (52,8%), малые — у 25 больных (10,2%). В послеоперационном периоде осложнения были у 15 больных (6,1%). Летальность — у 1 больного (0,4%), которая была связана не с методикой операции, а с наличием двустороннего множественного процесса.

Применение капитонажа вертикальными полукисетными швами у больных ЭЛ позволило снизить послеоперационные осложнения в 2,5 раза и сократить сроки лечения на 25%. Исследования в сроки 6 мес — 15 лет больных ЭЛ, оперированных по данной методике, показали хороший отдаленный результат с полной структурно-физиологической компенсацией легких у 95,1% больных, удовлетворительный — у 4,2%. Рецидив отмечен у 1 больного (0,7%).

Капитонаж вертикальными полукисетными швами возможен у 40-50% больных ЭЛ и его применение способствует повышению удельного веса органосохраняющих операций до 90% и более, что немаловажно в районах эндемичных по эхинококкозу.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ

О.К. Кулакеев, Т.К. Кадырбаев, Б.А. Абдурахманов
г. Шымкент

Первично-множественный эхинококкоз легких и его сочетанное поражение с печенью относится к тяжелым формам заболевания, не являются редкостью, частота их колеблется от 4% до 26,7%. Хирургическая

тактика, доступ, последовательность операций зависят от многих причин, представляют сложную задачу и продолжают быть дискуссионными.

Из 824 оперированных больных эхинококкозом легких сочетанное поражение легкого и печени имело место у 130 больных (15,8%). У 19 из них было одновременно двустороннее и сочетанное поражение. Следует отметить, что наряду с поражением легкого и печени у больных было одновременное поражение также плевры, диафрагмы, средостения, перикарда, забрюшинного пространства: диафрагмы, перикарда (1), диафрагмы (1), плевры и диафрагмы (1), забрюшинного пространства (1), плевры, средостения (1), брюшная полость, забрюшинное пространство (1), желчно-бронхиальный свищ (3), плевры (1). У 27 больных были множественные кисты в легких (12) и печени (15).

При эхинококкозе правого легкого и диафрагмальной поверхности правой доли печени (VII и VIII сегменты) мы проводим одноэтапную, одномоментную эхинококкэктомию легкого и печени чресплевральным доступом с диафрагмотомией. Таким путем оперировано 34 больных (поражение нижней доли было у 26 больных, средней доли — 5, верхней доли — 3). У 2 больных при этом также удалены кисты из перикарда, диафрагмы, плевры, у 3 — произведено разъединение желчно-бронхиального свища, а у 3 — в последующем сделаны лапаротомии и удалены оставшиеся в других отделах печени эхинококковые кисты (при множественном поражении печени). Операцию завершали проведением пластики диафрагмы, дренированием поддиафрагмальной и плевральной полости (при необходимости и полости кист). Преимущество этой операции заключается в одноэтапности, радикальности и эффективности.

Необходимость в проведении одноэтапной, последовательной операции сначала на правом (13) или левом (6) легком, а затем на печени (нижние сегменты, левая доля) путем лапаротомии возникла у 19 больных (при хорошем общем состоянии, при отсутствии осложнений при внутригрудном этапе операции).

Остальные больные с сочетанным поражением легкого и печени оперированы в 2-3 этапа с интервалом в 16 дней-1,5 мес. Произведено всего 253 операции: эхинококкэктомию легкого по Боброву-Спасокукоцкому — 56, капитонаж вертикальными полукисетными швами — 52, лобэктомия — 15, по А.А. Вишневскому — 8, по Дельбе — 6, комбинированным методом — 6, экономные резекции — 3, по Аскерханову — 2, повторная операция (лобэктомия) — 1, закрытая эхинококкэктомию печени — 52, полужакртытая эхинококкэктомию печени — 45, резекция левой доли печени — 4, спленэктомия — 3.

Послеоперационные осложнения развились у 21 больного (16,2%): ателектаз легкого-1, реактивный плеврит -3, нагноение раны-5, эмпиема плевры -4, бронхиальный свищ -5, свернувшийся гемоторакс-1, желчный свищ -1, остаточная полость печени -1. Умерло 4 больных (3,1%).

Сочетанный эхинококкоз легкого и печени в ре-

гионе Южного Казахстана является тяжелым и довольно распространенным заболеванием. Лечение данной категории больных предоставляет тактические и технические сложности. Хирургическая тактика индивидуального подхода, сочетание методов одноэтапно-одномоментного (удаление паразитарных кист легкого и печени одним доступом), одноэтапно-последовательного (переход от торакотомии сразу на лапаротомию) и поэтапного излечения (расчленение внутригрудного и внутрибрюшного этапов операции) данной сложной категории больных является оправданной, надежной и эффективной в настоящее время.

РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

О.К. Кулакеев, А.Е. Есенгельдиев, Б.А. Абдурахманов
г.Шымкент

В эндемичных регионах по эхинококкозу, где вероятность повторного заражения и оперативного вмешательства в последующем остается высокой, предпочтение отдается органосберегающим операциям.

Однако у определенной части больных (15-20%) с грубыми необратимыми морфологическими изменениями в легких показана резекция легких. Это обусловлено поступлением, в последние годы, значительного количества больных с осложненными формами (40-50%) и кистами больших, гигантских размеров (35- 40%) (экономические трудности переходного периода, отсутствие профилактических флюорографий, ослабление ветеринарного надзора и т.д.).

Резекции легких, на наш взгляд, показаны: при малых кистах, расположенных у острого края легкого; при неосложненных гигантских кистах, когда отсутствует функционирующая легочная ткань вокруг кисты в пределах доли, двух долей; при нагноившихся кистах (одиночных или множественных) с выраженными гнойно-воспалительными изменениями и фиброзом окружающей легочной ткани в пределах сегмента, доли, долей или всего легкого.

При недостаточном опыте оперирующего хирурга, когда есть вероятность ошибочного принятия сдавленных, но вполне здоровых участков легкого за грубые морфологические изменения, во избежание этого рекомендуем перед резекцией ещё раз убедиться в необратимости процесса: после опорожнения кисты, ушивания бронхиального свища произвести попытку интраоперационного раздувания оставшейся части легочной ткани и только после этого принять окончательное решение. С приобретением опыта во избежание инфицирования плевральной полости можно этот вопрос решить без предварительного опорожнения кисты.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 824 больных эхинококкозом легкого за последние 25 лет (1976-2000гг), которым выполнено 994 оперативных вмешательств. У 120 больных (14,6%) произведены различные резекции легкого и их комбинации (8) с органосохраняющими операциями (при множественном поражении), в том числе — 6 одномоментных, одноэтапных операций на правом легком и диафрагмальной поверхности печени (при сочетанном

поражении).

Следует отметить, что 3 больным необходимость в резекции легкого возникла при повторной операции от возникших осложнений (эмпиема плевры, бронхиальный свищ) после первичной органосохраняющей операции, а у 2 — по поводу рецидивного эхинококкоза.

Осложненный эхинококкоз отмечен у 86 больных (71,7%) и неосложненный — у 34 (28,3%). Возраст больных колебался от 4 до 66 лет. Мужчин было 66, женщин — 54. Дети до 14 лет составили 48 (40,0%).

Виды операций: экономные резекции в виде клиновидных, краевых резекций выполнены у 26 больных (у 10 — путем прецезионной резекции), лобэктомия — у 87, билобэктомия — у 3, пульмонэктомия — 4 больных. Послеоперационные осложнения развились у 20 больных (16,6%). Умерло 4 больных (3,3%).

Нами изучены отдаленные результаты у 72 больных в сроки от 6 мес до 15 лет после операции. В группе больных (15) оперированных путем экономной резекции отсутствуют плохие результаты. Они показали у 13 больных хороший результат, а у 2 — удовлетворительный.

После лоб-, билобэктомии (55) хорошие результаты выявлены у 41 больного (74,5%), удовлетворительные — у 10 (18,2%), плохие — у 4 (7,3%). После пульмонэктомии у 2 больных получены плохие результаты (выход на инвалидность). Частота плохих результатов, в меньшей степени удовлетворительных результатов, коррелируется со следующими признаками: длительный анамнез, осложненные формы эхинококкоза, большие и гигантские кисты, недифференцированный выбор операции, большой объем резекции вследствие необратимых изменений легкого и т.д.

Из этого следует, что одним из путей улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза легкого является ранняя диагностика и оперативное вмешательство до развития осложнения и прогрессирующего роста кисты.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ.

Ю.Р.Маликов, А.А.Азимов, Э.И.Ашуров
г. Навои

В последние годы заметно увеличилась частота эхинококковой болезни печени. Проведенный нами анализ клинических наблюдений в Навоинском филиале Республиканского Научного Центра Экстренной медицинской помощи за период с 1990 по 2000 годы показал, что частота регистрации данного заболевания с 6% (1990 г.) увеличилась до 26% (2000 г.). Всего за этот период времени наблюдались 82 пациента с эхинококковым поражением печени. Возраст больных колебался от 18 до 62 лет. Мужчин было 52, женщин — 30.

Большинство пациентов (67) обратилось к нам в плановом порядке, остальные (15) поступили по экстренным показаниям, среди них с прорывом эхинококковой кисты 2 и нагноением полости кисты 13. У

всех больных диагноз заболевания был подтвержден результатами ультразвукового исследования.

У 63 больных диагностирован одиночный, у 14 — выявлены две кисты и у остальных 5 — три и более кисты печени. В 19 случаях эхинококковое поражение печени сочеталось с эхинококкозом других органов. У 71 больного локализация кист была в правой доле и у 11 — в левой доле печени.

Все поступившие больные были подвергнуты оперативному вмешательству: 2 из них по экстренным показаниям — это были больные с прорывом эхинококковой кисты в брюшную полость. Операция у этой категории больных заключалась в эхинококкэктомии с тщательной санацией брюшной полости.

Немаловажное значение в выполнении оперативного вмешательства принадлежит адекватному доступу. В зависимости от локализации эхинококковых кист у 46 больных выполнен косой разрез в правом подреберье по Федорову, в остальных случаях применена верхне-срединная лапаротомия. Были выполнены следующие типы операций с учетом форм заболевания; при неосложненном эхинококкозе — закрытая эхинококкэктомия с капитонажем по Дельбе — у 27 больных и полузакрытая эхинококкэктомия с частичным иссечением стенки кисты, капитонажем и дренированием остаточной полости — у 22 больных. При альвеолярном росте эхинококкоза или же при его осложненных формах выполнялась открытая эхинококкэктомия с дренированием полости фиброзной капсулы — у 21 больного. В 17 случаях в связи с обнаружением желчных свищей предварительно производилось их ушивание. В 12 случаях при краевом расположении паразита произведена идеальная эхинококкэктомия. Ложе паразитарных кист поэтапно обрабатывалось растворами перекиси водорода, спирта и иода.

Послеоперационный период осложнился нагноением остаточной полости у 21 больного, наружный желчный свищ образовался у 10 пациентов. Проведенная консервативная терапия во всех случаях оказалась эффективной, летальных исходов не было.

Таким образом, радикальным способом лечения больных с эхинококковым поражением печени остается оперативное вмешательство. Доступ и выбор способа операции зависят от формы заболевания (осложненности кист) и локализации процесса.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

З.И.Муртазаев, И.А.Арзиев, Б.У.Собиров,
З.Б.Курбаниязов, С.Э.Мамараджабов, Э.Т.Паттаев
г. Самарканд

Перспективным направлением в улучшении результатов хирургического лечения эхинококкоза и в частности при локализации ее в легких являются, по нашему мнению, малоинвазивные вмешательства. Цель нашего исследования состояла в изучении возможностей и эффективности эхинококкэктомии из легкого через миниторакотомный доступ посредством эндовидеохирургической технологии и использования высокоэнергетического лазерного излучения на

этапе удаления кист из легкого.

Клинический материал представлен 74 больными эхинококкозом легкого в возрасте от 17 до 61 лет. У 61 пациента имелись одиночные кисты легкого, у 13 – множественные, причем у 8 больных имелось двустороннее поражение легких. Преобладало расположение кист в нижних долях легких (79%). У 8 пациентов заболевание осложнилось прорывом в бронх, у 1 – в плевральную полость, у 6 – отмечено нагноение кист.

В основной группе больных (n=26) эхинококкэктомия из легкого произведена через миниторакотомный доступ в зависимости от локализации кисты в IV-VII межреберьях между задней и передней подмышечными линиями. Мышечный массив раздвигался тупо, пересекались только волокна межреберных мышц. Особенности операции являлись яркое освещение торакоскопом и визуальный контроль за ходом операции со стороны плевральной полости, использование инструментов с длинными браншами в глубине раны. После удаления кисты полость фиброзной капсулы обрабатывали лазерным лучом (инфракрасное излучение АИГ-лазера с длиной волны 1,062 мкм) обеспечивающим коагуляцию мелких бронхиальных фистул и гемостаз. Остаточную полость ушивали капитонажем. Для ликвидации фиброзной полости и ушивания крупных бронхиальных свищей использовали синтетический шовный материал (Викрил, Дексон). Плевральную полость дренировали в III межреберье по передней аксиллярной линии и VII-VIII межреберье по задней аксиллярной линии. Послеоперационные осложнения наблюдались у 4 (15,38%) больных. Их них у 3 – послеоперационная пневмония, у 1 – формирование остаточной полости в легком. Пребывание больных в стационаре составило 7,2 дня.

48 пациентам контрольной группы эхинококкэктомия из легкого произведена обычным способом через широкую торакотомию. Послеоперационные осложнения наблюдались у 14 (29,2%) пациентов (у 9 – пневмония, у 1 – эмпиема плевры, у 4 – нагноение раны). Пребывание больных в стационаре составило 17,9 дня.

Таким образом, проведение эхинококкэктомии из легкого через миниторакотомный доступ позволяет сократить сроки лечения больных и имеет лучший косметический эффект. Использование лазерной технологии на этапе удаления эхинококковой кисты из легкого позволило сократить количество гнойно-воспалительных осложнений после операций почти в 3 раза.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Ф.Н. Назиров, Н.У. Арипова, Э.Э. Назаров,
С.И. Джамалов, М.М. Пулатов
г. Ташкент

Известно, что эхинококкоз – это эндемичное для нашего региона заболевание, и на сегодняшний день единственным методом его радикального лечения является хирургический, т.е. эхинококкэктомия. Одним

из важных моментов, возникающих в ходе эхинококкэктомии из печени, является “борьба с остаточной полостью”, имеющая значение, особенно, при закрытых эхинококкэктомиях. Существуют различные методы ликвидации остаточной полости: капитонаж по Дельбе (на дренажной трубке или без неё), оментопластика большим салъником на сосудистой ножке, дренирование полости с последующим “вакуум-отсосом” и т.д.

Применение рассасывающего шовного материала, т.е. кетгута, при ликвидации остаточной полости, является традиционным. Но, ясно, что кетгут через 3-5 дней начинает метаболизироваться и зашитая под натяжением остаточная полость как бы снова формируется, т.е. расправляется. И отсюда, долговременная реабилитация оперированных больных (нагноение остаточной полости, медленное замещение полости соединительной тканью и др.), т.е. пациенты ходят с дренажной трубкой 3-6 мес, а иногда еще дольше. Естественно, за этот период они не могут считаться полностью трудоспособными. Поэтому, проблема ускорения закрытия остаточной полости печени после эхинококкэктомии является актуальной задачей в хирургии паразитарных заболеваний печени.

Мы хотели бы поделиться своим опытом “борьбы с остаточной полостью”. Под наблюдением было 24 больных с эхинококкозом печени; мужчин-13, женщин-11; возраст колебался от 19 до 54 лет. Из них у 15 больных диагностирована “одиночная” киста, у 9 – “множественные” – 2 и более (в данное сообщение не включены больные с сочетанным эхинококкозом печени, легких и других органов). У 5 больных выполнена “идеальная эхинококкэктомия” (краевое расположение кист – краевая резекция печени). Ясно, что у данного контингента проблема остаточной полости не возникала. У остальных 19 больных выполнена “закрытая эхинококкэктомия” с капитонажем остаточной полости по Дельбе. При больших и труднодоступных кистах (8 больных), а также в случаях нагноившихся кист (4 больных) капитонаж выполняли на дренажной трубке. В 7 случаях капитонаж остаточной полости печени выполняли без дренажной трубки, т.е. полная ликвидация полости.

В отличие от традиционного подхода, для ликвидации остаточной полости, мы в своей практике использовали нерассасывающийся монофиламентный шовный материал “Marilon 2/0” (фирма Catgut GmbH Markneukirchen, Германия).

Динамический контроль проводили каждые 10 дней с помощью УЗИ (Аloka, Япония). У 12 больных (с дренажной трубкой) полное закрытие остаточной полости наблюдалось, в среднем, в течение 2 месяцев. А у 7 больных, которым выполнялась полная ликвидация остаточной полости, клиника “остаточной полости” не наблюдалась (нагноение и др.) и они реабилитировались в течение 1 месяца после операции.

В период наблюдения за этими пациентами до 3 лет осложнений, связанных с эхинококкэктомией из печени не наблюдалось.

Таким образом, применение нерассасывающегося

шовного материала типа “Marilon” в “борьбе с остаточной полостью” приводит к улучшению результатов лечения и сокращает сроки реабилитации больных с эхинококкозом печени.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ.

Ф.Г. Назыров
г.Ташкент.

Отделение хирургии легких и средостения НЦХ им. акад. В. Вахидова МЗ РУз располагает опытом лечения 1974 больных с эхинококкозом легких. Из них у 690 больных отмечался осложненный эхинококкоз легких (прорыв эхинококковой кисты в бронх и, или в плевральную полость, нагноение эхинококковой кисты), у 312 множественный эхинококкоз легких, из них у 97 он был односторонний, у 205 — двусторонний, из 205 больных двусторонним эхинококкозом легких — у 85 был двусторонний одиночный эхинококкоз, у 120 — двусторонний множественный. У 342 пациентов отмечался эхинококкоз легких сочетающийся с эхинококкозом других органов.

1850 больных оперированы, остальным (124) оперативные вмешательства не были произведены по различным причинам.

Практически все выполненные оперативные вмешательства носили органосохраняющий характер: в 1470 случаях выполнен капитонаж по Дельбе, в 373 — по Боброву-Спасокукоцкому, в 45 — произведено ушивание ложа кист по В. Вахидову, в 344 — по А.А. Вишневскому, в 345 — ложе кисты было ликвидировано наложением послойных П-образных швов изнутри и узловых швов на края фиброзной капсулы, в 73 — прецизионная резекция, в 32 — применялся клеевой способ, в 27 случаях — шовно-клеевой способ. У 65 пациентов при размерах кист до 6см, при краевом расположении кист выполнены эхинококкэктомии с использованием видеоторакоскопической техники. В 47 случаях операции носили резекционный характер, большая часть из которых были экономные резекции — 27 случаев, 13 — анатомические резекции, 7 — пульмонэктомии — при диссеминированном поражении всего легкого.

Послеоперационное течение у 1753 больных было гладким, а у 74 — наблюдались осложнения, из них у 39 — острая эмпиема плевры, ликвидирована консервативным путем (в 27 случаях было произведено дренирование плевральной полости, и в 12 — пункции плевральной полости), у 4 больных отмечался свищ культи бронха после резекционных вмешательств, у 3 — был ликвидирован дренированием, санационной терапией, у одного больного произведена реторактомия — ушивание свища. И у 48 отмечалось нагноение послеоперационной раны, которое также было ликвидировано консервативно. В 23 случаях отмечали летальный исход. Легкие в основном расправились на вторые сутки. Практически все больные были выписаны в удовлетворительном состоянии с хорошими клиническими и рентгенологическими результатами. Средний койко-день составил 29.

Таким образом, эхинококкоз легких — тяжелое паразитарное заболевание методом лечения, которого является хирургический. Операциями выбора при эхинококкозе легких являются операции органосохраняющего характера. При небольших размерах кист, маргинальном их расположении операциями выбора являются операции с использованием эндовизуальной техники.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПОДДИАГРАМАЛЬНОЙ И ВНУТРИОРГАННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.

Ф.Г.Назыров, Х.А.Акилов, А.Ш. Асабаев,
С.С.Агзамходжаев, Каримов М.Э.
г. Ташкент

Несмотря на всестороннее изучение проблемы диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени, вопрос его сложных локализаций (поддиафрагмальная, внутриорганный), по сей день представляют значительные трудности, которые заключаются часто в бессимптомном течении, сложности дифференциальной диагностики, технических аспектах оперативного лечения, высокой частоте интра- и послеоперационных осложнений, длительном реабилитационном периоде и т. д.

Оперировано 714 больных, 326(45,6%) из них оперированы повторно или многократно в связи с рецидивом заболевания, у 517 (72,4%) пациентов кисты были одиночные, у 197(27,5%) множественные. Осложненные формы эхинококкоза печени (нагноение, омертвление паразита), выявлены у 78 (10,9 %) пациентов. В 95 случаях выявлены цистобилиарные свищи (13,3%). У 19 (2,6%) больных выявлены признаки портальной гипертензии. В качестве операционного доступа в большинстве случаев использовалась правосторонняя подреберная и верхнесрединная лапаротомия. При этом в последние годы в клинике полностью отказались от более травматичных методов (торакофренолапаротомия, двухподреберная лапаротомия и т. п.).

При эхинококкозе сложной локализации главной проблемой является ликвидация остаточной полости в связи с глубиной залегания, труднодоступностью и малой величиной операционного угла и обзора, что значительно усложняет проведение манипуляций. Это отразилось на характере и структуре оперативных вмешательств. Сам этап кистэктомии представлял определенные сложности ввиду выше указанных причин. При внутривнутрипеченочном расположении кисты на область предполагаемого кистотомического отверстия, ориентируясь по пункционной игле, накладывали глубокие П — образные швы, после чего между ними паренхима рассекалась электроскальпелем с поэтапным гемостазом.

Интраоперационно наблюдались следующие осложнения: — кровотечение из печени у 19(2,6 %) пациентов, повреждения диафрагмы с пневмотораксом у 12 (1,7%) больных, которые были ликвидированы соответствующими мероприятиями.

Отдельную проблему у данной категории больных представляет ликвидация остаточной полости. Завершение оперативных вмешательств ликвидацией остаточной полости методом капитонажа удалось применить лишь у 162 (22,6%) пациентов, вследствие вышеуказанных причин и существующей опасности повреждения печеночных вен. Перикистэктомия с абдоминализацией остаточной полости выполнена у 96 (13,4%) больных, при отсутствии желчных свищей и относительно поверхностном расположении кисты паразита. У 87 (12,1%) больных остаточная полость тампонируется большим сальником при возможности формирования его пряди достаточной длины. Учитывая топографо-анатомическое расположение кист указанной локализации в остальных случаях у 345 (51,6%) пациентов оперативное вмешательство завершено наружным дренированием остаточной полости, когда более радикальные способы были неприемлемы.

Специфичность локализации данных кист повлияли на частоту и вид послеоперационных осложнений. Из них нагноение остаточной полости вследствие неадекватности или длительных сроков дренирования — у 67 (9,3%) больных; образование стойкого наружного желчного свища — у 32 (4,4%) больных; экссудативный правосторонний плеврит в 79 (11,1%) случаях; поддиафрагмальный абсцесс в 17 (2,4 %) случаях. Летальность составила 1,9 %.

Таким образом, диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза печени сложной локализации имеет отличительные особенности, которые необходимо учитывать при выборе тактики оперативного лечения. При данной локализации эхинококкоза наблюдается относительно большее число ранних и поздних осложнений, число которых можно снизить при оптимальном выборе диагностического комплекса и метода оперативного лечения.

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НА ПОЧВЕ ЭХИНОКОККОЗА И ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В.,
Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М.
г.Ташкент

Эхинококковая болезнь является одной из актуальных проблем современной хирургии Узбекистана в связи с эндемичностью нашего региона в отношении этого протозойного заболевания. Оперативное пособие является единственным методом лечения больного, особенно при осложненных формах эхинококкоза. Одним из самых серьезных осложнений эхинококкоза печени и брюшной полости является формирование портальной гипертензии.

В отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны НЦХ МЗ РУз с 1992 по 2001 гг. произведено 517 операций по поводу различных форм эхинококковой болезни органов брюшной полости. У 21 больного (4,1%) эхинококкоз явился причиной портальной гипертензии, обусловленной сдавлением растущими кистами вен портальной систе-

мы. Признаки портальной гипертензии выявлены клинически и сонографически при предоперационном обследовании больных. Так, спленомегалия обнаружена у 17 больных, асцит — у 10. При наличии данных признаков портальной гипертензии в обязательном порядке производили ЭГДФС, при которой варикозное расширение вен пищевода выявлено у 4 больных.

У 9 больных кисты локализовались в 7-8 сегментах вызывая сдавление печеночных вен с формированием надпеченочной формы портальной гипертензии. Размеры кист, вызвавших портальную гипертензию, варьировали от 6,5 до 15,3 см. Средний размер кист составил 9,8 см., что значительно превысило средний размер кист в общей группе больных. Такая локализация эхинококковой кисты с формированием портальной гипертензии во всех 9 случаях осложнилась появлением асцита. Причем, только у 3 больных асцит определялся клинически. У остальных больных он выявлен при сонографическом обследовании. В 5 случаях асцит у этих больных сочетался с умеренной спленомегалией и только у 1 больного обнаружены варикозно расширенные вены нижней трети пищевода 1 степени. У 6 больных в качестве лапаротомного доступа использован косо-подреберный и у 3 — верхнесрединная лапаротомия.

Следует учесть что, ликвидация остаточной полости этой локализации с развернутой клиникой портальной гипертензии методом ушивания представляет серьезный риск из-за высокой вероятности повреждения или деформации печеночных вен с прогрессированием блока портального кровообращения в послеоперационном периоде. Поэтому в наших наблюдениях мы сочли целесообразным ликвидировать остаточную полость методом абдоминализации у 4 и ограничиться наружным дренированием остаточной полости — у 5 больных.

У 7 больных портальная гипертензия была вызвана эхинококковыми кистами, расположенными в воротах печени. Размеры кист в этой группе больных варьировали от 6,0 до 12,5 см и в среднем составили 8,4 см. Из 7 больных этой группы спленомегалия выявлена у 7, варикозное расширение вен пищевода 1-2-ой степени у 3 и асцит — у 1 больного. Оперативное лечение во всех случаях заключалось в эхинококкэктомии и дренировании остаточной полости.

У 5 больных портальная гипертензия была обусловлена эхинококковыми кистами, локализованными в воротах селезенки. Во всех случаях эхинококкоз селезенки сочетался с эхинококковым поражением печени. Портальная гипертензия у этой группы больных имела сегментарный характер и проявлялась в виде спленомегалии. В 3 случаях имелись также явления гиперспленизма 1 степени. Размеры кист варьировали от 5,2 до 8,8 см. и в среднем составили 6,6 см. Оперативное вмешательство у 4 больных включало эхинококкэктомию из печени и удаление пораженной селезенки вместе с кистой. В 1 случае произведена эхинококкэктомия из ворот селезенки с сохранением органа.

В послеоперационном периоде признаки порталь-

ной гипертензии купированы у всех больных. Осложнения в этом периоде отмечались у 4 больных: в 3 случаях – нагноение послеоперационной раны и у 1 больной – гипостатическая пневмония. Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, при эхинококкозе печени, вызвавшем портальную гипертензию, целесообразна ликвидация остаточной полости методом абдоминализации или же простое наружное дренирование. Ликвидация остаточной полости методом ее ушивания из-за высокого риска повреждения структур ворот печени или печеночных вен в этой группе больных не показана. При эхинококкозе ворот селезенки возможна спленэктомия с эхинококковой кистой. Операцией выбора при эхинококкозе этой локализации может быть эхинококкэктомия с сохранением селезенки.

РАНЕВОЕ ПОКРЫТИЕ “ТАХОКОМБ” В ОБРАБОТКЕ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ.

Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов,
А.В. Девятов, У.Б. Ахмедов
г. Ташкент

Широкая распространенность эхинококкоза в нашем регионе, постоянный и повсеместный рост частоты тяжелых, запущенных осложненных форм заболевания, летальность и рецидивы болезни при традиционных методах его лечения требуют дальнейших исследований, направленных на совершенствование методов хирургического лечения. Наиболее часто эхинококкозом поражается печень. Одним из остро актуальных вопросов хирургического лечения этого заболевания печеночной локализации является форма обработки остаточной полости после удаления эхинококкового паразита. Наиболее радикальный метод экстирпация кисты, или цистэктомия, заключающаяся в удалении эхинококковой кисты вместе с фиброзной оболочкой, которая по мнению ряда авторов является носителем зародышевого слоя паразита. Однако, попытки удаления фиброзной капсулы, окружающей герменативную оболочку эхинококковой кисты в местах тесного контакта с печеночной паренхимой крайне травматичны, т.к. приводят к значительным паренхиматозным кровотечениям. Именно это явилось сдерживающим фактором, остановившим распространение этого метода в современной хирургии.

В этом разрезе нам представляется крайне интересным собственный опыт использования раневого покрытия “ТахоКомб” (ТК) в случаях эхинококкэктомии с повреждениями печени, с частичным или полным удалением фиброзной капсулы и аппликацией на паренхиму печени раневого покрытия ТК. ТК представляет собой пластину коллагена, покрытую компонентами фибринового клея (тромбин, фибриноген, апротинин). По сравнению с другими аналогичными гемостатическими средствами ТК обладает рядом преимуществ: возможность немедленного применения, простота в использовании, хорошая эластичность, низкая иммуногенность, отсутствие побочных

явлений.

Мы располагаем результатами анализа 8 случаев использования раневого покрытия ТК при эхинококкэктомии из печени. Гемостаз был достигнут во всех наблюдениях. Однако в половине наблюдений были использованы другие способы гемостаза, и лишь в четырех случаях абсолютный гемостаз был достигнут исключительно благодаря раневому покрытию ТК. В одном из этих четырех наблюдений было предварительное использование наложения П-образных швов для уменьшения размеров площади поврежденной поверхности печени с размеров 80 X 50 до 40 x 50 см, что строго соответствовало размеру использованной пластины ТК. П-образные швы, уменьшающие размер кровоточащей поверхности, были также использованы у двух больных в группе с дополнительными способами гемостаза. Дополнительным способом гемостаза во всех наблюдениях было использование электрокоагуляции: у трех больных до наложения пластин, у одного – после наложения пластины по ее периферии, полностью не прикрывшей раневой поверхности печени. Следует учесть, что наложение П-образных швов также имело вспомогательный гемостатический эффект, который нельзя не учитывать при комплексных гемостатических мероприятиях.

Таким образом, “ТК” является перспективным и физиологическим средством биологического гемостаза при плоскостных повреждениях печени, нередко сопровождающих операцию эхинококкэктомии, значительно расширяет технические возможности гемостаза, улучшает результаты оперативного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов,
Ш.Т. Уроков, А.В. Девятов
г. Ташкент

В Научном центре хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз. с 1989 по 2000 гг. находилось на лечении 36 больных циррозом печени (ЦП) с портальной гипертензией (ПГ) в сочетании с эхинококкозом печени (ЭП).

Из 36 больного, поступившего в клинику НЦХ им. акад. В.Вахидова, 32 проведено оперативное вмешательство. У 4 больных от оперативного лечения воздержались в связи с тяжелым течением цирроза печени (асцит, активация ЦП), а также в связи с небольшими размерами (не более 4 см) неосложненной эхинококковой кисты.

Из 32 оперированных больных, 10 операций были симультанными, направленными на ликвидацию эхинококковой кисты и коррекцию гепатопетального кровотока. Основными были сочетания следующих комбинаций: в 3 случаях – эхинококкэктомия со спленэктомией, в 5 – эхинококкэктомия+оментогепатопексия+десимпатизация собственной печеночной артерии, и в 2 – эхинококкэктомии+дистальный спленоренальный анастомоз.

В 11 случаях больным с циррозом печени проводились операции по удалению эхинококка печени на фоне латентно-текущего процесса. По данным клинико-биохимических исследований, в послеоперационном периоде у 6 больных с гигантской эхинококковой кистой отмечались признаки снижения портального давления, которые фиксировались ультразвуковой доплерографией сосудов портальной системы.

В 2-х случаях при ЦП и осложненном эхинококкозе печени после операции эхинококкэктомии наблюдался выраженный асцит. В одном наблюдении развился асцит-перитонит с летальным исходом.

Результаты проведенных исследований у больных с циррозом печени и сопутствующими заболеваниями, основным из которых явился в данных случаях — эхинококкоз печени приводит к перерождению ткани печени, которое сопровождается патологической кровоточивостью и медленным заживлением остаточной полости. Кроме того, у больных с ЦП активизируется цирротический процесс, выражающийся в изменениях белково-ферментной фракции печени (3), появлении асцита (10). С целью профилактики накопления асцитической жидкости во всех случаях оперативного вмешательства дренирован малый таз. Активация цирротического процесса привела к одному летальному исходу (2,5%).

Для активной профилактики обострений цирроза печени в послеоперационном периоде после эхинококкэктомии, мы предлагаем:

1. Проведение целенаправленного клинического обследования для выявления уровня активности ЦП.

При выявлении активности, даже I степени, необходима тщательная предоперационная подготовка, включающая введение гепатотропных препаратов (рибоксин 2% - 10 мл в/в, урсофальк по 1 капсуле 3 р. в день, дуфалак по 20 мл 2 р. и др.), дезинтоксикационную терапию (гемодез по 400 мл в/в, глюкоза 5-10% - по 500 мл.), а также следует продолжать такую же терапию в раннем послеоперационном периоде.

2. Операцию следует проводить на фоне латентно-текущего цирротического процесса и для профилактики асцита в брюшной полости при всех операциях необходимо оставлять дренажные трубки.

ПРОБЛЕМА ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ.

Ф.Г.Назыров, А.В.Девятов,
А.А.Мансуров, У.М.Махмудов
г.Ташкент

Эффективным путем излечения больного эхинококкозом печени на современном этапе развития медицины является хирургическое вмешательство. Объем и характер оперативного вмешательства при эхинококкозе печени зависит от локализации паразита, формы осложнений и общего состояния больного.

Наиболее серьезными вопросами, с которыми сталкивается хирург во время подготовки и выполнения операции по поводу эхинококкоза печени, являются

— точная топическая диагностика локализации кисты, диагностика видов осложнения, определение адекватного доступа, обеззараживание и ликвидация остаточной полости. Возможности современной хирургической техники значительно расширили варианты возможной обработки остаточной полости с целью ее радикальной ликвидации, что существенным образом влияет на течение послеоперационного периода и конечный результат оперативного лечения.

В отделении хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны НЦХ МЗ РУз с 1992 г. выполнено 517 операций по поводу различных форм эхинококковой болезни печени. Возраст больных колебался от 6 до 73 лет. Среди заболевших отмечен рост количества городских жителей, который составил 30 %.

В диагностике локализации эхинококковой кисты ведущее место отводилось ультразвуковому сканированию. В случаях множественных кист считали показанной компьютерную томографию, результаты которой оказали существенную помощь во время интраоперационного поиска труднодоступных кист.

Изолированный эхинококкоз правой доли печени диагностирован - у 42%, левой доли - у 21%, первично множественный эхинококкоз печени - у 14,5%, рецидивный - у 13,5%, резидуальный - у 3,1%, распространенный эхинококкоз печени и органов брюшной полости у 7,9 % больных.

В подавляющем числе наблюдений использовано два типа хирургических доступа — верхнесрединная лапаротомия - в 70% и косой правосторонний подреберный разрез — в 26 % наблюдений. Косой доступ, как правило, был использован у больных с локализацией кист в 7-8 сегментах печени. Значительно реже при больших размерах эхинококковой кисты подобной локализации и при развернутом реберном угле эффективно использован верхнесрединный доступ. В 4% наблюдений при распространенном эхинококкозе брюшной полости использовали тотальную срединную лапаротомию.

Резекция печени вместе с эхинококковой кистой произведена у 24 (4,6%) больных. У остальных 493 больных произведены следующие виды обработки остаточных полостей: полное ушивание полости без дренажа у 90 (17,5%), ушивание полости на дренаже у 280 (54,1%), абдоминализация остаточной полости у 62 (12,0%) больных. Лишь у 61 (11,8%) больного в связи с гнойными осложнениями эхинококкоза печени или особенностями локализации полости паразита произведено только наружное дренирование остаточной полости. У 33 (6,3%) больных эхинококкэктомия сопровождалась вынужденной холецистэктомией из-за наличия общей стенки с остаточной полостью. Сочетание эхинококкоза печени с эхинококкозом селезенки наблюдали у 24 больных, при этом у 15 (3%) выполнена спленэктомия, а у 9 (1,7%) произведена эхинококкэктомия из селезенки с сохранением органа. Таким образом, используя современные возможности хирургической техники, можно достичь радикальной ликвидации остаточной полости почти у 90% больных эхинококкозом печени.

**МЕТОДЫ ЛИКВИДАЦИИ НАГНОИВШИХСЯ
ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ВМЕША-
ТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ЭХИНОКОККОЗА
ПЕЧЕНИ**

Ф.Г. Назыров, Ф.А.Ильхамов, Б.С. Рахимов,
М.М. Акбаров, Ф.У. Музаффаров
г.Ташкент

Наше сообщение основано на результатах лечения 62 больных с нагноившимися остаточными полостями в печени (НОПП) после эхинококкэктомии. Причинами образования НОПП явились: раннее удаление дренажных трубок из остаточной полости гидатиды (33) и выпадение дренажей по неосторожности самих пациентов (29). Наличие, локализация, размеры, объем и характер содержимого НОПП, расстояние от кожи и оптимальное направление для пункции устанавливалось во время ультразвукового исследования.

Чрескожная пункция НОПП выполнялась под местной анестезией длинной тонкой иглой в момент задержки дыхания в сидячем или лежащем положении больного. После получения гноя игла удалялась, в том-же направлении вводился троакар с предварительно надетой на него мультиперфорированной дренажной трубкой. По достижении гнойной полости троакар удалялся, дренаж фиксировался к коже и подключался к активному отсосу. Полость промывалась теплым 1:5000 раствором фурацилина с добавлением протеолитических ферментов. Программа лазерного воздействия начиналась с первых суток. В течении первой недели использовался азотный лазер ультрафиолетового диапазона, обладающий выраженным бактерицидным эффектом. Лазерный световод проводился через дренаж, облучение стенок полости осуществлялось методом равномерного сканирования с постоянным перемещением конца световода. Начиная со второй недели чрездренажное облучение продолжалось с применением гелий-неонового лазера, обладающего противовоспалительным эффектом и свойством выраженной стимуляции репаративных процессов. Ежедневное чрездренажное облучение стенок НОПП проводили параллельно с чрескожным облучением самой печени арсенид-галлиевым лазером, улучшающим репаративные процессы в тканях стимулируя микроциркуляторное кровообращение. Регулярный контроль за динамикой размеров, объема, характера содержимого НОПП осуществляли методом УЗИ и фистулографии.

Дренажную трубку удаляли после прекращения отделяемого и полной ликвидации НОПП. Средний срок нахождения дренажа в полости составил $19 \pm 4,0$ суток. Летальных исходов, а также осложнений, связанных с применением данного метода, мы не отмечали. Метод оказался неэффективным у 1 больного с неудаленными во время операции кальцинированными фрагментами хитиновой оболочки гидатиды. Он оперирован, произведено вскрытие, санация, дренирование НОПП.

Таким образом, комбинированное использование малотравматичных чрескожных вмешательств и низкоинтенсивной лазерной терапии может улучшить

результаты лечения больных НОПП после эхинококкэктомии.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА
ЧЕЛОВЕКА.**

Ф.Н. Нишанов, Ш.А. Таджикибаев,
Б.Ж. Рахманов, А.У. Номонбеков.
г.Андижан

Эхинококкоз, являясь тяжелым паразитарным заболеванием человека, продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой во многих странах мира в том числе и в Узбекистане.

В последнее время отмечается тенденция к распространению эхинококкоза не только среди людей занимающихся животноводством, но и среди городского населения, что связано с низким уровнем диспансеризации населения, нерешенными санитарно-эпидемиологическими проблемами.

Самой частой локализацией паразита является печень — от 50 до 80%, и несколько реже поражаются легкие — от 6 до 40%, эхинококкоз других органов грудной и брюшной полости относится к редким локализациям на долю которых приходится до 25% патологии (А.З. Вафин, 1993; E. Vajda, 1998).

На базе кафедры хирургических болезней 6-7 курса АндГосМИ за последние 10 лет по поводу эхинококковой болезни человека находились на стационарном лечении 386 пациентов. Из них женщины составили 245 (63,5%), а мужчины — 141 (36,5%) больной в возрасте от 19 до 64 лет. При этом если в начале 90-х годов по поводу эхинококкоза различной локализации оперировалось 16-19 больных в год, то в 2000 году оперировано 85 пациентов.

Для диагностики применяли стандартное УЗИ, по показаниям рентгенографию грудной клетки и/или компьютерную томографию.

Самой частой локализацией паразита явилась печень — 359 больных, что составило 93,1%. Эхинококкоз легких диагностирован у 16 (4,1%) больных, поражение селезенки — у 11 (2,8%).

Локализация паразита в печени была такова: правосторонняя локализация была у 240 (66,9%) больных, левосторонняя — у 73 (20,3%) и поражение обеих долей — у 46 (12,8%). В ряде случаев наблюдалось сочетанное поражение органов: печень и легкое — у 7 (1,9%), печень и селезенка — у 5 (1,4%), множественное поражение органов брюшной полости — у 2 (0,6%) больных и в одном случае диагностировано поражение печени и сердечной сумки.

Осложненный эхинококкоз печени диагностирован у 79 (22,0%) больных. Из них нагноение кисты — у 38 больных, обызвествление кисты — у 21, механическая желтуха в результате сдавления желчных путей — у 17 и перфорация эхинококковой кисты в свободную брюшную полость у 3 пациентов.

В клинике применялись все известные на сегодняшний день методики хирургических вмешательств. При этом выбор метода хирургического лечения зависел от локализации кисты, её размера, числа кист, характера осложнений. При выборе метода ликвида-

ции остаточной полости после эхинококкэктомии отдавали предпочтение способу инвагинации фиброзной капсулы.

Всем больным в послеоперационном периоде проводился УЗИ-контроль зоны интереса. Летальный исход наступил у 4 (1,1%) больных, послеоперационные осложнения диагностированы у 26 (7,2%) пациентов.

МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

Ф.Н. Нишанов, Ш.А. Таджибаев,
Б.Ж. Рахманов, М.С. Юлдашев.
г.Андижан

Одним из нерешенных вопросов хирургического лечения эхинококковой болезни человека является выбор оптимального, но вместе с тем малотравматичного оперативного доступа при эхинококкэктомии печени.

Нами для доступа к органам гепатодуоденальной зоны применяется методика “косой” минилапаротомии. Методика: под комбинированным эндотрахеальным наркозом производится разрез длиной до 8-10 см параллельно к реберной дуге и на 4 см ниже последней. Разрез начинаем на 4-5 см правее средней линии живота. Рассекаем кожу, подкожную клетчатку, частично (до 2 см) передний листок влагалища прямой мышцы живота. Затем боковые мышцы живота по ходу мышечных волокон острым и тупым путём расслаиваем и вскрываем брюшную полость. Прямая мышца живота отодвигается медиально с помощью крючка Фарабефа и рассекается задний листок влагалища прямых мышц живота (до 2-3 см) вместе с брюшиной. Кожу и брюшину подшиваем к салфеткам. В верхний край раны устанавливаем ранорасширитель Segal (при отсутствии последнего край раны можно приподнять абдоминальным крючком).

Большой сальник и петли кишечника отодвигаем вниз и с помощью больших салфеток и сменных печеночных зеркал вокруг пораженного отдела печени формируем свободное пространство. Во всех случаях пунктируем кисту и полностью аспирируем содержимое. Вскрываем фиброзную капсулу и удаляем хитиновую оболочку паразита. После выполнения основного этапа операции в необходимом объеме для каждого конкретного случая обязательно дренируем подпеченочное пространство. Ушиваем поперечную мышцу, брюшину и задний листок влагалища прямой мышцы живота. Прямую мышцу живота укладываем на своё место. Внутреннюю косую мышцу живота ушиваем 3-4 кетгутовыми швами. Наружную косую мышцу живота, апоневроз и переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота ушиваем узловыми шелковыми швами.

Описанной методикой оперировано 54 пациента. Мужчины составили 38 (70,4%) больных, женщины – 16 (29,6%). Возраст больных колебался от 19 до 64 лет. Всем больным в качестве оперативного доступа была применена методика “косой” минилапаротомии.

Необходимо отметить, что методика “косой” минилапаротомии наиболее эффективна при локализации кист в IV, V и VI сегментах печени. При этом одиночная киста или множественная не имеет значения.

Во всех 54 случаях больные рано активизировались и на 2 сутки способны были вставать и самостоятельно себя обслуживать. Осложнения со стороны раны в виде её нагноения или развития инфильтрата мы не наблюдали.

Таким образом, эхинококкэктомия печени из минилапаротомного доступа обеспечивает достаточный обзор для проведения основного этапа вмешательства. Вместе с тем минимальная травматизация тканей передней брюшной стенки отличается менее выраженным болевым синдромом и сокращает сроки послеоперационной реабилитации больных.

ВОЗМОЖНОСТИ ПУНКЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.

Ф.Н. Нишанов, Ш.А. Таджибаев,
Б.Ж. Рахманов, М.С. Юлдашев.
г.Андижан

Эхинококкоз печени является широко распространенным паразитарным заболеванием. Прогрессирующее увеличение случаев заболеваемости, наличие различных осложнений и неудовлетворительные результаты оперативного лечения обуславливают высокую актуальность данной проблемы.

Краеугольным камнем хирургического лечения является ликвидация остаточной полости после эхинококкэктомии. Несмотря на всестороннее, детальное изучение данного вопроса, наличия множества методов и способов ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии данное осложнение все ещё встречается у 4,3-11,7% оперированных больных (Грубник В.В. с соавт. 2000).

Целью данного сообщения является изучение возможностей пункционных методов лечения остаточных полостей после эхинококкэктомии печени.

На базе кафедры хирургических болезней 6-7 курса АндГосМИ по поводу эхинококкоза печени оперировано 359 пациентов. Женщины составили 217 (60,4%) больных, мужчины – 142 (39,6). Возраст больных от 17 до 67 лет.

Из 359 больных оперированных по поводу эхинококкоза печени у 18 (5,01%) пациентов в различные сроки после операции во время проведения УЗИ выявлены жидкостные образования остаточной полости. Размеры образования колебались от 2,0 до 5,0 см в диаметре.

Для проведения пункционных вмешательств под контролем УЗИ использовалась эхокамера “Алока”, при дренировании применялась методика Сельдингера. Анестезия во всех случаях была местной, после премедикации ненаркотическими анальгетиками. Показаниями к пункционному лечению служили признаки интоксикации, гипертермия, болевой синдром и наличие жидкостного образования более 20 мм в ди-

аметре.

В зависимости от локализации остаточной полости под контролем УЗИ выбиралась точка для пункции, располагающаяся наиболее близко к брюшной стенке и вне зоны сосудисто-секреторных образований. У 5 пациентов при пункции получена серозно-геморрагическая жидкость и в этих случаях для выздоровления потребовалась однократная пункция. У остальных 13 — получена инфицированная жидкость, что явилось показанием для дренирования. При дренировании устанавливалась промывная система. Полость промывали растворами антисептиков с введением антибиотиков широкого спектра действия. После проведения пункции остаточной полости у пациентов отмечали нормализацию температуры, снижение лейкоцитоза, улучшение общего состояния пациентов на 2-6 сутки.

Осложнений при выполнении пункции остаточной полости и её дренировании не отмечено. Эффективность выполненных манипуляций под контролем УЗИ составила 94,4%. У одного больного отмечалось длительное выделение инфицированного отделяемого по дренажу и сохранялись признаки интоксикации.

Таким образом, пункционные методы лечения остаточных полостей после эхинококкэктомии печени высокоэффективны и позволяют избежать повторных релапаротомий.

К ВЫБОРУ МЕТОДА ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Х.Т. Нишанов, К.Х. Хотамов, А.Р. Яриев
г.Сырдарья

В настоящей работе приводится анализ результатов хирургического лечения 186 больных эхинококкозом печени в возрасте от 17 до 75 лет. Больные поступили в стадии клинических проявлений и осложнений, причем давность заболевания колебалась от 1 до 12 лет. Локализация кист чаще была в правой доле (66.8%), реже в левой доле (16.2%) и поражение обеих долей печени отмечено у 17%. Чаще наблюдались большие (40.7%) и средние кисты (32.5%), реже малые (26.8%). Осложненный эхинококкоз был диагностирован у 88 больных, из них у 49 отмечено нагноение кисты, прорыв в желчные протоки с клиникой механической желтухи у 7 пациентов, прорыв в желчные протоки без желтухи у 30 больных, прорыв в плевральную и брюшную полость у 2 больных.

Выбор метода оперативного вмешательства при эхинококкозе печени определялся локализацией, стадией развития и распространенностью патологического процесса, а также тяжестью состояния.

Открытая эхинококкэктомия выполнена 7 больными. У 5 больных отмечено нагноение остаточной полости, у 2 формирование наружного желчного свища. Данный способ эхинококкэктомии является порочным методом, который наиболее часто приводит к

развитию различных осложнений.

При гигантских размерах кисты, осложненным нагноением и желчными свищами, выполняем полузакрытую эхинококкэктомию, которая выполнена 28 больным.

При отсутствии признаков нагноения эхинококковой кисты, методом выбора является закрытая эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной фиброзной полости различными вариантами капитонажа. Подобная операция нами выполнена у 138 больных. В послеоперационном периоде у 3 развилось нагноение остаточной полости, у 1 поддиафрагмальный абсцесс и у 2 реактивный плеврит.

При обызвествлении эхинококковой кисты, небольших ее размерах и экстраорганным ее расположением методом выбора считаем идеальную эхинококкэктомию, т.е. перицистэктомию. Удаление кисты вместе с фиброзной капсулой выполнено у 10 больных. В том числе при краевом расположении кисты у 4 больных выполнена резекция печени.

Больным с прорывом эхинококковой кисты печени в плевральную полость, выполняется двухэтапное лечение. На первом этапе производится тщательная санация плевральной полости и вторым этапом выполняется эхинококкэктомия из печени. Аналогичный подход в лечении эхинококкоза печени нами применен у 6 больных.

С внедрением в клиническую практику эндовизуальной техники при небольших (до 10 см), одиночных гидатидозных кистах в 3 случаях выполнена лапароскопическая кистэктомия.

Таким образом, при гидатидозном эхинококкозе печени выбор вида операции зависит от локализации, распространенности и стадии развития патологического процесса, а также оснащенности клиники современными оборудованием.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЕЧЕНИ

Х.Т. Нишанов, А.Р. Яриев, У. Исонтурдиев
г.Сырдарья

Лапароскопические операции в последние годы стали широко внедряться в хирургию печени и желчных путей. Однако при паразитарных и непаразитарных кистах опыт их применения ограничен, нет единого подхода к тактике и технике выполнения лапароскопических кистэктомий.

Мы располагаем первым опытом лапароскопического хирургического лечения эхинококковых (3-х больных) и непаразитарных (6 больных) кист печени. Еще у двух больных с эхинококкозом печени операция начата лапароскопически, однако из-за технической сложности и труднодоступной локализации кисты (диафрагмальная поверхность) пришлось перейти к открытому вмешательству.

Для кистэктомий выбирались те пациенты, у которых кисты имели краевую или поверхностную локализацию в зоне III, IV, V, VI сегментов, доступные

для осмотра и манипуляций эндоскопическими инструментами. Размер кист составил от 3 до 5 см. Больных с кистами больших размеров на первом этапе мы на лапароскопические вмешательства не брали из-за опасения попадания содержимого в брюшную полость во время операции и сложностей по обработке остаточной полости.

Из 6 больных с непаразитарными кистами у 4 кисты были солитарными, у 2 имелся поликистоз печени с количеством кист от 3 до 5. У больных с эхинококкозом во всех случаях были одиночные неосложненные кисты.

У всех больных с кистами печени независимо от их характера, в начале операции после ревизии и обнаружения кисты проводилась пункция с подключением иглы к активной аспирации. В зоне пункции обязательно устанавливали марлевый шарик, смоченный в 30% глицерине.

После пункции в банке аспиратора проверялось содержимое кист. При наличии обычного транссудата из непаразитарных кист проводилось широкое иссечение краев кисты электрокоагулятором. Далее проводилась обработка оставшейся поверхности кисты электрокоагуляционной лопаточкой, т.е. применялась техника абдоминализации кист. У больных с поликистозом все кисты располагались рядом, в одной зоне. После обработки 1-й кисты электрокоагулятором проводилась фенестрация остальных кист. У одного больного удалось обработать все 3 кисты, у второго больного из 5 кист фенестрировано и обработано 4, 1 маленькая киста не обнаружена.

При наличии эхинококковых кист после пункции и удаления содержимого (по возможности) в полость кисты через ту же иглу вводили соответствующее количество 30% глицерина с экспозицией на 10 минут после чего его отсасывали. Ни в одном случае попадание содержимого кист в брюшную полость не отмечено.

После отсасывания глицерина проводили абдоминализацию кист с тщательной электрокоагуляцией остаточной полости и удалением хитиновой оболочки.

У всех 9 больных послеоперационный период протекал гладко. Жалоб перед выпиской не предъявляли.

Мы считаем, что при правильном подборе больных лапароскопические кистэктомии имеют хорошие перспективы.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ

Р.Ю. Омиров, М.М. Абдурахманов,
Т.Р. Мурадов, Ш.Т. Ураков.
г. Бухара

В настоящее время рецидив эхинококковой болезни встречается у 10 – 17% оперированных больных. Проведение консервативных и интраоперационных мероприятий не снижает, частоту рецидива. С целью уменьшения рецидива заболевания в последние годы

нами проводилась интраоперационная профилактика заболевания, комплексное применение ультразвуковой кавитации, лазерного облучения с глицерин-формалиновой обработкой остаточной полости, а также проведение курса послеоперационной антигельминтной терапии. Всего оперировано 48 больных с различными осложненными формами эхинококкоза, 25 из них с рецидивами заболевания.

Локализация кист по органам следующая: эхинококк печени 25 (52%), легких 19 (39,5%), брюшной полости 4 (8,3%), сочетанное поражение у 8 (16,6%) больных. Из 25 больных осложненного эхинококкоза печени у 6 обнаружена мертвая киста, у 19 нагноение кисты. У 13 больных отмечены перфорация кисты: в 3 случаях в желчный пузырь, в 2 – в желчные ходы с развитием халангита и механической желтухи, в 5 – перфорация кист в свободную брюшную полость с развитием перитонита, в 3 – в просвет желудочно-кишечного тракта. У одного больного нагноившаяся киста диафрагмальной поверхности печени прорвалась в нижнедолевую бронх с образованием желчно-бронхиального свища. В 10 случаях отмечен неполный разрыв оболочки кисты (надрыв фиброзной капсулы).

Из оперированных 48 больных; открытая эхинококкэктомия выполнена 22 больным, закрытая 7, полуоткрытая с резекцией части фиброзной капсулы и ушивание оставшейся части 2 больным. С наружным желчным свищом операция произведена двухкратно, одному больному с желчно-бронхиальным свищом трехкратно. 8 больным с сочетанными поражениями правого легкого и печени (VII сегмента), операция выполнена одномоментно торакофренолапаротомным разрезом. Из 48 больных умерло 2 (4,1%). Причиной смерти явилось: в одном случае прогрессирующая печеночная недостаточность, в другом сердечно-дыхательная недостаточность.

Из 48 оперированных больных с целью профилактики рецидива 22 больным (I – группа) остаточная полость обработана с помощью ультразвуковой кавитации, мощностью 30 мвт., длиной волны излучения 0,34 мкм до 5 минут и лазерное облучение ЛГ – 75, мощностью 20 мвт, длиной волны излучения 0,638 мкм до 10 минут, а также полость обработана 3% раствором формалина в глицерине. 26 больным (II – группа): наряду с обработкой полости выше изложенными методами проводилась противогельминтная терапия: мебендазолом или албендазолом по 5 мг/кг в день в течение 30 дней с интервалом 10 дней.

При ретроспективном анализе в I группе больных, рецидив наблюдался у 6 больных. Во II группе больных рецидив заболевания не отмечен.

Таким образом, использование обработки остаточной полости формалин – глицериновым раствором, ультразвуковая и лазерная кавитация, очевидно, окончательно не обеспечивает полной ликвидации элементов паразита. Добавление же к этой схеме антигельминтной терапии приводит к предупреждению рецидива заболевания.

**ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИ ЖАРРОХЛИК
ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА
ЛАЗЕР НУРЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ.**

Р.Ю Омиров, М.М Абдурахмонов,
С.Р Кутлиев, С.С.Саидов
Бухоро ш.

Жигар эхинококкини жаррохлик йўли билан даволашдан кейинги асоратларининг олдини олишга қаратилган янги даво усуллари ишлаб чиқиш ҳамда турли хилдаги лазер нурларининг қоннинг клиник — биохимик, иммунологик хусусиятларига, жигар структурасидаги ўзгаришларга ва қолдиқ бўшлиққа таъсирини ўрганиш ўрганиш ушбу ишимизнинг асосий мақсади бўлди.

Текширувимиз давомиди 98 беморни даволаш натижалари таҳлил қилинди. Бухоро вилояти ҳудудида қўпчилик ҳолларда, улчамлари катта пуфаклар (19,4%), жуда катта пуфаклар (10,4%), икки ва ундан ортиқ бўлган жигар гидатидоз пуфаклари (18,8%), йиринглаган пуфаклар (15,3%) ҳамда икки ва ундан ортиқ органларда қўшилиб келган эхинококк пуфаклари (30,9%) кузатилади.

Жигарда эхинококкэктомия амалиётидан кейин анъанавий даволаш усуллари давом эттирилганда асоратлар 17,3% ҳолларда учрайди.

Морфологик текширишлар натижаси эхинококк ўчоғидан узоқ жойлашган жигар тўқимасида (10,1%) ҳам чуқур диффуз ўзгаришлар (реактив гепатит, циррознинг бошланғич этаплари) кўзатилишини кўрсатади. Бу ҳол айниқса катта, икки ва ундан ортиқ ҳамда асоратланган пуфакларда яққол намоён бўлади.

Эхинококк олиб ташланиб, қолдиқ бўшлиқ “фиссуризация” ва найча қўйиб чиқиш усули билан ишлов берилиб, амалиётдан кейинги даврда гелий — неонли лазер нури билан даволаш натижасида қолдиқ бўшлиқнинг жаррохликдан кейинги ўлчамидан 18,4% гача, асоратлар сони 0,6% гача камайиб, жигар структурасидаги ўзгаришларнинг 3 ойда тиклангани кўзатилди.

Тери устидан ярим ўтказувчи лазер “УЗОР” билан жигар тўқимасига таъсир этилганда, қолдиқ бўшлиқнинг 14,7%, асоратларнинг 0,3% гача камайиши ва жигар структураси ўзгаришларининг 3 ойда тикланиши кўзатилди.

Паст интенсивли лазер нурларини биргаликда қўлланилиши қоннинг клиник — биохимик хусусиятларига ижобий таъсир этиб, организм иммунитетини қисқа даврда оширишини кўрсатди. Ушбу усулга ёндашиш қолдиқ бўшлиқ ўлчамини 6,1%, асоратларни 0,1% гача камайтириб, жигар структурасидаги ўзгаришларнинг 1 ойда тикланишига ва беморларнинг амалиётдан кейинги касалхонада бўлишини $24,9 \pm 1,4$ кундан $12,7 \pm 0,4$ кунгача қисқаришига олиб келди.

Хулоса қилиб шуни айтиш керакки жигар эхинококкозида айниқса унинг асоратланган формаларида ўчоққа яқин жойларда гепатит ва циррознинг бошланғич босқичлари кўзатилади.

Гелий неон ва ярим ўтказгичли лазер нурларини биргаликда қўлланилиши операциядан кейинги қолдиқ бўшлиқини ёпилишини таминлайди, шунингдек

паренхимада дегенератив ўзгаришлар келиб чиқишини, шунингдек гепатит ва циррозга ўтишини каби асоратларнинг олдини олади.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ФОРМ
ЭХИНОКОККОЗА ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ.**

Г.Л. Пахомов, К.А. Мадатов, Ш.Э. Баймурадов.
г. Ташкент.

Отделение хирургии легких и средостения НЦХ им. акад. В.Вахидова располагает опытом лечения 71 пациента редкими формами эхинококкоза грудной полости внелегочной локализации. Мужчины составляли 48 (67,6%), женщины — 23 (32,4%). Средний возраст больных — 31,2 года.

Первичное выявление внелегочных форм эхинококкоза отмечено у 40 пациентов, в том числе эхинококкоз сердца — у 4, эхинококкоз средостения — у 10, диафрагмы — у 10, плевральной полости — у 16.

В 31 случае выявлено сочетанное поражение органов грудной полости и других органов, однако, в анамнезе эта категория пациентов уже подвергалась оперативному вмешательству по поводу эхинококковой болезни.

Оперированы 69 больных, в двух случаях оперативное вмешательство не выполнено в связи с распространенностью процесса по всей грудной полости. В 68 случаях выполнены радикальные операции, в одном — паллиативная эхинококкэктомия из легочной ткани и органов средостения с ликвидацией больших эхинококковых кист.

3 больным выполнена эхинококкэктомия из перикарда (1), правого ушка сердца (1), и левого ушка сердца (1). В одном случае, в связи с обызвествлением эхинококковой кисты сердца (диаметр до 3-х см) и отсутствием клинических проявлений операция не произведена. Больной взят под наблюдение.

Эхинококкэктомия из органов средостения выполнена в 10 случаях, причем в 6 из заднего средостения, операция дополнялась тщательной ревизией всех карманов ложа кист, и последующей обработкой УРСК-7Н-22 в течение 4-5 мин. Одному больному выполнено удаление эхинококковых кист из переднего средостения с обеих сторон поэтапно с интервалом в 1 месяц.

10 пациентов оперированы по поводу первичного эхинококкоза диафрагмы. Выполнена эхинококкэктомия с последующей ликвидацией ложа кист максимальным сближением краев раны диафрагмы, а при невозможности — адекватным дренированием.

В 16 случаях производилась эхинококкэктомия из плевральной полости, размеры кист варьировали от 1 до 12 см, а количество от 2-х до 97. В 12 случаях производилась плеврэктомия и декорткация, которая в 5 — дополнена торакомиопластикой.

Практически все выполненные оперативные вмешательства носили органосохраняющий характер, и лишь у больных, которые ранее подвергались оперативным вмешательствам по поводу сочетанного эхинококкоза легких и других органов грудной полости выполнены резекционные операции, в двух случаях

лобэктомия, в 1 – сегментэктомия.

Послеоперационный период у 18 больных осложнился: в 1- послеоперационным кровотечением, что вызвало необходимость реторакотомии и остановки кровотечения, в 12- пристеночной эмпиемой плевры, которая ликвидирована консервативными методами, в 4- нагноением послеоперационной раны. Летальный исход отмечен в двух случаях.

Отдаленные результаты изучены в сроки от 6 месяцев до 10 лет, отмечен стойкий клинический эффект.

ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

А.А. Рафиков, Х.К.Карабев, Б.С.Турсунов, С.И.Нарзуллаев, А.Н.Эльмуратов, Г.А.Хайдаров, Б.Х.Карабаев, И.И.Исмаилов, Д.С.Нарзуллаев
г.Самарканд

Под нашим наблюдением находилось 182 больных эхинококкозом легких, в том числе 112 (61,53%) оперированы с осложненными формами: 29 с нагноившимися кистами, 42 с опорожнением кист в бронхи, 29 с опорожнением в плевральную полость, 2 с профузным легочным кровотечением.

Из 29 больных с нагноившимся эхинококкозом мужчин было –18, женщин –11; в возрасте до 10 лет –3, 11-20 лет –12, 21-40 лет –13, свыше 40 лет –1 больной. Одиночная правосторонняя локализация кист установлена у 14 больных, левосторонняя у 10 больных. У 5 больных диагностирован двусторонний множественный эхинококкоз легких. 13 больным выполнена эхинококкэктомия по А.А.Вишневскому, 10 произведена ликвидация ложа капитонажем, 6 по Боброву-Спасокукоцкому. Летальных исходов не было.

Из 42 больных с опорожненным в бронх эхинококкозом мужчин было 27, женщин –15. Правосторонняя локализация была у 20, левосторонняя у 14, односторонний множественный эхинококкоз диагностирован у 4, и двусторонний множественный у 4 больных. 41 больной подвергнут оперативному лечению: 17- по А.А.Вишневскому, 13 - по Боброву-Спасокукоцкому, 11 - по Дельбе. У одного больного наступило самоизлечение после отхождения всех элементов кисты.

Наиболее тяжелое осложнение - перфорация в плевральную полость наблюдалась у 29 больных, в том числе у 19 мужчин и у 10 женщин. У 16 больных была правосторонняя локализация, у 13 левосторонняя. У 2 больных с гигантским эхинококкозом нижней доли правого легкого наблюдалось профузное кровотечение. В этих случаях операция заключалась в удалении хитиновой оболочки, ушивании бронхиальных свищей, и кровоточащих сосудов, у остальных производилась ликвидация ложа кисты по методу Боброва-Спасокукоцкого (15 больных) или капитонаж по Дельбе (14 больных) и дренирование плевральной полости. При длительном периоде, прошедшем после прорыва и образовании стойкой остаточной плевральной полости у 2 больных дополнительно производи-

лась плеврэктомия и декорткация легкого. Умер один больной (0,9%) от эмпиемы плевры и сепсиса.

Отдаленные результаты прослежены у 95 больных (84,81%), у 75 хорошие, у 8 удовлетворительные. Рецидив эхинококка отмечен у 12 больных, которым первая операция была произведена по поводу прорвавшегося в бронх эхинококка.

Таким образом, при осложненном эхинококкозе легких мы предпочтение отдавали органосохраняющим операциям

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ.

Б.С.Рахимов., С.Р.Рахимов., П.Х.Сидиков., К.Л.Касымов., М.К.Мухитдинова., Х.Т.Курбанов.
г. Андижан

Как известно вероятность формирования бронхоплеврального свища, в послеоперационном периоде у больных с нагноившимся эхинококкозом легких значительная. В этой связи в комплексе послеоперационной терапии осложненного эхинококкоза легких у детей существенное место занимает профилактика бронхо-плевральных свищей. Рациональная антибиотикотерапия является одним из определяющих. Из 106 больных детей, находившихся на лечении в нашем центре эхинококкоз легких у 26% был осложнен. У 19 нагноение кисты без прорыва, у 7 с прорывом (в бронх-5, плевральную полость-2). Объем оперативного вмешательства был следующий: эхинококкэктомия, тщательная санация полостей фиброзной капсулы и плевры, ушивание бронхиальных свищей в пределах фиброзной капсулы. Ликвидация остаточной полости осуществлялась видоизмененным методом А.А.Вишневского, сущность которого заключается в том, что фиброзная капсула фиксируется узловыми швами в вывернутом состоянии в висцеральной плевре в виде «сигары», что позволяет добиться его истинного уплощения. У 3 больных из-за краевого расположения кисты обработка завершилась по методу А.А.Вишневского. До закрытия торакотомной раны, интраоперационно установили катетер в заднее средостение по методу С.Р.Рахимова (патент №5301 от 27.07.1998г).

Антибиотикотерапия проводилась 13 больным одним антибиотиком, путем введения регионально лимфатически через заднее средостение. У 7 больных, когда нагноение кисты сопровождалось прорывом в бронх (5 больных) или в полость плевры (2 больных), антибиотикотерапия проводилась двумя антибиотиками, один из которых вводился традиционным методом, второй регионально лимфатически. При регионально-лимфатической антибиотикотерапии, препарат вводился в течение суток однократно в разовой дозе. Летальных исходов не было. В отдаленном послеоперационном периоде у 1 больного был бронхо-плевральный свищ, в связи с чем больной был подвергнут повторной операции - ушивание свища; с последующим выздоровлением.

Таким образом, региональная лимфатическая антибиотикотерапия через заднее средостение, является

эффективным, экономически выгодным способом, предупреждающим возможные осложнения, связанные с длительной в больших дозах антибиотикотерапией.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

С.Р. Рахимов
г.Андижан

Республика Узбекистан относится к региону эндемичного по эхинококкозу и по данным Ш.И. Каримова (1994), уровень поражения населения составляет до 0,9%.

Как показывает клиническая практика, число больных по-прежнему остается высоким и тенденции к его снижению не имеется.

В правильном решении различных аспектов хирургии эхинококкоза существенное значение имеет локальная диагностика стадии, фазы, возможных осложнений в дооперационном периоде.

В то же время, большинство клиницистов при диагностике эхинококкоза у детей пользуются классификационными схемами, в основу которых положена схема А.В. Малапикова (1935), которая не позволяет полноценно оценить степень вовлечения пораженного органа в патологический процесс, возможные осложнения. Что касается классификации Ф. Фэгерешану (1976) и И.Н. Мадалиева с соавт.(2000), то они посвящены локализации патологии в печени. Кроме того, предлагаемые схемы цитируемых авторов чрезмерно загромождены, по существу они не могут быть применены широким кругом практических клиницистов. На основании изучения клинико-лабораторных, рентгенологических, эхографических и отдельных компьютерно-томографических исследований 253 больных детей в возрасте от 2 до 14 лет эхинококкозом различной локализации (легких — у 166 больных — 97 правосторонняя, 52 левосторонняя, 17 двусторонняя; печени — у 187 больных: 119 правой доли, 51 левой доли, 17 обеих долей. Сочетанная локализация: печени и легких наблюдалась у 27, печень и почек у 7 больных), нами предлагается следующая классификационная схема (табл.), где осложнения являются формой течения патологического процесса.

Таблица

Клиническая классификационная схема эхинококкоза у детей

Формы течения	Стадии
I. Неосложненная II. Осложненная: 1. Нагноение кисты: а) без прорыва б) с прорывом (в бронх, в плевральную полость, желчные пути, брюшную полость, в просвет желчных ходов, в просвет полых органов, в забрюшинное пространство и т.д.) 2. Разрыв кисты: а) инфицированной. б) травматический разрыв неинфицированной кисты.	1. Латентная 2. Продромальная 3. Стадия появления локальных симптомов 4. Вторичная атрофия (доли легкого, сегменты доли печени, селезенки, почек и т.д.)

Вторичная атрофия на фоне осложненного течения патологического процесса является исходной стадией болезни.

Осложнения эхинококкоза могут наступить в любой стадии патологического процесса. На наш взгляд это схема более полно отражает различные стадии заболевания и встречающиеся осложнения, что облегчает диагностику и лечение заболевания.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

С.Р. Рахимов, М.Я. Аллаев,
Ч.М. Абдувалиева, Т.В. Вахидов
г.Андижан

Данные литературы и клинический опыт свидетельствуют, что эхинококкоз центральных сегментов печени у детей встречается сравнительно часто.

В связи с особенностью локализации паразитарной кисты, возникают определенные трудности в ранней диагностике. Точная диагностика локализации кисты в дооперационном периоде позволяет заранее выбрать оптимальный доступ к пораженному участку печени. Указанный факт приобретает дополнительную значимость, если учесть, что при центральном расположении паразитарной кисты, локализации её вблизи крупных сосудов и междолевых протоков.

Из 187 больных находившихся на лечении по поводу эхинококкоза печени, у 23 паразитарная киста локализовалась в IV-V-VII сегментах печени, что составило 12,3% от общего числа больных с эхинококкозом печени.

Из 23 больных 17 в клинику поступили с предварительным диагнозом эхинококкоз печени. У остальных на фоне эхинококкоза легких он был диагностирован по ходу дополнительного обследования на предмет исключения эхинококкоза печени.

Диагностика основывалась на данных комплексного обследования: рентгенологического, ультразвукового, а у двух больных — компьютерно-томографического.

Оперативному лечению были подвергнуты все 23 больных. У 17 выявлена эхинококковая киста, соответствующая размерам, второй стадии локальных проявлений по классификационной схеме принятой в нашей клинике (С.Р. Рахимов, 1975), у 6-соответствовала третьей стадии.

Как известно, одним из ответственных моментов эхинококкэктомии является ликвидация остаточной полости.

Больным со второй клинической стадией патологического процесса, после эхинококкэктомии и санации остаточной полости максимально иссекали истонченную часть фиброзной капсулы, края ушивали непрерывными швами, остаточную полость дренировали.

При третьей клинической стадии эхинококкоза печени, локализованного в центральных сегментах, из-за значительного размера остаточной полости, дополнительно к изложенному методу примененному в пер-

вой группе больных, использовали метод оментизации остаточной полости по Н.Ф. Березину. К остаточной полости, а также в правый боковой канал подводили отдельно дренажные трубки. В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось. Дренажные трубки удаляли поэтапно, в течении 10 суток. Операционная рана во всех случаях заживала первичным натяжением. В отдаленном периоде рецидив отмечен у 1 больного.

Таким образом, при больших паразитарных кистах локализованных в центральных сегментах печени, обработка и дренирование остаточной полости должна завершаться её оментизацией.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Б.У.Сабилов, Т.М.Мамаджанов, З.Б.Курбаниязов,
М.Х.Ходжаева, З.И.Муртазаев, Н.Ё.Кушмурадов,
С.Э.Мамаджабов, И.А.Арзиев
г. Самарканд

Малоинвазивная хирургия позволяет существенно снизить травматичность операций и уменьшить частоту и тяжесть осложнений. Под наблюдением находилось 210 больных в возрасте от 15 до 62 лет, 2/3 составили пациенты женского пола. В 1/2 наблюдений у больных имелись множественные кисты печени, 42 пациента обратились с рецидивом заболевания. Лапароскопическую эхинококкэктомию из печени провели 17 больным. Показанием к ней являлись неосложненные эхинококковые кисты до 5 см в диаметре без включений, расположенные в III, IV, V сегментах печени. 24 больным произведена эхинококкэктомию из печени через минилапаротомный доступ. Вначале производилась диагностическая лапароскопия, где устанавливали точную локализацию кисты. Для доступа использовали транс-, параректальные разрезы в эпигастрии до 5 см. Показанием к проведению эхинококкэктомии из минилапаротомного доступа являлись одиночные кисты в диаметре до 10 см во II, III, IV, V, VI сегментах печени. 169 больным эхинококкэктомию из печени проведена из лапаротомного доступа. В настоящее время предпочтение отдаем верхнесрединной лапаротомии с использованием ретрактора Сигала. Показанием к выполнению эхинококкэктомии из этого доступа считаем множественный эхинококкоз, рецидив заболевания, наличие осложнений, локализация кист в труднодоступных сегментах печени.

Преимущественно выполнялась закрытая эхинококкэктомию (чаще всего шовная пластика, реже оментопломбировка). Показанием к перикистэктомии являлась кальцинация кист. Интра- и послеоперационных осложнений при выполнении лапароскопической эхинококкэктомии и эхинококкэктомии из минилапаротомного доступа мы не отмечали. Конверсия при вышеуказанных операциях проведена в 4 случаях. В 2 наблюдениях при выполнении лапароскопической эхинококкэктомии потребовался переход к минилапаротомии, в 2 — от минилапаротомии к традици-

онной лапаротомии. Продолжительность пребывания больных в стационаре после лапароскопической эхинококкэктомии составила 4,3, после минилапаротомии — 5,1 день.

В группе больных, где эхинококкэктомию из печени произведена из лапаротомного доступа послеоперационные осложнения наблюдались у 8,4% пациентов. Продолжительность лечения больных составила 11,2 дня. Летальных случаев не отмечено. Сопоставление результатов лечения больных, которым произведены малоинвазивные операции с группой больных, где проведены операции традиционным лапаротомным доступом условно, так как во 2 группе больные были чаще всего с осложненным течением заболевания, множественным, рецидивным эхинококкозом.

ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТИВОЭХИНОКОККОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ.

Б.У.Сабилов, А.В.Стрелева, З.И.Муртазаев,
С.Мамаджабов, Э.С.Исламбеков,
Р.В.Садыков, В.М.Садыков
г. Самарканд

Одним из новых направлений в улучшении результатов лечения эхинококкоза являются малоинвазивные вмешательства. Малоинвазивные операции прежде всего связаны с эндовидеохирургической технологией.

В связи с этим мы поставили своей целью изучить возможность и эффективность эхинококкэктомии из печени и легких через минилапаротомный и миниторакотомный доступы с использованием методов эндовизуальной технологии.

Клинический материал представлен 210 больными эхинококкозом печени, 71 больной с эхинококкозом печени и легкого, оперированными в клинике хирургии № 1 СамМИ, 41 из них (20%) эхинококкэктомию из печени произведена через минилапаротомный доступ, а 26 больным (36%) — через миниторакотомный доступ.

Показанием к выполнению видеолaparоскопической эхинококкэктомии (ВЛЭЭ) печени служили одиночные кисты в диаметре до 10 см, локализующиеся в III — V сегментах печени. При краевом расположении возможно удаление кист и большего диаметра (до 20 см).

Противопоказанием к минилапаротомии являлись множественные, рецидивные кисты, располагающиеся в труднодоступных сегментах (VI — VIII). При этом необходимо отметить, что наш опыт выполнения ВЛЭЭ у больных ранее оперированных по поводу перфоративной язвы ДПК и даже на желчном пузыре, позволяет нам категорически отвергнуть до сих пор бытующую точку зрения, что ранее перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости являются абсолютным противопоказанием к эндоскопической операции.

При проведении эхинококкэктомии из печени через минилапаротомный доступ первым этапом про-

изводилась диагностическая лапароскопия, во время которой уточняли локализацию кисты и место ее предлежания к передней брюшной стенке. Для доступа использовали транс- и параректальные разрезы.

Длина кожного разреза составляла 5 – 6 см. После установки ранорасширителя при уже ликвидированном пневмоперитонеуме киста обкладывалась ограничивающими тампонами. Поднятый валик под спиной больного позволяет максимально приблизить печень к ране, а яркое освещение лапароскопом со стороны брюшной полости и визуальный контроль являются несомненным преимуществом таких операций.

Этапы операции не отличаются от традиционных:

- пункция и эвакуация эхинококковой жидкости после девитализации паразита экспозицией введенного в полость кисты раствора глицерина или препарата Чеблин – СК-1;

- кистотомия с удалением хитиновой оболочки: обработка полости фиброзной капсулы сколексоцидом;

- иссечение фиброзной капсулы, выступающей над паренхимой печени;

- при необходимости капитонаж остаточной полости или оментопломбировка.

По методике эхинококкэктомии легкого из миниторакотомного доступа операция выполнена 26 пациентам.

В первую очередь оперировали на органе с осложненной кистой. При равных условиях оперировали вначале на легких. Из 31 больного только у 1 (3,2%) на первом этапе была проведена операция на печени, у 8 (26%) одномоментно на легком и печени посредством торакофренолапаротомии, у остальных 22 (71%) пациентов на первом этапе операция проведена на легком.

При проведении сравнительного анализа ближайших результатов малоинвазивных и традиционных методов эхинококкэктомии печени и легких нами отмечено следующее:

1. Уменьшилась травматичность доступа. Длина миниразрезом составила 5 – 6 см, тогда как при традиционных доступах до 20 – 25 см.

2. При использовании малоинвазивных методов активизация больных проводилась уже на 1-е сутки после операции, а отсутствие послеоперационного пареза кишечника позволяла начинать кормление больных на 2-е сутки после операции.

3. Число послеоперационных осложнений сократилось в 3 раза при эхинококкозе печени (с 8,4% до 2,5%) и в 1,5 раза при легочной локализации кисты (с 29,2% до 19,2%).

4. Нахождение больных в стационаре после операции уменьшилось в 2 раза при печеночной локализации (с 12,2 до 5,1 койко-дня) и почти в три раза при эхинококкозе легкого (с 14,6 до 5,4 койко-дня).

5. Биохимическими и иммунологическими исследованиями установлено, что в 2 раза быстрее происходит нормализация нарушенного аминокислотного обмена и иммунного статуса леченых больных.

Сопоставление результатов лечения двух групп

больных конечно же относительно, так как при осложненных формах (множественный и рецидивный эхинококкоз и др.), применялись только традиционные методы. Тем не менее преимущества малоинвазивной хирургии несомненны с одновременным использованием препарата Ч-СК-1, или тодикампа.

Вместе с тем следует признать, что эхинококкэктомия из минидоступов не может быть отнесена к простым для технического использования операциям. Их должны выполнять хирурги, в полном объеме владеющие арсеналом традиционной хирургии. Так, в 2-х случаях пришлось перейти от минилапаротомии к “традиционной” и в 2-х случаях миниторакотомия расширена в переднебоковую торакотомию.

ОБ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ.

А.С. Саидханов, Ш.А. Дадаев, Р.С.Ташмухамедов, З.Ф. Ташпулатов, А.М. Турсуметов, С.В. Ким.
г. Ташкент

Одним из основных моментов операции эхинококкэктомии является ликвидация полости фиброзной капсулы. Ликвидируют полость различными способами: путем ушивания, начиная со дна ее после иссечения или без иссечения фиброзной капсулы; путем вворачивания или выворачивания стенок; тампонируя полость прядью сальника на ножке; путем резекции или сегментэктомии органа. Все перечисленные способы осуществимы, если полость фиброзной капсулы небольшая, имеет податливую стенку, одиночная, расположена близко к краю и поверхности органа, процесс неосложненный (ненагноившийся, не имеет сообщения с бронхом, желчным ходом и т.д.)

Из 145 больных с эхинококкозом печени (127) и легких (18) у 15 во время операции не удалось ликвидировать полость фиброзной капсулы. Мужчин было 4, женщин 11. Возраст больных 19 – 75 лет. С эхинококкозом легких было 3 больных, печени – 12. Одна больная с эхинококкозом левого легкого в прошлом была оперирована по поводу эхинококка печени и правого легкого. Множественное поражение было у 1 больной с эхинококкозом легкого и у 4 больных с эхинококкозом печени. Из них у 1 женщины вся печень была поражена 10 эхинококковыми большими кистами. При том каждая из них имела множество мелких кист различной стадии развития. Паренхима ткани печени сохранилась в виде узких полосок между очагами поражения.

Нагноившиеся кисты были у 7 больных, в том числе у 2 больных с множественными кистами.

Близость расположения эхинококковых кист к воротам и корню органа, невозможность иссечения фиброзной капсулы, инфицированность и значительно большие размеры их явились основными причинами невозможности ликвидации полости фиброзной капсулы во время операции у наших больных.

Все инфицированные полости и у 3 больных “чистые” полости были дренированы. Промывание полостей проводилось растворами антисептиков повы-

шенной осмолярности.

У всех больных с эхинококкозом легких и у 8 больных с эхинококкозом печени остаточные полости, визуализировавшиеся после операции (при УЗИ и рентгенологическом исследовании) постепенно уменьшились и закрепились в сроки от 3 месяцев до 1,5 года. У остальных 5 больных остаточные полости еще визуализируются, хотя у 3 из них размеры их значительно меньше. Эти 3 больных жалоб не предъявляют, практически здоровы. У двух больных пришлось дренировать остаточные гнойные полости чрескожной, чреспеченочной пункцией по Сельдингеру.

Мы убедились в том, что если эхинококковая киста не инфицирована, то лучше полость не дренировать, во избежание ятрогенной инфекции.

Использование растворов антисептиков повышенной осмолярности предупреждает явления септицемии и интоксикации.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Д.С. Сексенбаев, Б.Б. Баймаханов, Б.Д. Сексенбаев, Б.А. Абдурахманов, Ж.Ж. Баймухамбетов, Р.Ю. Ажимбаев, А.А. Алдешев.
г. Шымкент.

Хирургическая операция являясь единственным радикальным методом лечения осложненного эхинококкоза печени (ЭП), а ее объем обусловлен локализацией паразитарной кисты и вовлечением в процесс соседних органов.

Из 1240 больных оперированных по поводу эхинококкоза печени у 296 (23, 8%) было осложненное течение заболевания. Нагноение паразитарной кисты выявлено - у 55,6%, перфорация в холедох - у 28,6%, компрессия холедоха с развитием механической желтухи - у 6,4%, прорыв содержимого в органы грудной полости - у 4,1%, в свободную брюшную полость - у 2,4%, кальцификация кисты - у 1,1%, развитие синдрома портальной гипертензии - у 1,8% больных.

Комплексное обследование, включающее ультразвуковое исследование (УЗИ), серологические реакции, компьютерную томографию и лапароскопию позволяло исчерпывающе решить диагностические задачи.

С целью возможного снижения травматичности оперативного вмешательства и риска повреждения сосудисто-секреторных структур, а также обнаружения «невидимых» и непальпируемых кист в 3 наблюдениях произведено интраоперационное ультразвуковое исследование печени. При этом установлено наличие 4 не выявленных до операции кист размером 3 - 7 см.

При локализации кисты в I - V сегментах с достижением нижней поверхности печени производили срединную лапаротомию, при расположении кисты в V - VIII сегментах печени с внутripеченочной и поддиафрагмальной локализацией косой разрез по Федорову в правом подреберье.

При осложненном ЭП предпочтение отдавали закрытым и полужакрытым операциям, которые имели несомненные положительные моменты - атравматич-

ность, максимальное сохранение функционирующей паренхимы печени.

Развитие печеночно-грудных коммуникаций определило необходимость дренирования плевральной полости и поддиафрагмального пространства, после разобщения патологических соустьев, ликвидации остаточных полостей в печени и в грудной полости. Методом выбора при этом является чресплевральная торакофренолапаротомия через VI или VII межреберье путем диафрагмотомии.

Случаи нагноения при больших и гигантских кистах, возникновение синдрома портальной гипертензии зачастую являлись показанием к открытой эхинококкэктомии.

Послеоперационная летальность составила 1,9%, остаточная полость в печени после эхинококкэктомии - у 4,3%, наружный желчный свищ - у 1,4%, наружный гнойный свищ - у 1,7%, резидуальный эхинококкоз печени отмечен - у 2,3% больных.

Средняя продолжительность пребывания больного в стационаре $24 \pm 3,8$ койко дней.

Таким образом, применение комплексных современных методов исследования и использование наиболее оптимальных вмешательств позволило значительно улучшить диагностику и эффективность лечения больных осложненным эхинококкозом печени.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ХОЛАНГИТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Д.С. Сексенбаев, М.М. Рысбеков, Б.Д. Сексенбаев, Р.Ю. Ажимбаев, Б.А. Абдурахманов, А.А. Есенгельдиев
г. Шымкент

Прорыв содержимого эхинококковой кисты в желчевыводящие пути с развитием острого гнойного холангита обусловленный нарушением пассажа желчи является нередким осложнением эхинококкоза печени и по данным ряда авторов, колеблется от 0,8 до 9,4%.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 253 больных эхинококкозом печени за 1995-2000 гг. При этом у 56 больных клиника заболевания сопровождалась характерным симптомокомплексом острой обтурации и холангитом: боли распирающего характера в правом подреберье, механической желтухой, ознобом и повышением температуры тела.

Диагностический алгоритм включал клинико-биохимический анализ крови, УЗИ, ЭРХПГ, а также бактериологическое исследование желчи в послеоперационном периоде.

У 14 больных до- и интраоперационно диагностирован прорыв содержимого эхинококковой кисты в желчевыводящие пути. Мужчин было-8, женщин-6. Возраст 20 - 40 лет.

У 42 больных хирургическое вмешательство ограничилось эхинококкэктомией, так как причиной развития механической желтухи была эхинококковая киста, сдавливающая общий желчный проток, а остальным больным производили эхинококкэктомию, ушивание желчного свища, холецистэктомию и наружное дренирование холедоха устройством для дре-

нажа и лаважа желчевыводящих путей в нашей модификации (Пред.патент РК № 990826.1). В послеоперационном периоде проводили эндобилиарную санацию способом разработанным на нашей кафедре (Пред.патент РК № 990966.1).

Как показал опыт применения дренажного устройства в нашей модификации и проведение санации желчных путей больным острым гнойным холангитом, отмечен наилучший результат выражающийся в раннем улучшении клинико-лабораторных показателей, восстановлении аппетита, стабилизации уровня холестерина, фосфолипидов и желчных кислот, изменении pH желчи в слабощелочную сторону.

Таким образом, после эхинококкэктомии, проводимый нами метод лечения позволил избежать возникновения тяжелых осложнений, в том числе острой печеночной недостаточности, значительно улучшить результаты лечения и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

СПОСОБЫ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

А.С. Сулайманов, А.Ш. Вахидов, Ж.Н. Файзиев, А.С. Сафаев, Ф.Т. Пулатов
г.Ташкент

Лечение больных эхинококкозом печени, являющимся тяжелым паразитарным заболеванием, во многих регионах мира остается серьезной медицинской и социальной проблемой.

Несмотря на существующее многообразие методов лечения, частота рецидивов и послеоперационных осложнений у больных эхинококком печени не только не снижается, но и обнаруживает отчетливую тенденцию к увеличению.

Известно, что важную роль в профилактике и предупреждении рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений, у больных играет выбор оптимального метода обработки и ликвидации остаточных полостей. Ликвидация остаточных полостей при хирургическом лечении эхинококка печени остается одной из актуальных проблем гепатохирургии и требует дальнейших исследований.

За 1997-2001 г. в клинике ТашПМИ наблюдалось 53 больных в возрасте от 3 до 14 лет с эхинококком печени. У 29 больных (54,7%) обнаружена солитарная киста, в 19 случаях (35,8% обнаружено до 3 кист, и множественные кисты у 5 (9,4%). По размеру кист: в диаметре до 5 см было у 13 (24,5%) больных, до 10 см. у 22 (41,5%), больше у 11 (20,7%), до 20 см у 7 (13,2%) больных. После эхинококкэктомии остаточная полость обрабатывалась раствором фурацилина, затем спиртом, после чего полость облучалась терапевтической дозой низкочастотного лазера.

Ликвидация остаточных полостей проводилась закрытым методом, но ушивание полости проводилось индивидуально в зависимости от размеров и места расположения кист. Близко расположенные мелко кистозные полости ушивались соединением наружных краев двух 3-4-5 кистообразных капсул. Остаточные

полости периферично расположенных кист средних и больших размеров, после удаления капсулы паразита ликвидировались ушиванием фиброзной капсулы с наложением швов герметично в виде «гармошки», которые являются профилактикой кровотечения и желчных свищей.

Для оптимизации процесса и времени закрытия остаточной полости в 11 случаях в послеоперационном периоде нами проводилась резонансная терапия инфра-красным излучением целью которого явилось профилактика нагноения (инфицирования) раны, улучшение микроциркуляции в тканях, а также рассасывание фиброзной капсулы. Для ускорения регенерации и микроциркуляции послеоперационная рана облучалась локальными излучателями Zb от 10 до 15 мин ежедневно 2 раза в день. Одновременно фокусировались на область раны лучи излучателя Cl (бактерицидная лампа). Затем использовались лампы Rc для разрушения и рассасывания фиброзной капсулы 3-5 мин., и лампа K1 для повышения клеточного иммунитета (от 5 до 10 мин). Резонансная терапия ИК излучением позволило нам избежать нагноений, ускорила закрытие остаточной полости, заживление раны первичным натяжением.

Контрольная УЗИ диагностика в динамике наблюдения выявила относительное ускорение процессов восполнения и ликвидации остаточных полостей.

Таким образом наши разработанные хирургические методы и применение ИК -излучения в послеоперационном периоде лечения эхинококкоза печени способствуют процессу регенерации тканей, ускоряют сроки ликвидации остаточных полостей и являются профилактикой гнойной хирургической инфекции, образования желчных свищей.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЖЕЛЧЕСОРБЦИИ.

А.Т.Султонов, Н.И.Махмудов, Г.О.Маматкулов,
Ф.Ю.Юлдашев, Г.Аббасханов, С.А.Сотволдиев.
г. Фергана

В изучении данной проблемы в последнее десятилетие сосредотачиваются усилия на исследовании вопросов природы интоксикации и методов борьбы с ней. Использование антибактериальной и иммунокоригирующей терапии, дренирование грудного лимфатического протока, лимфосорбция и гемосорбция показали высокую эффективность методов дезинтоксикации при различной ургентной хирургической патологии. Между тем в течении раннего послеоперационного периода у больных с осложненным эхинококкозом печени нами установлена определенная отрицательная роль наружного дренирования желчных протоков, обусловленная потерей, как правило, значительного количества желчи, что усугубило тяжесть послеоперационного пареза желудочно-кишечного тракта и печеночной недостаточности.

С целью устранения отмеченных недостатков, модифицировали и использовали Т-образный дренаж для последующей холесорбции. После наружного дре-

нирования общего желчного протока оттекающую желчь собирали во флаконы емкостью 500 мл, а затем осуществляли экстракорпоральную перфузию ее через специальную колонку, с 50 см³ активированного угля марки СКН, со скоростью 50 мл в 1 мин. Очищенную желчь с помощью системы для переливания через дополнительный латекс-ниппель, установленный в Т-образный катетер, возвращали в двенадцатиперстную кишку.

Вышеуказанный способ лечения применен у 12 больных с осложненными формами эхинококкоза печени: нагноение — 4 случая (33,3%), послеоперационный желчный свищ — 5 случаев (41,6%), механическая желтуха — 2 случая (16,6%) и аспит, сдавление большой кистой ворот печени — 1 случай (8,3%). Возраст больных от 21 до 70 лет. Мужчин было — 5 (41,6%), женщин — 7 (58,3%). Все больные выписаны в удовлетворительном состоянии после улучшения микробиологического и биохимического состава желчи. Лабораторные исследования показали снижение в желчи аммиака и билирубина.

Таким образом, наш небольшой опыт лечения больных с осложненными формами эхинококкоза печени желчесорбцией, наряду с другими методами, позволяет рекомендовать его как один из методов детоксикации организма в послеоперационном периоде.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПАРАЗИТАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.

Г.С. Тамазян, Л.И. Пюсколян, А.Р. Арутюнян, С.А. Акопян, Р.Р. Овакимян
г. Ереван

По данным различных авторов частота осложнений эхинококка печени колеблется от 18 % до 55 %. Одним из самых грозных осложнений эхинококка печени является вскрытие эхинококковых кист в желчные протоки с развитием механической желтухи.

В клинике в период с 1997 по 2000 гг. оперировано 87 больных с эхинококкозом печени. У 14 больных (16 %) отмечались различные виды билиарных осложнений. Среди этих больных мужчин

было 6, женщин — 8. Возраст больных варьировал от 45 до 65 лет. В правой доле печени эхинококковые кисты располагались у 11 больных, в левой доле у 3 больных. У всех больных отмечались единичные кисты без сочетанного поражения обеих долей печени.

Изучение анамнеза, клиники заболевания, результатов обследования и ретроспективного анализа интраоперационных данных, позволило нам выделить две группы больных :

I группа - 4 больных (28,5%) , у которых течение заболевания не сопровождалось развитием механической желтухи, но интраоперационно была обнаружена билиарная фистула в полости кисты.

II группа — 10 больных эхинококкозом печени (71,5 %) с явлениями механической желтухи.

У больных I группы отмечались умеренные боли в правом подреберье, субфебрильная температура тела, изменение печеночных проб без повышения уровня билирубина. Во II группе у 4 больных отмечались явления механической желтухи , с постепенным развитием, без болевого синдрома и длительного периода (до 1 мес.) безуспешного лечения предполагаемого вирусного гепатита. У 6 больных отмечалось острое начало по типу приступа печеночной колики с быстрым развитием желтухи и явлений гнойного холангита. 8 больных оперированы в плановом порядке после всестороннего клинического обследования (сонография, компьютерная томография, ЭРПХГ). 6 больным операция выполнена по экстренным показаниям , в виду наличия у них сопутствующего калькулезного холецистита и трудностей в дифференциальной диагностике.

Целью операции у этих больных является удаление самой кисты с устранением билиарной фистулы и обструкции желчных ходов. Мы придерживаемся тактики выполнения открытой эхинококкэктомии с удалением фиброзной капсулы, капитонажем и дренированием полости кисты. Хирургические процедуры, выполняемые на билиарном тракте, представлены в таблице.

В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось. В обеих группах смертельных исходов не отмечено.

Таким образом, хирургическое лечение больных с эхинококкозом печени ,осложненным механической желтухой, должно быть направлено на устранение самой кисты с обязательным выполнением ревизии и дренирования желчных протоков.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ

С. И. Третьяк, Т. Н. Чудакова, Н. Т. Ращинская, О. И. Рубахов,
А. М. Федорук, Н. М. Савич
г. Минск

В связи с увеличением количества больных эхинококкозом нами проведен анализ 46 наблюдений за пациентами, лечившимися в период с 1996 по 2000 годы. Возраст больных был от 16 до 74 лет. Соотношение мужчин и женщин 1:3.

ОПЕРАЦИИ	Группа I	Группа II
	Кол-во б-ных	Кол-во б-ных
Холецистэктомия	4	10
Ушивание билиарной фистулы с наружным дренированием холедоха по Холстеду.	2	2
Ушивание билиарной фистулы с холедохотомией и первичным швом холедоха.	1	-
Ушивание билиарной фистулы с дренированием холедоха по Керу.	-	5
Холедоходуоденостомия	1	3

Из клинических проявлений у пациентов преобладали жалобы на тупые боли и чувство тяжести в правом подреберье. Аллергические реакции в виде крапивницы и зуда были отмечены у 2-х больных. Эозинофилия свыше 6% выявлена в 6 наблюдениях.

В большинстве случаев неосложненный эхинококкоз диагностирован при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии. В ряде случаев имело место некоторое различие в интерпретации данных УЗИ и КТ по величине кист, их расположению и характеру содержимого. В связи с этим, для уточнения характеристики очаговых образований выполнялась селективная ангиография или лапароскопия.

У 39 пациентов было диагностировано поражение печени; в правой доле печени процесс локализовался у 28 больных, в левой — у 5 и у 6 пациентов кисты находились в обеих долях. В 26 наблюдениях выявлены одиночные кисты, в 11 — определено по два кистозных очага, у 7 больных установлено по три зоны поражения и более. При монокистах их размеры варьировали от 3х4см до 15х13 см, двойные и множественные кисты включали полости от 3х3см и 5х6см до 6х7см и 20х15 см; в отдельных наблюдениях (3), во время операции, выявлены сообщения между кистозными полостями по типу “запонки”.

У двух больных эхинококкоз печени сочетался с кистами брюшной полости. В двух случаях диагностирован эхинококкоз подпеченочного и забрюшинного пространства.

Экстренные операции в связи с развитием осложнений были выполнены 4 больным: трем — при абсцедировании кист, одному — при выраженной механической желтухе.

При эхинококкозе печени у 40 больных проведены следующие виды оперативных вмешательств: идеальная эхинококкэктомия была выполнена двум пациентам, эхинококкэктомия с капитонажем полости без дренирования — 14 больным и с дренированием остаточной полости — 11 пациентам. Эхинококкотомия с дренированием полости выполнена в 12 случаях, в том числе при нагноении кист — в 8 и холерагии — в 2-х наблюдениях. Атипичная резекция VII и VIII сегментов печени проведена одному больному.

Сочетанное поражение печени и брюшной полости (2) потребовало одномоментного выполнения нескольких операций, включающих как идеальную эхинококкэктомию, так и эхинококкотомию. При множественных кистах подпеченочного пространства, у больного с очередным рецидивом эхинококкоза, опорожнение эхинококковых пузырей произведено под контролем УЗИ. Киста селезенки в области нижнего полюса иссечена с удалением всех оболочек, при тотальном поражении органа выполнена спленэктомия.

Эхинококкэктомия, пневмолиз и дренирование плевральной полости осуществлены при локализации кисты в нижней доле правого легкого.

Полости кист обрабатывались спиртовым раствором хлоргексидина; капитонаж осуществлялся за счет стенок фиброзной капсулы, желатиновой пленкой, рассасывающейся целлюлозой импрегнированной лин-

комицином или оксациллином. Операции заканчивались дренированием брюшной полости. Послеоперационная летальность составила — 2,1%.

Таким образом, проведенный анализ показал, что увеличение частоты эхинококкоза в последние годы требует проведения целенаправленных профилактических обследований для раннего выявления паразитарных кист. УЗИ и КТ являются в настоящее время наиболее информативными методами диагностики эхинококкоза. Своевременно выполненная радикальная операция предупреждает развитие осложнений эхинококкоза и рецидивы заболевания.

ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ.

Д.А.Умаров, А.Ж.Хамраев
г.Ташкент

В клинике детской хирургии ТашПМИ на базе 14-городской детской больницы в отделении торакальной хирургии за последние 2 года прооперировано 41 больной с эхинококкозом легкого, из них мальчиков — 28, девочек — 13. По возрастам дети были: до 3-х лет — 4; 3-6 лет — 7; 7-14 лет — 20. Локализации эхинококковых кист легкого (ЭКЛ) были: слева — у 15 больных, с права — у 13, с двух сторон — у 2. В зависимости от объема и размера ЭКЛ были: малые (до 100 мл) — 4-7 см у 8 (19 %) больных; средние (100-250 мл) 7-10 см — у 10 (24%); большие (300-1500мл) 11-20см — у 23 (56%). Все больные с большими ЭКЛ поступили в клинику с синдромом внутригрудного напряжения и с ее прорывом в бронх (5); в плевральную полость (5) и нагноение (4). У больных с малыми и средними размерами ЭКЛ отмечались: дефицит веса — 10%, ускорение СОЭ, умеренная анемия, эозинофилия и анорексия, а с большими размерами ЭКЛ дефицит веса составил 30%, выраженное ускорение СОЭ, гиперэозинофилия, анемия, гипопроотеинемия, выраженная гипотрофия. У больных с нагноением ЭКЛ, кроме выше отмеченных, имела картина гиперлейкоцитоза и повышение температуры тела до 39°C, при прорыве ЭКЛ в бронх — гиперэозинофилия с аллергической реакцией и пневмония.

С целью профилактики разрыва ЭКЛ больших и средних размеров детям проводились неинвазивные методы: обзорная рентгеноскопия с рентгенографией, УЗИ, компьютерная томография и при ЭКЛ малых размеров — бронхоскопия. Не рекомендуются пункции плевральной полости при ЭКЛ. Мы наблюдали 5 больных, которым в других лечебных учреждениях была проведена ошибочная диагностическая пункция ЭКЛ. При этом у этих больных резко развивалась картина тяжелого эндотоксикоза за счет дессиминации эхинококковой жидкости в плевральную полость (у 2-х), инфицирование кист (у 1) и спонтанный гидропневмоторакс (у 3-х).

Предоперационная подготовка с неосложненными формами ЭКЛ с неблагоприятным общесоматическим фоном продолжалась до 2-х недель. При ос-

ложненных формах ЭКЛ проводились инфузионная, трансфузионная, антибактериальная, дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия. У больных с гнойным диффузным эндобронхитом, на фоне внутрилегочного прорыва ЭКЛ, дополнительно проводилась санационная бронхоскопия и оксигенотерапия.

Лечение ЭКЛ заключалось в хирургическом удалении, санации остаточной полости кисты и одноэтапном закрытии ее. Исключение составляют больные, страдающие сочетанными или множественными и осложненными ЭКЛ. У детей, при сочетании поражения легких и печени, эхинококкэктомия проводилась сначала на легких, затем печени, а при двухстороннем и множественном ЭКЛ, там, где имеются напряжение или осложненные кисты. Показание к эхинококкэктомии с резекцией легкого считаем наличие неосложненных ЭКЛ с полным поражением легкого в пределах доли и сегмента по методу Боброва-Посадыса, а при осложненных ЭКЛ с грубыми морфофункциональными изменениями по методу Аскерханова. При микроскопически морфофункциональной непригодности в 4-х случаях приступили к резекции сегмента (у 2) и доли (у 2-х), легкого с раздельной обработкой элементов корня. У 41 больного в ближайшем послеоперационном периоде наблюдались осложнения: нагноение остаточной полости (ОП) - 1, пневмония - 2, пневмоторакс - 3 случая. С целью профилактики ОП, у 13 больных с большими ЭКЛ произведено контрольное раздувание легкого и дренирование плевральной полости, с подключением активной аспирации. При гнойно-фибринозном эндобронхите, за счет попадания сгустков крови в просвет бронха, частичная деформация бронхов, ограничение экскурсии и нарушение дренажной функции оперированного легкого было в 5 случаях, обструкция долевого бронха с образованием: ателектаза сегмента (у 4), и доли (у 1). У этих больных в послеоперационном периоде проводились: бронхоскопическая санация, УВЧ, ППЛ, ингаляции дыхательных путей и дыхательная гимнастика. У больных с осложненными ЭКЛ плевральную полость дренировали на 2-3 дня, с проведением аналогичного лечения с обязательной бронхоскопической санацией. Летальности не было, рецидив заболевания наблюдался у 2-х больных.

Таким образом, в связи с увеличением количества больных детей с запущенными формами ЭКЛ измененный дифференцированный подход в тактике лечения до-, интра- и в послеоперационном периоде, позволили улучшить результаты лечения, с уменьшением числа послеоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОРЫВА ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ В ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ.

М.А.Фахратов, З.Б.Курбаниязов, С.М.Расулов.
г. Самарканд

Тактика хирургического лечения при осложненных формах эхинококкоза печени до сих пор остается недостаточно изученной и разноречивой.

По нашим данным перфорация эхинококковой

кисты в желчные протоки не такое уж редкое осложнение. Так, у 18 больных нами было диагностировано данное осложнение которое проявилось в 2-х случаях перемежающейся, а у 16 — постоянной желтухой. Следует отметить, что дифференциальная диагностика желчнокаменной болезни и прорыва кисты в желчные ходы, особенно в случаях, когда до перфорации не был диагностирован эхинококкоз, представляет определенные трудности. Этим больным из-за желтухи не были произведены обычные контрастные рентгенологические исследования желчного пузыря и желчных протоков. Поэтому был использован наиболее простой, нетрудоемкий и безболезненный метод ультразвуковой диагностики и сканирования печени. Однако, при этом невозможно получить достаточную информацию о взаимосвязи кисты, желчных протоков и ходов. В таких случаях рекомендуем использовать ретроградную эндоскопическую холангиоцистографию, которая является наиболее достоверным информативным диагностическим методом. Так, нами в 7 случаях с помощью этого способа удалось определить связь кисты обеих долей печени с печеночными протоками, что подтвердилось во время операции. Следует отметить, что эндоскопическая ретроградная холангиоцистография расширяет возможности топической диагностики при подобных грозных осложнениях эхинококкоза печени. Все 18 больных были оперированы: открытая эхинококкэктомия с дренированием полости кисты произведена у 15 больных, с летальным исходом в ближайшем послеоперационном периоде у двух больных. Применение данного способа объясняется тяжестью состояния больных этой группы. Закрытую же эхинококкэктомию удалось произвести у 3 больных.

Таким образом, хирургическое лечение при осложненных формах эхинококкоза печени должно быть индивидуальным, с учетом локализации, размера кист и разновидности осложнения.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕДКИХ ФОРМ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА.

М.А.Фахратов, С.М.Расулов, У.Т.Рахманкулов
г. Самарканд

Нами за 10 лет (1991-2000 гг.) были обследованы 12 больных с редкой локализацией эхинококка. Из них 8 мужчин и 4 женщины в возрасте от 25 до 63 лет. Больные обследовались общеклиническими, а также современными инструментальными методами исследования, такими как: ультразвуковое и радиоизотопное сканирование, рентгенологическое, а также при необходимости серологическое.

В результате исследований установлены у 5 больных эхинококковая киста щитовидной железы, из них у 3 больных имелась викарная гиперплазия ткани щитовидной железы, т.е. эутиреоидный зоб. У всех больных были при ультразвуковом и радиоизотопном исследовании обнаружены кистозные образования, у одной из них довольно большое (6х10 см) округлое

образование. Тем не менее, только лишь у одной больной до операции с помощью дополнительной серологической пробы был установлен правильный диагноз.

У двух больных при операции во время местной анестезии новокаином случайно при пункции кисты щитовидной железы была обнаружена жидкость, напоминающая содержимое эхинококковой кисты. У 3 больных эхинококкоз поперечно-полосатой мышцы, при дополнительном обследовании был установлен эхинококк печени и успешно прооперирован. Двое больных с гидатидозным эхинококком подпочечного пространства были оперированы как доброкачественные опухоли. У одной из них эхинококк подпочечной области, сдавливая одноименную вену, вызвал синдром Педжетта-Шреттера. После операции отек в левой верхней конечности исчез. Еще у двух больных нами был обнаружен эхинококк паховой области, в одном случае это симулировало бедренную грыжу. Только во время операции был установлен правильный диагноз.

Несмотря на современные методы диагностики гидатидозного эхинококкоза иногда возникают определенные трудности, поэтому нередко оперативное лечение становится не только лечебным, но и диагностическим вмешательством (пособием).

Таким образом, при определении кистозных изменений в различных органах и тканях, также необходимо думать об эхинококке, а также использовать в комплексе диагностических методов еще и возможности серологической верификации гидатидозного эхинококкоза.

АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

А.К.Хайитов, А.Д.Дусбоев
г. Термез

Медицинское и социально-экономическое значение проблемы эхинококкоза в настоящее время определяется его широким распространением, тяжелым клиническим течением, существенным ущербом, наносимым сельскому хозяйству, опасностью ухудшения эпизоотологической обстановки.

Анализ материалов за 30 лет разделили на 3 периода по 10 лет.

Первое десятилетие, т.е. 1971-80 годы с диагнозом эхинококкоз печени госпитализированы 117 больных. Для диагностики применены клиничко-биохимические анализы, рентгенологические исследования, наличие эозинофилии в крови и реакция Кацони. Из 117 больных оперировано 76 (73%) больных: из них только 63 (53,8%) - с уточненным диагнозом. Из 63 больных эхинококкозом, мужчины - 50 (79,3%), женщин - 13 (20,7%). Диагностическая ошибка из 76 оперированных составила 13 (17,1%), из них оказалось: рак - 4, цирроз печени - 3, эмпиема желчного пузыря - 6. Расположение кист указано в таблице. Из 76 оперированных большинство работники сельского хозяйства 66 (86,8%). В трудоспособном возрасте 20 - 50

лет было 58 (76,3%) больных. Из 63 больных эхинококкозом рецидив отмечен в 12 (19,4%) случаях. Для обработки остаточной полости использовали 4% формалин. Ликвидация ОП открытым методом - применена чаще марсупиализация. Послеоперационные осложнения - 19 (30,1%) больных чаще всего встречается желчный свищ, эмпиема плевры, нагноение раны. Летальных исходов было 3 (4,8%). Инвалидность 20 (11,7%), среднее количество койко-дней составило 68 дней, так как при марсупиализации больные находились, более 3 - 4 месяцев на больничном листе.

Во второй период с 1981 - 90 годы поступило 277 больных эхинококкозом печени и брюшной полости. Мужчин - 117 (42,2%), женщин - 160 (57,8%). Для диагностики применены рентгенологические методы исследования и УЗИ. Диагностические ошибки после операции составили 38 (13,7%): из них в основном эмпиема желчного пузыря 20 (7,2%) цирроз печени 8 (2,9%) и другие заболевания брюшной полости в 4 (1,4%) случаях. Локализация и методы ликвидации ОП указаны в таблице. ОП обработана в этот период 3% р-р йода и 70° спиртом, ликвидация ОП в большинстве случаев - наружным дренированием, капитонаж без дренажа, тампонирование сальником. Марсупиализация не применена.

Послеоперационные осложнения у 68 (25%) больных, из них чаще всего - желчный свищ, нагноение ОП. Рецидив заболевания отмечен у 20 (72%) больных. Летальность 16 (5,4%), среднее количество койко-дней 40.

В третий период с 1991 - 2000 годы лечилось, только в абдоминальном отделении 636 больных эхинококкозом печени и брюшной полости. Мужчин - 213 (33,4%), женщин - 423 (66,6%). Число выявленных и увеличение заболеваемости связано с улучшением диагностики, профилактическим осмотром, а также с использованием нового инструментария и аппаратуры: "Aloka - 630", "Sireskop SC" лапароскоп, рентгенологической аппаратуры. Всем больным произведено УЗИ - диагностическая достоверность, которых составила 98%. Диагностическая ошибка составила 8 (1,2%) случаев. Локализация кисты и ликвидация ОП указаны в таблице.

Для антипаразитарной обработки кисты применен 70° спирт, в последние 2 года применяем при неосложненной форме эхинококкоза печени 0,5% раствор перманганата калия в экспозиции 2 минут. (Приоритетная справка № 1 др. 20000761 от 10.03.2000 г.). В этот период для ликвидации ОП чаще применен капитонаж + дренирование и тампонирование сальником + дренирование, марсупиализация не применена.

Специфические осложнения: реактивный плеврит, нагноение раны. Рецидив отмечен у 15 (2,3%) больных. Летальность 8 (1,2%) больных. Среднее количество койко-дней - 12.

Таким образом, в хирургическом лечении эхинококкоза печени ответственным моментом является интраоперационная антипаразитарная обработка ОП.

Таблица локализации и ликвидации эхинококкоза печени и брюшной полости

Локализация кист	1971 - 80 г. n=63	
	абс.	%
Правая доля печени	30	47,7
Левая доля печени	12	19,0
Обе доли печени	10	15,9
Печень+брюшная полость	4	6,3
Печень+селезенка	7	11,1
Другие обл.брюшн.полости	-	-
Операционный доступ		
Верхнесрединная лапаротомия	33	52,3
Косой разрез правого подреберья	30	47,7
Методы ликвидации		
Марсупиализация	30	47,7
Наружное дренирование	20	31,7
Наружное дренирование+тампон салником	3	4,8
Капитонаж	4	6,3
Капитонаж+дренирование	6	9,5
Специфические осложнения		
Желчный свищ	8	12,7
Нагноение раны	7	11,1
---	-	-

ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА СЕЛЕЗЕНКИ

А.С.Халилов , Р.А.Янгиев
г. Ташкент

Частота эхинококкоза селезенки по данным различных авторов составляет от 1 до 8%.

Внедрение в клиническую практику новых неинвазионных методов исследования улучшило диагностику эхинококкоза селезенки. За последние 5 лет в нашем отделении было оперировано 18 больных эхинококкозом селезенки, что составило 12%. Больные в основном были в возрасте от 18 до 48 лет. Мужчин было 8, женщин -15. В 11 наблюдениях кисты селезенки были одиночными, в 7 - множественными. В 7 наблюдениях эхинококкозом были поражены и другие органы. Сочетание эхинококко-

за легких и печени отмечено в 7 случаях. Установлено, что во всех случаях эхинококкоз был выявлен во время профилактических осмотров (рентгеноскопия грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости).

Кисты селезенки располагались в 5 случаях в центре под капсулой, в 6 случаях в верхнем полюсе, в 6 случаях в нижнем полюсе и в одном случае у ворот селезенки.

При поступлении в клинику всем больным проводили общеклинические анализы, рентгеноскопию органов грудной клетки и ультразвуковое исследование (УЗИ).

Все больные были оперированы. Применяли верхне-срединный лапаротомный доступ. Этот доступ

является щадящим и даёт возможность без особой трудности выполнять оперативное вмешательство на всей поверхности пораженного органа. Перед вскрытием для уменьшения давления в кисте производили пункцию толстой иглой и отсасывали жидкость, вскрывали полость кисты и удаляли её содержимое. Полость кисты обрабатывали растворами глицерина, перекиси водорода, 1% раствора перманганата калия, спиртом и формалина. Частично иссекали фиброзную капсулу, а оставшуюся часть ушивали в виде капитонажа. Производили дренирование брюшной полости. В 2 случаях при расположении эхинококковой кисты в верхнем полюсе произведена эхинококкэктомия при помощи лапараскопа. В одном случае произведена спленэктомия (при расположении эхинококковой кисты у ворот селезенки). В 7 случаях эхинококкэктомия из селезенки сочеталась с эхинококкэктомией печени.

Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали. В отдаленном периоде от 2 до 8 лет при УЗИ рецидивов не обнаруживали. Итак, при эхинококкэктомии селезенки операцией выбора является закрытый способ обработки полости кисты с сохранением селезенки.

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ И ИХ ИСХОДЫ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.

Г.М.Ходжиматов, Д.М. Хакимов, Б.Султонкулов,
Ш.Ш.Тургунов, Ш.Курбонов.
г.Андижан

До настоящего времени единственным, радикальным методом лечения эхинококкоза остаётся хирургический. Как при живом, так при мертвом паразите (когда киста находится в ранней стадии посмертных изменений) операцией выбора является одномоментная закрытая эхинококкэктомия в различных модификациях. На кафедре хирургических болезней ФУВ АГМИ на базе Андижанского областного филиала РНЦЭМП у 50 (74%) из 68 больных эхинококкэктомия была выполнена по обычной методике: после удаления паразита и обработки полости фиброзной капсулы противопаразитарными средствами, остаточную полость ликвидировали непрерывным швом. Такую методику обычно мы применяем при внутривисцеральной локализации кист и поддатливых стенках фиброзной капсулы. При кистах больших размеров с нагноением, мы всегда оставляем в образовавшейся полости перед её капитонажем хлорвиниловую трубку среднего диаметра (от системы для переливания крови), что обеспечивает отток желчи и раневого отделяемого. При субкапсулярной локализации кист показана эхинококкэктомия с иссечением фиброзной капсулы до места её перехода в ткань печени. Для предупреждения желчеистечения на края фиброзной капсулы накладываем обвивной шов. Поверхностная локализация кист позволяет выполнить эхинококкэктомию с устранением остаточной полости путем вво-

рачивания в нее свободных краев фиброзной капсулы.

При центральном расположении живых и мертвых кист эхинококкэктомия с удалением фиброзной капсулы применена только у 6 больных, резекция печени выполнена у 1 пациента. Наш опыт показывает нецелесообразность и большой риск подобных операций, особенно при кистах большого размера при их центральном (внутрипеченочном) расположении. У больных с осложненным эхинококкозом наиболее часто наблюдалось нагноение (у 60% из 31 больного). Нагноение кист сопровождается тяжёлой интоксикацией, а нередко и септическим состоянием, что вынуждает применять открытую эхинококкэктомию с вскрытием нагноившейся кисты, удалением её содержимого, с последующим дренированием или тампонадой. Такие, вынужденные открытые эхинококкэктомии выполнены у 31 больного. Между тем при нагноении поверхностно расположенных небольших кист передней или висцеральной поверхности печени могут быть применены закрытые методы, особенно когда стенки фиброзной капсулы эластичны и легко можно выполнить капитонаж с введением до дна полости среднего диаметра хлорвиниловых дренажей. Такие дренажи обеспечивают отток раневого отделяемого и позволяют проводить санацию путем введения антибиотиков или антисептиков. Перфорацию кист в поддиафрагмальное пространство, наблюдали у 2 (6,4%) больных, у которых отмечена картина поддиафрагмального абсцесса. Поскольку кисты, расположенные в поддиафрагмальной поверхности печени, часто имеют большие размеры, диагностика их не представляет особых трудностей. Наиболее рациональным методом лечения кист этой локализации является открытая эхинококкэктомия. Перфорация кист в свободную брюшную полость отмечена у 2 (6,4%) больных. Перфорация в брюшную полость чаще встречается при субкапсулярном расположении кист на передней или висцеральной поверхности печени. При неосложненном эхинококкозе после тщательного туалета брюшной полости операцию завершаем закрытой эхинококкэктомией с тампонадой сальником на ножке. При нагноении, ригидности стенок фиброзной капсулы производим частичный капитонаж с тампонадой сальником, а также дренированием брюшной полости, особенно при перфорации нагноившихся кист.

Таким образом, по нашим данным эхинококкоз печени чаще проявляется с мертвым паразитом в стадии поздних посмертных изменений осложненного эхинококкоза. Эти осложнения наблюдаются чаще в кистах расположенных на поддиафрагмальной поверхности печени и при их центральной локализации. Операцией выбора у большинства больных с осложненным эхинококкозом печени является закрытая эхинококкэктомия в различных модификациях. Выбор конкретного метода лечения осложненного эхинококкоза печени зависит от характера осложнений, локализации, размеров и количества кист, состояния больного.

**ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
БОЛЬНЫХ С НАГНОЕНИЕМ ОСТАТОЧНОЙ
ПОЛОСТИ В ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ
ЭХИНОКОККЭКТОМИИ.**

А.М.Худайберганов, Б.Я.Артыков,
М.М.Акбаров, Ж.Б. Артыков
г. Ташкент

В отделении хирургии печени и желчных путей НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз с 1994 по 2000гг. оперированы 745 больных с эхинококкозом печени. Из числа оперированных больных в ближайшем и отдаленном периоде с нагноением остаточной полости поступили 70(9,39%)пациентов. При ультразвуковом сканировании (УЗС) размеры остаточных полостей (ОП) были от 3 до 8 см. Мужчин было 37 и женщин 33, в возрасте от 18 до 57 лет.

При инфицировании и нагноении ОП в печени у больных отмечались боли в правом подреберье, повышение температуры тела и связанная с этим клиника общей интоксикации. При отсутствии инфицирования ОП больные отмечали наличие тяжести и тупых болей в области печени, нередко особых жалоб не предъявляли. У этих больных наличие ОП в печени устанавливали при контрольном УЗС.

Всем больным после эхинококкэктомии из печени перед и после удаления дренажных трубок в обязательном порядке проводили контрольное УЗС и при необходимости фистулографию для выявления ОП.

Анализ нашего материала показал, что ОП в печени в основном возникала в тех случаях, когда операция выполнялась у больных с осложненными формами эхинококкоза (желчные свищи, нагноение и омертвление) и при гигантских размерах эхинококковых кист.

В отдаленном послеоперационном периоде с нагноением ОП оперированы 26 (37,14%) больных. У них операция закончилась санацией ОП и дренированием, в 3 случаях с подведением дренажной трубки и тампона.

После кратковременной подготовки 44 (62,14%) больным под местной анестезией выполнено чрескожное чрепечечное дренирование (ЧЧД) под контролем УЗС и компьютерной томографии (КТ) ОП в печени с подключением активной аспирации и последующей санацией раствором фурацилина, хлоргексидина, диоксида и введением антибиотиков после определения вида микрофлоры и их чувствительности к антибиотикам. Все это дало возможность эффективной санации и способствовало уменьшению размеров ОП.

В одном случае наблюдалась клиника механической желтухи, при котором нагноившиеся ОП располагались в воротах печени и сдавливали билиарные протоки. После опорожнения ОП нормализовались показатели билирубина в крови, и проходили явления интоксикации.

Послеоперационный период протекал гладко. Через сутки у всех больных отмечалось значительное улучшение общего состояния с нормализацией температуры, билирубина и ферментов в крови. Всем боль-

ным после ЧЧД для оценки эффективности проводимого лечения в динамике, наряду с клинико-лабораторными исследованиями на 5-10 сутки и перед выпиской проводилось контрольное УЗС и при необходимости фистулография. При этом отмечено уменьшение ОП до 0,5-1,5см.

В послеоперационном периоде осложнений не отмечалось и все больные выписаны в удовлетворительном состоянии для дальнейшего амбулаторного наблюдения. Средняя продолжительность пребывания больных в стационаре составила 18,1 дней.

Таким образом, при лечении нагноения ОП в печени после эхинококкэктомии требуется в каждом конкретном случае индивидуальный подход.

**СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНО-
КОККОЗА ПЕЧЕНИ**

А.М. Худайберганов К.Н. Закиров, А.И. Икрамов
г.Ташкент

В связи с ежегодным увеличением числа больных эхинококкозом в странах Центральной Азии, в том числе и в Узбекистане, он остается серьезной медицинской и народно-хозяйственной проблемой.

Несмотря на значительный прогресс в развитии и совершенствовании диагностики и хирургического лечения эхинококкоза в начале нового тысячелетия, количество больных продолжает неуклонно увеличиваться. Особенно обращает на себя внимание поступление больных в хирургические учреждения с осложненными формами эхинококкоза. В связи с этим, тема настоящего сообщения злободневна и требует дальнейшего пристального изучения.

Материал и методы В 2000году в отделение хирургии печени и желчных путей клиники НЦХ им.акад.В.Вахидова МЗ Руз с эхинококкозом печени и брюшной полости поступило 139 больных, 10 из них (7%) составили больные с нагноением остаточной полости после различных вариантов эхинококкэктомий, выполненных в ряде лечебных учреждений. Мужчин было 98 (70,5%), женщин — 41 (29,5%). Все больные были обследованы в амбулаторном порядке, причем использованы современные диагностические методы, включающие ультразвуковую сонографию (УЗС), рентгенографию, а в 21 случае - компьютерную томографию. У 3 пациентов имелась механическая желтуха вследствие сдавления магистральных желчных протоков паразитарной кистой. Им выполнена ретроградная холангиопанкреатография. У 6 больных имелись остаточные желчные свищи и им произведена в динамике фистулография. Из всех поступивших больных оперировано 130 (93,5%). Девяти пациентам операция не произведена: из-за наличия малых кист — 6, трем больным с нагноениями остаточных полостей выполнено пункционное дренирование под контролем компьютерной томографии. Пятерым выполнены симультантные операции: в двух случаях эхинококкэктомия сопровождалась холецистэктомией, в пяти — эхинококкэктомия и грыжесечение при рецидивных эхинококкозах. В 10 случаях эхинококкэк-

томия выполнена лапароскопическим методом. После всех видов операция мы выполняем контрольную УЗС. 14 пациентов, выписанных нами с дренажными трубками в остаточных полостях, в динамике являлись на контрольный осмотр и им выполнялась фистулография с последующим удалением трубок от 1 до 3 месяцев после операции.

Результаты. У большинства оперированных больных наступило выздоровление. Осложнения наблюдались у 2 больных вследствие чрезмерно раннего удаления дренажной трубки из остаточной полости и последующего развития желчного перитонита. Этим больным произведена релапаротомия, ушивание желчных свищей, дренирование брюшной полости. У одного из них наступил летальный исход вследствие прогрессирования интоксикации, печеночной и почечной недостаточности, второй выписан с выздоровлением. Второй летальный исход наступил вследствие развития острой сердечнососудистой недостаточности.

Выводы 1. Для выбора адекватной тактики операции при осложненных формах эхинококкоза печени и при рецидивах заболевания необходимо тщательное обследование с использованием наиболее современных методов.

2. Длительное оставление дренажных трубок остаточных полостей оправдано тем, что в послеоперационном периоде устраняется вероятность таких осложнений, как желчный перитонит, нагноение остаточной полости, имеется возможность контролирования скорости заживления полости и отсутствия желчных свищей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

А.М.Шамсиев, А.Х.Одилов, У.Б.Гаффаров,
Н.Д.Кодиров, Ш.Ш.Мухитдинов
г.Самарканд

При эхинококковой болезни у детей, в настоящее время, хирургический метод остается единственным радикальным способом лечения.

Под нашим наблюдением с 1986 по 2000 год находилось на лечении 431 больной эхинококкозом различной локализации в возрасте от 1 года до 16 лет. Мальчиков было 239 (55,5%), девочек 192 (44,5%). Эхинококкоз легких выявлен у 173 (40,2%) печени у 192 (44,5%), сочетанный эхинококкоз у 54 (12,5%) редкие локализации у 12 (2,8%) больных. Среди сочетанных форм из 54 больных в 48 случаях (88,9%) наблюдалось сочетание эхинококкоза печени и легких, и у 4 (7,4%) больных, правого легкого у 91 (52,6%) и левого у 62 (35,8%). Одиночный эхинококкоз отмечен у 152 больных (87,9%), множественный у 21 (12,1%).

При эхинококкозе легких применяли в основном широкую боковую торакотомию в пятом-шестом межреберье в зависимости от локализации кисты. При двухстороннем и сочетанном поражении выполняли поэтапные операции сначала в легком и со стороны большой кисты, затем в печени с интервалом 1 месяц.

При эхинококкозе печени применяли в основном лапаротомию по Федорову, при поражении обеих долей верхнесрединную лапаротомию.

Обработку фиброзной капсулы со сколексоцидной целью, до последнего времени, производили 2% раствором формалина. В настоящее время с этой целью применяем 100% глицерин.

Характер операции по способу ликвидации ложа паразита в легком выглядел следующим образом: капитонаж по Дельбе-2, ушивание мелких полостей-22, по методу А.А. Вишневого- 64, по А.Т.Пулатову 123 (по количеству кист). Дренажные трубки оставляем в плевральной полости и по показаниям у ложа паразита.

В печени капитонаж по Дельбе применили у 12, тампонирование остаточной полости сальником у 13, дренирование остаточной полости тампоном с мазью Вишневого- у 5, ушивание мелких остаточных полостей узловыми кетгутовыми швами - у 20 пациентов. Метод инвагинации фиброзной капсулы (у 32 больных), по предложенному в клинике методу (ликвидация полости путем наложения вворачивающих швов на резецированные края фиброзной капсулы с паренхимой печени внутрь раны) у 100 больных. Критериями эффективности хирургического лечения были отсутствие тех или иных осложнений, продолжительность лихорадочного периода, длительность дренирования полости, сроки пребывания больных на койке после операции.

После эхинококкэктомии печени предложенным нами методом получены хорошие результаты в 92% случаев. При эхинококкозе легких из оперативных способов лечения хорошие результаты получены при органосохраняющих эхинококкэктомиях по А.А.Вишневскому и по А.Т.Пулатову.

ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ЭХИНОКОККОЗА

Ю.Ю. Шарипов, С.М. Исхакова
г.Ташкент

В настоящее время известно, что эхинококковая киста может располагаться и развиваться в любом органе и ткани. Частота редких локализаций эхинококкоза составляет до 1%, и зачастую эти больные оперируются под различными диагнозами и наличие кисты эхинококковой этиологии устанавливается только во время операции.

За последние 10 лет в отделении мы наблюдали 8 больных с редкими локализациями эхинококкоза. Женщин было - 5, мужчин - 3. Большинство пациентов (5) поступили в отделение с направительным диагнозом доброкачественное образование мягких тканей (липома, фиброма, атерома и др.), у 3 больных эхинококковые кисты были находками во время экстренной операции. Локализация эхинококковых кист была: в подмышечной области - 1 случай, в правой подвздошной области - 2 случая, в нижних конечностях - 2 и в 1 случае во время аппендэктомии в правой подвздошной области обнаружена эхинококковая киста, находящаяся на брыжейке тонкого кишечника

и в 2 случаях кисты располагались на большом саленике. В 3 случаях больные были оперированы с диагнозом острый аппендицит и аппендикулярный инфильтрат, во время операции обнаружены эхинококковые кисты.

При расположении кист в мышцах конечностей и в правой подвздошной области проводилось удаление эхинококковой кисты вместе с фиброзной капсулой. В правой подмышечной области эхинококковая киста располагалась в проекции подмышечной артерии, однако она со стенкой артерии не была связана. В послеоперационном периоде при УЗИ исследовании органов брюшной полости, грудной клетки и рентгеноскопии в других органах наличие кист не было выявлено. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. В отдаленном периоде от 2 до 8 лет рецидивов эхинококковых кист не выявлено.

Следует отметить, что при доброкачественных опухолях мягких тканей с четкой проекцией, безболезненным и медленным ростом и благоприятным течением, а также образовавшийся в правой подвздошной области (аппендикулярный инфильтрат, киста и др.) необходимо заподозрить возможность наличия кисты эхинококковой природы и целенаправленное обследование поможет установить правильный диагноз и выбор оперативного вмешательства.

СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ

Ю.С.Эгамов, Г.М.Тешабаев
г. Андижан

Целью исследования является разработка рационального метода ликвидации остаточной полости в отдаленном периоде после эхинококкэктомии печени, без применения оперативного вмешательства.

Способ осуществляется следующим образом: дренирование остаточной полости печени: после обработки кожи над печенью под местной анестезией, раствором новокаина 0,25% - 20 мл, осуществляется пункция специальной иглой с мандреном, кожи, печени и остаточной полости эхинококка под контролем аппарата УЗИ "ALOC SSD-260". После пункции остаточной полости через иглу начинается выделение жидкости, часто это гной, со зловонным запахом. Через иглу в полость вводят мандрен и с его помощью вводят более толстый полихлорвиниловый катетер. Катетер фиксируется к коже и отсасывается жидкость с последующим промыванием остаточной полости дезинфицирующим раствором: фурацилином (1:5000) или диоксицином (1%) в теплом виде. Через катетер полость периодически активно промывается и удаляется после полной ликвидации жидкости в остаточной полости печени, в среднем на 5 — 6 суток.

Предложенный способ выгодно отличается от традиционного лечения тем, что в послеоперационном периоде, при осложнении (нагноение остаточной полости эхинококка печени), нет необходимости в повторной операции и соответственно уменьшается риск различных осложнений.

Клиническое использование способа проведено в хирургическом отделении клиник Андижанского Государственного медицинского института у 18 больных нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени. Проведено чрескожное — чреспеченочное дренирование остаточной полости без повторной операции (релапаротомии). Все больные из стационара выписаны с выздоровлением.

Таким образом, предлагаемый способ ликвидации остаточной полости в отдаленные сроки после эхинококкэктомии печени, обеспечивает уменьшение осложнений и вероятность повторной операции. Уменьшение осложнений достигается тем, что остаточная полость печени дренируется более безопасным методом, чрескожной чреспеченочной пункцией, под контролем аппарата УЗИ.

ПРОБЛЕМА ЭХИНАКОККОЗА В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ.

М.Э. Эшбеков, Г.С. Орифхужаев, Б.Р. Рахмонов, М.Х. Юлдашев, Э.У. Курбонов, Р.К. Эргашев, Р.И. Субхонкулов.
г. Джизак.

В Джизакском филиале РНЦЭМП находились на лечении 35 больных с эхинококкозом легких (11) и печени (24). Из них женщин 24, мужчин 11. Возраст больных от 6 до 70 лет.

Большинство больных 28 (80%) живут в сельской местности.

По локализации эхинококковая киста располагалась в правом легком у 7, в левом у 4 больных. В верхней доле правого легкого эхинококковая киста обнаружена у 3, в средней у 2, в нижней у 2 больных. В верхней, нижней долей левого легкого у 2 больных по две кисты. При печеночной локализации отмечалось поражение правой доли у 19, а левой доли у 5 больных.

В легких одиночная локализация кисты обнаружена у 6 больных, у 3 больных по 3 кисты, у 2 больных было по 4-5 кист. В печени одиночная локализация отмечена у 14 больных, по 3 кисты у 6 больных, по 4 и больше у 4 больных. Всего эхинококковых кист было найдено в легких — 25, в печени — 52. По размеру малая киста (до 5 см) — 41, средняя (до 10 см) — 25, большая гигантская (10 см и больше) 11 больных.

Эхинококковая киста легких с нагноением отмечена у 3 больных, прорыв в бронх у 3, в плевральную полость у 2 больных. 3 больных оперированы с угрозой разрыва гигантских кист, у которых наблюдалась дыхательная недостаточность в результате сдавления легкого и смещения органов средостения в здоровую сторону.

В печени у 3 больных обнаружено нагноение, в 3 случаях прорыв в брюшную полость, а 18 больных оперированы из-за угрозы прорыва кист гигантских размеров. С целью диагностики, наряду с общеклиническими методами, проводились рентгенография, рентгеноскопия легких, ультразвуковое исследование, в некоторых случаях лапароскопия.

Оперированы 34 больных. Оперативное вмешательство производилось в срочном порядке 27 больным, в

остальных случаях в отсроченном порядке. Во всех случаях произведена эхинококкэктомия с предварительной пункцией кисты. У 11 больных частичная перикистэктомия. Обработка остаточной полости проводилась по общепринятой методике. У 7 больных остаточная полость в печени ликвидирована путём капитонажа. У 8 больных произведено частичное ушивание её с дренированием. В двух случаях абдоминализация. В остальных случаях произведено дренирование остаточной полости. Остаточные полости в легких ликвидированы путем капитонажа. Только в одном случае произведено дренирование остаточной полости в легком.

Из 34 оперированных выздоровели 33. У 7 больных наблюдались различные послеоперационные осложнения: у 2 - осумкованный плеврит, у 3 - желчные свищи, у 2 больных пневмоторакс.

Все эти осложнения ликвидированы консервативным путем.

Умерла одна больная, оперированная по поводу - гигантской эхинококковой кисты верхней доли правого легкого, с нагноением, у которой остаточная полость была ликвидирована путем капитонажа. Смерть наступила из-за нагноения остаточной полости с образованием бронхо-легочно-плеврального свища и присоединившейся пневмонии другого легкого.

ЎПКА ВА ЖИГАР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШ ҲАҚИДА.

М.Э. Эшбеков, Н.У. Норкузиев, Б.Р. Рахмонов,
М.Х. Юлдашев, Б.К. Эргашев
Жиззах ш.

Марказда эхинококкоз билан 34 бемор операция қилинди. Шулардан 10 тасида ўпка ва 24 тасида жигар эхинококкэктомия операцияси ўтказилди.

Операциядан кейинги даврда қўйидаги асоратлар кузатилди: 2 та беморда ўпканинг қисман коллапси билан кечувчи пневмоторакс, 2 та беморда чегараланган сероз плеврит, 3 та беморда эса ташки ўт оқмаси рўй берди.

Бу асоратларнинг келиб чиқиш сабаблари ўрганилганда дастлабки операция қилинган беморларда плевра бўшлиғини юқори ва пастки найчалар билан дренажланганда унинг олди соҳасида чегараланган сероз плеврит рўй бериши аниқланди. Бу тажрибадан келиб чиқиб плевра бўшлиғини олдинги ва орқа найчалар билан дренажланганда бу асоратлар кузатилмади. 2 та беморда рўй берган қисқа муддатли пневмоторакс эса дренажлашни актив аспирация усулига ўтказилганда тугатилди.

Жигар эхинококкэктомиясидан кейин 3 та беморда кузатилган ташки ўт оқмасининг кечишида қўйидаги ўзгаришлар аниқланди: Операциядан кейин 4-5 кунлари беморларда тана харорати қисқа муддатга 38 ° С га қўтарилди ва бу тана хароратининг қўтарилиши оқмадан ўт суюқлигининг камайиши билан бир ҳолда бўлди. Ультратовуш текширишда қолдиқ бўшлиқ кичрайганлиги ва унда ўт суюқлигининг димланиши аломатлари йўқлиги аниқланди. Ўт суюқлигининг чиқиши тугаши билан беморларда тана харорати нор-

маллашди. Бу беморларда ҳар томонлама текширишлар натижасида тана хароратининг бошқа қўтарилиш сабаблари топилмаган, биз бу ўзгаришни ўтнинг физиологик тарзда ичакка ўтиши тикланган, қолдиқ бўшлиқдан тўпланган суюқликнинг жигар ўт йўлларида рефлюкси натижаси бўлса керак деган ҳулосага келдик.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОК- КОЗЕ ПЕЧЕНИ

А.Х. Янгиев, М.С. Абидов, Х.С. Ходиев
г. Ташкент

За последние 10 лет в клинике общей хирургии 1-клиники ТашГосМИ находились на лечении 128 больных с эхинококкозом печени. Следует отметить, что в последние годы отмечается увеличение больных с данной патологией, что связано с улучшением диагностики/внедрение в практику неинвазивных методов исследования УЗД/. Из 128 больных с эхинококкозом печени, отмечалось сочетание с эхинококкозом селезенки в 16 случаях, в 6 случаях легких, в 4 случаях эхинококкоз органов брюшной полости.

Одиночные кисты отмечались в 42 случаях, множественные - в 86 случаях. Правая доля поражалась в 118 случаях, левая - в 10 случаях. Возраст больных колебался от 16 до 68 лет. Наиболее часто встречался в возрасте от 30 до 40 лет (68%). Мужчин было - 57, женщин - 71. 17 больных до поступления к нам были оперированы по поводу эхинококкоза печени. Из них у 10 был рецидив болезни, у 7 определялись оставшиеся кисты. У 5 пациентов были различные осложнения связанные с перенесенной операцией: у 3 послеоперационные грыжи передней брюшной стенки, у 2 желчные свищи. С осложненной формой эхинококкоза печени поступили 8 пациентов, нагноение эхинококкоза печени было у 3, прорыв кисты в желчные протоки с механической желтухой у 2, прорыв в брюшную полость у 2, прорыв в плевральную полость с образованием печеночно-бронхиального желчного свища у 1 больного. У всех пациентов причиной возникновения осложнений была поздняя диагностика заболевания. Всем больным при поступлении проводилось комплексное диагностическое обследование: рентгеноскопия грудной клетки и ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при необходимости МРТ. Особо важное значение придаем УЗД исследованию, так как точная топическая диагностика определяет выбор доступа к пораженному органу. Так, при расположении кисты в 6-7 сегменте предпочтительнее отдаём косому разрезу параллельно правой реберной дуге по Федорову с рассечением широкой связки печени. В остальных случаях применялся срединный доступ. Из 128 больных разрез по Федорову применен у 37 больных, этот доступ более щадящий по сравнению с торакофрениколумботомией. Во время операции полость кисты обрабатываем растворами глицерина, перекиси водорода, 1% перманганата калия и формалина. У 14 пациентов во время операции выявлено наличие желчных свищей, которые устранялись наложением швов атравматической нитью. При краевом

расположении кисты фиброзную стенку иссекали при помощи лазера. Операцию заканчивали капитонажем полости кисты. При больших размерах остаточной полости устранить ее бычным путем трудно или невозможно, поэтому производили тампонаду полости салником на ножке.

В послеоперационном периоде у 3 больных отмечалось нагноение остаточной полости, у 2 желчеистечение из полости кисты. После дренирования и консервативных мероприятия больные поправились. Летальных исходов не было. При обследовании больных в отдаленном периоде (6-8 лет) у 2 больных отмечал-

ся рецидив эхинококкоза.

Таким образом для улучшения результатов лечения больных с эхинококкозом печени важное значение имеет своевременная диагностика заболевания, - которая достигается проведением профилактического обследованием населения, для выявления больных с эхинококкозом.

При расположении кисты в поддиафрагмальном пространстве в 6-7 сегменте печени косой разрез по Федорову с рассечением широкой связки печени вполне достаточно для выполнения всех этапов операции.

РАЗДЕЛ IV ХИМИОТЕРАПИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА

КОМПЛЕКСНОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

М. М. Алиев, А.Т. Аллабергенов, Х. Х. Дадаев
г.Ташкент

До настоящего времени считалось, что единственным методом лечения эхинококковой болезни является хирургический. Однако в последние годы в литературе широко стали освещаться попытки медикаментозного лечения. Основными препаратами по мнению многих исследователей считаются мебендазол и альбендазол.

В нашей клинике с 1998 года в комплекс лечебных мероприятий в до- и послеоперационный период включено проведение лечения с комбинированием различных методов оперативного лечения и химиотерапии. При этом мы отказались от применения таких препаратов как мебендазол и альбендазол так как оба препарата обладают токсическим действием на кровянные ростки костного мозга и печень у детей.

Наиболее благоприятные результаты лечения гидатидозного эхинококкоза печени нами отмечены при сочетании традиционных и консервативных методов лечения. В дооперационном периоде мы применяли метронидазол в течение 7 дней в дозировке 0,25г - 2 раза в день. В послеоперационном периоде назначали инфузионный раствор метронидазола (флагил) в течение 3-х дней из расчета 7,5 мг/кг - 3 раза в сутки, под прикрытием гепатопротекторов. I курс химиотерапии составлял 10 дней.

Второй курс начинался с интервалом в 30 дней, но только лишь приемом метронидазола внутрь по 0,25 г - 2 раза в течение 7 дней.

Все больные лечение метронидазолом перенесли относительно удовлетворительно. Побочные явления потребовавшие прекращения химиотерапии не отмечены. Контроль проводимого лечения осуществляли по уровню колебаний сенсibilизации к антигенам эхинококковой жидкости при постановке реакции антигенсвязывающих лимфоцитов. Сроки наблюдения составили от 1 года до 3-х лет. При этом рецидива заболевания в наших наблюдениях не выявлено.

Таким образом, сочетание традиционного оперативного вмешательства с химиотерапией при эхинококкозе печени оказалось достаточно эффективным методом лечения у детей.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА

А.А.Асраров, Ш.А. Ганиев, З.Ф. Шоумаров,
Д.А. Исмаилова
г. Ташкент

До настоящего времени эхинококкоз остается нерешенной проблемой и оперативное вмешательство считается единственным методом лечения. В начале 70-х годов Heate, Chevis на основании исследований, выполненных сначала в лаборатории, а затем на животных, показали, что мебендазол весьма активно воз-

действует на личинку гидатидного эхинококка.

Начиная с 1995 года, в комплексном лечении эхинококкоза различной локализации у 254 больных на первом этапе лечения и в послеоперационном периоде мы использовали мебендазол в дозе 50 мг/кг в сутки, а в дальнейшем, с накоплением опыта - альбендазол в дозе 12 мг/кг в сутки. С лечебной целью длительность терапии составляла 3 месяца, а с целью послеоперационной профилактики в течение 1 месяца, через месяц после оперативного вмешательства.

Показаниями к применению химиотерапевтических средств были: 1. Одиночные, центрально расположенные кисты легких и печени; 2. Множественный эхинококкоз легких, печени, селезенки, не подлежащий хирургической коррекции в связи с распространенностью процесса; 3. Обсеменение плевральной или брюшной полости вследствие прорыва кисты; 4. Послеоперационный период у больных после различных хирургических вмешательств — эхинококкэктомии легких, печени, селезенки и других локализаций.

Для контроля эффективности лечения проводили регулярно ультразвуковые и рентгенологические исследования в сроки от 1 до 60 месяцев. Контроль гемограммы осуществлялся каждую неделю в сроки до 3-х месяцев.

Серьезных побочных явлений, связанных с применением препаратов не отмечено, и во всех случаях лечение доведено до конца.

У 41 пациента при применении препарата с лечебной целью было выявлено в динамике уменьшение объема полости (46.3%), полное исчезновение - (31.7%), наличие сухих небольших полостей или обызвествление кисты - (22%).

У 213 пациентов, которым препарат применялся с профилактической целью, в сроки до 5 лет рецидива заболевания не отметили.

Как показывает наш опыт, химиотерапия эхинококкоза человека в послеоперационном периоде является одним из важных аспектов, а в некоторых случаях единственным методом, способствующим профилактике рецидива. При неоперабельных случаях также показано применение антигельминтного препарата. Применение химиопрепаратов в этих случаях позволяет предупредить или излечить эхинококкоз человека различной локализации.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АЛЬБЕНДОЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА

Йулдошев Г.Й., Нурметова Ф.У.
г. Ургенч

Общеизвестно, что лечение эхинококкоза — это проблема хирургическая. Применение же лекарственного препарата, который губительно действовал бы на элементы эхинококковой кисты, мы считаем вполне оправданным.

В настоящее время в фармации разработаны новые антигельминтные препараты (альбендозол, бильтрицид), которые в будущем вероятно займут проч-

ное место в химиотерапии эхинококкоза, а также для профилактики рецидивов паразитарного заболевания.

Для оценки действия препарата на развитие эхинококкоза и профилактики рецидива заболевания нами использован альбендозол 2,5% у 3 групп больных.

Первую группу составили 9 больных эхинококкозом печени, которым выполнялись малотравматичные эхинококкэктомии: у 7 из них операцию выполняли с помощью лапароскопической видеотехники, а у 2 пункционно-аспирационным способом под контролем УЗИ.

Вторая группа состояла из 11 больных с резидуальным эхинококкозом. Этим пациентам во время первой операции в связи с тотальным поражением органов брюшной полости (8) и забрюшинного пространства (3) было решено произвести многоэтапную эхинококкэктомию.

В третью группу вошли 7 больных с сочетанным эхинококкозом органов грудной клетки, и брюшной полости.

Курс лечения альбендозолом состоял из 5 или 10 дней. Препарат назначали на 8-10 сутки после операции по 0,75 мл/ 10 кг 3 раза в день в течение 10 дней.

Побочные явления носили умеренный и временный характер и не влияли на курс лечения. Так у 2 пациентов в течение первых суток после приёма препарата были умеренные боли в животе с тошнотой. Рвота отмечена у одного пациента с множественным эхинококкозом печени, брюшной полости, заброшенного пространства и в правой плевральной полости. Пошатывание отмечено у 2 больных.

Три курса лечения альбендозолом получил 1 больной с генерализованной формой эхинококкоза-множественные кисты локализовались в печени, брюшной полости, забрюшинном пространстве и правой плевральной полости. Два курса получили двое больных, один больной после транскутанной эхинококкэктомии под контролем УЗИ из брюшной полости и другой- с сочетанным эхинококкозом левого легкого и печени, после эхинококкэктомии из левого легкого (1 этап). Один курс лечения альбендозола по выше представленным показаниям получили 24 пациента.

Оценку антигельминтной эффективности препарата альбендозола строили на основании интраоперационных визуальных объективных данных развития паразита и цитологических исследований, и динамической ультрасонографии.

У пациентов первой группы динамическая послеоперационная ультрасонография на протяжении одного года не выявила рецидива заболевания.

У больных резидуальным эхинококкозом, по данным динамической ультрасонографии отмечено отсутствие роста оставленных кист, и признаки омертвления паразита.

Во время повторной эхинококкэктомии установлено, что хитиновая оболочка была отёкшей, легко рвалась, содержимое кисты имело вид гелеобразный мас-

сы, т.е., отмечались все признаки отсутствия жизнеспособности эхинококковых кист. При цитологическом исследовании содержимого эхинококковых кист живых сколексов не обнаружено.

ЛИПОСОМАЛЬНАЯ ФОРМА МЕБЕНДАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ.

И.А.Мирходжаев, М.С.Абдуллаходжаева.
г. Бухара

Изыскание химических соединений, обладающих химиотерапевтической активностью и губительных для зарядыщевых элементов эхинококка, и пригодных к применению при оперативном лечении эхинококкозов для профилактики послеоперационных рецидивов заболевания являются актуальной проблемой гельминтологии. Применение антипаразитарных препаратов мебендазол, мебенда, альбендозола требует длительного лечения.

В настоящее время показано, что лекарственные препараты, заключенные в липосомы защищены от периферического метаболизма, эффективны, снижают их терапевтические дозы (Loeb. C, 1986; Mori. N, 1992).

В связи с этим настоящим исследованием была поставлена цель - разработать липосомальную форму мебендазола для повышения эффективности транспортировки препарата в пораженную эхинококком печень, увеличение его концентрации в патологическом очаге.

В настоящей работе изучали влияние свободного мебендазола и инкапсулированного в малые однослойные липосомы (МОЛ) на течение и развитие экспериментального эхинококкоза печени.

Экспериментальные животные разделены на 2-группы. В 1-группе животных с экспериментальным эхинококкозом печени мебендазол вводили перорально в дозе 250 мг/кг веса животных в течение 1 месяца. Во 2- группе животных лечили липосомальной формой мебендазола (ЛФМ).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что эффективность химиотерапии эхинококкоза в 1-группе животных проявляется лишь на 21 - 28 сутки и более поздние сроки лечения. Наблюдается уменьшение размеров паразитарных кист печени с частичной гибелью элементов паразита. При гистологическом исследовании печеночной ткани в окружении паразитарной кисты определяются очаги некроза, в гепатоцитах - выраженная баллонная дистрофия, гиперхромные ядра .

Во 2-группе экспериментальных животных антипаразитарный эффект ЛФМ наблюдался уже на 14 - 21 дни эксперимента, выражающийся в резком уменьшении объема эхинококковой кисты, сморщивании полости и оболочки. На 21 - 28 сутки наблюдалось замещение остаточной полости соединительной тканью. Механизмы этого эффекта заключаются в том, что липосомы обладают способностью проникать через клетки РЭС, аккумулируются в печени, активизируют и повышают барьерную функцию стромы печени. ЛФМ быстро переносится в зону расположения

паразитарной кисты печени и губительно действует на этот очаг, губит сколексы и протосколексы.

Таким образом, применение ЛФМ открывает перспективу консервативной химиотерапии гидатидозного эхинококкоза печени, вплоть до полного излечения от заболевания.

ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВНЫХ И РЕЗИДУАЛЬНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.

Ф.Г. Назыров, Х.А.Акилов,
А.В. Девятков, У.М.Махмудов
г.Ташкент

Эхинококкоз печени и других органов брюшной полости является тяжелым паразитарным заболеванием с нарастающим уровнем заболеваемости в регионе Центральной Азии. До настоящего времени эхинококкоз органов брюшной полости относился к категории заболеваний, подлежащих исключительно хирургическому лечению, т.к. все попытки ранее проводимых консервативных способов лечения оказались безуспешными. Расширившиеся возможности современной фармакотерапии реанимировали вопросы консервативных способов лечения некоторых форм эхинококковой болезни, как в качестве основных, так и вспомогательных, дополняющих хирургическое лечение, методов.

Как основной метод лечения эхинококкой болезнью химиотерапия до широкого использования в клинической практике требует проведения фундаментальных исследований. Некоторые же аспекты вспомогательной химиотерапии после проведенного хирургического лечения эхинококкоза различной локализации нашли отражение в резолюциях ранее проведенных конференций по этой проблеме. В частности, на международных конференциях в г. Ургенче и г. Алматы, опираясь на известное свойство крупной эхинококковой кисты доминировать над остальными кистами, сдерживая их рост и развитие, было признано целесообразным назначение в послеоперационном периоде некоторых антигельминтных препаратов (вермокса, бильтрицида и альбендазола) у больных перенесших эхинококкэктомиию.

Удаление доминирующей кисты является провоцирующим моментом для роста мелких, нередко недиагностированных кист, что приводит к рецидиву заболевания. Поэтому, вопросы повторной обрабатываемости оперированных пациентов по поводу резидуальных и рецидивных форм эхинококкоза печени и других органов брюшной полости среди хирургических аспектов этой проблемы стоят наиболее остро.

В отделение хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз с 1992 по 2000 гг. выполнено 517 операций по поводу различных форм эхинококковой болезни органов брюшной полости. Возраст больных колебался от 6 до 73 лет.

Удельный вес первично множественного эхинококкоза печени за этот период составил - 14,5 %, распространенного эхинококкоза печени и органов

брюшной полости - 7,9%, рецидивного - 13,5%, резидуального - 3,1%. С 1998 г. всем больным в послеоперационном периоде рекомендовалась химиотерапия в виде антигельминтных препаратов. Отмечено, что при приеме вермокса и бильтрицида в терапевтической дозе число рецидивных и резидуальных форм эхинококкоза печени и брюшной полости уменьшилось. При приеме альбендазола случаев рецидивных и резидуальных форм заболевания за трехлетний период наблюдения не наблюдали.

ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

С.Р.Рахимов., З.Н.Косимов., М.М.Жамолов.,
Х.Э.Ходжиматов., А.А.Рахмонов., И.Оккузиев.
г. Андижан

Частота тяжелых и осложненных форм эхинококкоза в детском возрасте, сложность хирургического лечения множественных и сочетанных форм, высокий показатель (5-12%) рецидивов, является основанием для поиска рациональных методов комплексного лечения этой патологии у детей.

Настоящее сообщение является предварительным заключением результатов лечения 53 детей, в возрасте от 2 до 14 лет с осложненной формой эхинококкоза. Из этого числа у 27 детей был осложненный эхинококкоз печени (правой доли у 24-х, левой доли у 3-х). У 26 больных - осложненный эхинококкоз легких (верхней доли правого легкого у 5-х, нижней доли правого легкого у 8-х).

Осложнения в виде нагноения кисты без прорыва было у 4-х больных, с прорывом у 9 (у 5-х в бронх, у 2-х в плевральную полость, у 2-х в брюшную полость).

По данным клинко-лабораторного обследования больных с осложненным эхинококкозом отмечено наличие признаков хронического эндотоксикоза, анемии, гипопроотеинемии, различной степени гипотрофии.

Из 53 больных с осложненным эхинококкозом в 11 случаях в комплексе лечебных мер (детоксикационные, стимулирующие, хирургические вмешательства) больным проводили химиотерапию. У 7 больных была осложненная форма эхинококкоза легких (4-нагноения без прорыва, 2-прорыв в бронх, 1-прорыв в плевральную полость). У 4-х больных был осложненный эхинококкоз печени (3-нагноение кисты, 1-травматический разрыв в брюшную полость).

В связи с тем, что все больные были оперированы в срочном порядке, химиотерапия проводилась в послеоперационном периоде. Химиотерапия проводилась в 6 наблюдениях мебендазолом, у 5 больных метронидазолом, суточная доза препарата составила 50 мг/кг. Химиотерапия проводилась в стационарных условиях в комплексе с общеукрепляющей (витамины «В», «С», 40%-раствор глюкозы), иммуностимулирующей терапией. Первый цикл проводили на 3-и 5-ые сутки после операции в течении 10 суток. Второй цикл, также проводился в стационарных условиях. Побочные явления при проведении первого и второго цикла химиотерапии не наблюдались.

Среди больных, получивших химиотерапию, рецидивов эхинококкоза не наблюдалось, тогда как у 3-х (из 42) больных, не получавших химиотерапию, отмечен рецидив. Рецидивный эхинококкоз наблюдался во всех случаях при локализации патологии в печени.

Таким образом, химиотерапия эхинококкоза является эффективным мероприятием, особенно при осложненной форме и обеспечивает профилактику рецидива.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ЧЕБЛИН-СК-1 ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОДИНОЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.

А.В.Стреляева, З.И.Муртазаев, Р.В.Садыков,
А.А.Рафиков, Г.А.Хайдаров, С.Мамараджабов,
В.М.Садыков
г. Самарканд

Учеными Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова и Самаркандского государственного медицинского института создан препарат Чеблин-СК-1 (ЧСК-1), представляющий собой извлечение экстрактов из плодов грецкого ореха в стадии молочной зрелости. Препарат удостоен патентов РФ (19,20) 10 сентября 1999 г. № 2136307 и № 2136303. Технология изготовления препарата проста.

Цель исследования — использование препарата ЧСК-1 при лечении одиночного неосложненного эхинококкоза печени.

Материал и методы.

Исследования проводились на 44-х больных с одиночным неосложненным эхинококкозом печени, оперированных по методике В.К.Гостищева с соавт. (1998). Использованы общепринятые методы иммунологических исследований. В качестве контроля служила группа из 11 практически здоровых лиц, у которых проводился забор крови. Прослежены отдаленные результаты от 2-х до 8-ми лет.

Результаты и их обсуждение.

Нами было обследовано 17 больных (1-я группа) с одиночным неосложненным эхинококкозом печени, которые проводили самолечение препаратом ЧСК-1 до операции, принимая его внутрь: первую неделю ежедневно одну чайную ложку натошак, вторую неделю — по две чайной ложки, третью неделю — одну столовую ложку в день. За неделю до операции прием больших доз (100-500 мг/кг) по нашему вмешательству был прекращен. За трое суток до операции было проведено иммунологическое исследование больных и было рекомендовано больным уменьшить дозу препарата ЧСК-1 до 0,01 мг/кг в сутки (гомеопатический подход).

Затем больные 1-й группы в течение 12 суток после операции продолжали принимать малые дозы (0,01 мг/кг) препарата ЧСК-1, после прекращения применения препарата ЧСК-1 вновь проведены иммунологические исследования.

Как показали наши исследования, под воздействием препарата ЧСК-1 у больных одиночным, не осложненным эхинококкозом печени отмечалась тен-

денция к нормализации иммунного статуса: увеличение в крови количества СДЗ+, СД8+, СД16+, СД21+, повышение фагоцитоза, и уменьшение количества иммуноглобулинов и ЦИК.

Ни в одном Случае при проведении курса лечения препаратом ЧСК-1 не отмечено каких-либо общих побочных реакций. Не отмечалось ухудшения клинической картины.

При оценке лабораторных исследований у больных первой группы выявляется тенденция к нормализации гематологических и биохимических показателей. При оценке фагоцитарного звена прослеживается тенденция к повышению средних величин, отражающих функциональную активность клеток: фагоцитарного индекса спонтанной и индуцированной ЛмЗХЛ (люминолзависимой хемилюминесценции) и люмигенинзависимой хемилюминесценции (ЛцЗХЛ) и индекса стимуляции.

ХИМИОТЕРАПИЯ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ

А.М.Шамсиев, А.Х.Одилов, У.Б.Гаффаров,
Н.Д.Кодиров, Ш.Ш.Мухитдинов.
г. Самарканд

Лечение множественного, сочетанного и рецидивного эхинококкоза у детей представляет собой трудноразрешимую задачу в связи с невозможностью одномоментной санации и опасностью повторных операций. Выполнение радикальных операций в поздние сроки возможно только у 25-50% больных, а послеоперационная летальность достигает 17-23% и более (Вахидов В.В., Исламбеков Э.С., 1972г., Гальперин Э.И., 1987г.). В таких случаях до и после операции с целью задержки роста оставшихся эхинококковых кист, умерщвления протосколексов ученые, начиная с середины 70-годов прошлого столетия, назначают мебендазол (вермокс).

В нашей клинике 32 больным детям в возрасте от 4 до 16 лет проводилась химиотерапия тяжелых форм эхинококкоза. Химиотерапию эхинококкоза проводим с лечебной и профилактической целью. С лечебной целью химиотерапию назначаем больным с множественными мелкими эхинококковыми кистами (20-30 и более), при рецидивах заболевания, размерах кист от 1 до 3 см, при эхинококкозе обоих легких, печени, с профилактической целью после операции по поводу множественного (2 и более кист), сочетанного (при поражении 2 и более органов) эхинококкоза.

Химиотерапию с лечебной целью проводим по 3-4 курса продолжительностью 20 дней с перерывами между ними 1 месяц. С профилактической целью проводим 2-3 курса также продолжительностью 20 дней с перерывами между ними 1 месяц.

Суточная доза мебендазола, вне зависимости от возраста детей, равнялась 10-15 мг/кг. Эту дозу дети получали в течение суток в три приема, таблетки мебендазола до приема размельчались и запивались 20 мл растительного (подсолнечного, хлопкового) масла.

У больных детей эхинококкозом во всех случаях

отмечалась анемия, отставание в физическом развитии с дефицитом массы тела на 25-35% гипо-и диспротеинемия, вторичный иммунодефицит, гипоацидное состояние желудочной секреции. Поэтому наряду с химиотерапией больным назначались иммуномодулин, поливитамины, ацидин-пепсин, калия оротат и др.

В процессе лечения каждые 5-7 дней проводились общий анализ крови, мочи и рентгенологический, УЗИ

контроль размеров кист после каждого курса. Критериями эффективности лечения были исчезновение мелких эхинококковых кист и образование на их месте уплотненных и рубцово измененных тканей.

Таким образом, химиотерапия эхинококкоза у детей в сочетании с иммуномодулином и общеукрепляющими препаратами является единственным методом консервативного лечения, альтернативным хирургическому.

V-РАЗНОЕ

ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ АЛЬФА – ТОКОФЕРОЛОМ НА ПЕРЕОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ.

С.С.Абидова

г. Ташкент

В настоящее время общеизвестным фактором является активизация перекисного окисления липидов и угнетение системы антиоксидантной защиты организма при целом ряде патологических состояний и, поэтому, значительно возрос интерес к профилактике и терапии ряда заболеваний с помощью антиоксидантов различного происхождения.

Поскольку обмен и превращение липидов в основном протекает в печени, а патологическое сдавление печеночной ткани эхинококковыми кистами приводит к нарушению метаболизма липидов в гепатоцитах, цель настоящего исследования - попытка профилактики нарушений липопероксидации во время операции по поводу эхинококкоза печени наиболее эффективным природным антиоксидантом альфа-токоферолом, примененным в виде 10% раствора за трое суток до операции.

Полученные нами данные показывают, что у больных с эхинококкозом печени отмечается увеличение в сыворотке крови количества неэтерифицированных жирных кислот по сравнению с контрольными значениями (доноры) с $324,0 \pm 12,0$ до $706,0 \pm 36,0$ мкМ/Л. Также отмечается статистически достоверное увеличение продуктов перекисного окисления липидов (малоновый диальдегид с $4,8 \pm 0,11$ до $7,1 \pm 0,3$, диеновые конъюгаты с $2,7 \pm 0,23$ до $3,8 \pm 0,14$ мкМ/Л) и снижение общей антиокислительной активности сыворотки крови с $36,7 \pm 0,08$ до $24,5 \pm 1,2\%$.

В послеоперационном периоде у больных не получавших предварительную антиоксидантную профилактику альфа-токоферолом нами отмечается значительная активизация липолиза с увеличением количества неэтерифицированных жирных кислот до $854,0 \pm 70,0$ мкМ/Л, что приводит к повышению продуктов перекисного окисления липидов, диеновых конъюгатов до $5,1 \pm 0,4$, малонового диальдегида до $8,7 \pm 0,36$ мкМ/Л. Антиокислительная активность сыворотки крови снижается до предельно низких величин и достигает $10,3 \pm 0,4\%$.

Однократное введение альфа-токоферола в дооперационном периоде больным с эхинококкозом печени не снижает имеющую место индукцию липолиза, но приводит к статистически достоверному снижению диеновых конъюгатов до $3,2 \pm 0,2$ и незначительному снижению малонового диальдегида до $7,5 \pm 0,39$ мкМ/Л. Суммарная антиокислительная активность сыворотки крови больных, получивших антиоксидантную профилактику альфа-токоферолом по сравнению с больными, не получавшими ее повышается более чем в два раза.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о благоприятном, эффективном действии альфа-токоферола на перекисное окисление липидов в про-

цессе хирургического лечения больных с эхинококкозом печени.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НАГНОИВШИХСЯ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЯХ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Х.А. Акилов, А.И. Икрамов,

Ф.А. Ильхамов, Н.М. Джураева

г. Ташкент

Внедрение в клиническую практику таких методов медицинской визуализации как компьютерная томография и ультразвуковое исследование (УЗИ) открывает возможности не только значительного улучшения диагностики, но разработки и применения новых, менее травматичных способов лечения ряда заболеваний.

Нами анализированы результаты лечения 42 пациентов с нагноившимися остаточными полостями после эхинококкэктомии из печени (НОПП). При этом в 17 случаях выполнены дренирование полостей под КТ контролем, а у 25 пациентов использован ультразвуковой метод контроля. Размеры остаточных полостей варьировали от 40 до 150 мм (в среднем 76 ± 5 мм). В правой доле печени располагалось большинство НОПП (33 больных). При этом в проекции VII – VIII сегментов (11 НОПП), воротах печени – 7 НОПП.

Дренирование у 20 больных проводилось с помощью специальных стилет-катетеров типа pig-tail, а в остальных случаях для дренирования использованы пластиковые троакары Somatex диаметром 5 и 10 мм. Малоинвазивные вмешательства проводились под местной анестезией с предварительной премедикацией (раствор баралгина 5,0 и димедрола 1%-2,0 в/м). Диаметр дренажа определялся по данным денситометрии НОПП (при КТ методе контроля) и по размерам НОПП и характеру содержимого полости (при вмешательствах под контролем УЗИ). Наличие жидкостного компонента плотностью от +12 до +25 НУ позволяло ограничиться катетерами тонкого диаметра (1.95G), а получение густого содержимого (гной или сгустки крови) требовало использования катетеров диаметром 12 F и более. Остаточная полость промывалась растворами антисептиков, теплого раствора фурацилина, с добавлением протеолитических ферментов. Регулярный контроль за динамикой размеров, объема, характера содержимого НОПП осуществляли методом УЗИ и при необходимости фистулографии.

При больших (более 10 см) у 6 пациентов применена методика двухкатетерного дренирования с хорошими результатами во всех случаях. В одном случае во время дренирования остаточной полости на границе 7-8 сегмента печени под ультразвуковым контролем имело место повреждение диафрагмального синуса с последующим плевритом, разрешившимся после пункционного лечения. У 2 пациентов из-за наличия в НОПП оставленных элементов хитиновой оболочки и кальцинированной капсулы па-

разита после длительного дренажирования (2,5 и 3 месяца) выполнена лапаротомия.

Таким образом, в связи с доступностью и широким распространением ультразвуковой аппаратуры, относительной простотой исполнения, отсутствием радиационной опасности лечебные малоинвазивные вмешательства при НОПП под контролем УЗИ во многих случаях могут быть альтернативой полостным операциям и внедряться шире, чем аналогичные манипуляции под КТ контролем. Однако при расположении полости в VII-VIII сегменте, воротах печени, КТ имеет ряд преимуществ из-за возможности высокой точности определения локализации очага, более четкого контроля за ходом стилет-катетера, визуализацией топографоанатомического расположения прилежащих к печени полых органов брюшной полости и плеврального синуса.

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Р. М.Ахмедов, Б.Ю.Маклиев, У.Б.Очилов
г. Бухара

Эхинококкоз печени, являясь одним из наиболее распространенных и тяжелых паразитарных заболеваний, в настоящее время продолжает оставаться важной медицинской и народно-хозяйственной проблемой во многих странах мира.

Частота послеоперационных осложнений и неудовлетворительных исходов хирургического лечения, не имеет тенденции к снижению. Летальность после хирургического вмешательства составляет от 2,5% до 7,0%.

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов лечения больных с эхинококкозом печени, путем изучения нарушений функций печени и иммунного статуса организма и разработки способов их коррекций.

Обследовано 43 больных с осложненным эхинококкозом печени из них 17 мужчин и 26 женщин разного возраста. Верификация диагноза осуществлена ультразвуковым исследованием, иммуносерологическими реакциями (РНГА, РЛА, сколекс-преципитации).

Исследование проводили до операции и на 10-е сутки после эхинококкэктомии на фоне традиционного базисного лечения у 21 больного (1-группа) и с включением в комплекс лечения эссенциале (10,0 внутривенно капельно на 5% растворе глюкозы в течение 10 дней) и Т-активина или иммуномодулина (0,01%-1,0 внутримышечно в течение 10 дней) у 22 больных (2-группа).

Помимо общеклинических и лабораторных исследований у больных определяли пигментную, ферментную, белковообразовательную, липидную и детоксикационную функции печени. Детоксикационную функцию печени изучали с помощью антипиринового теста по В. Brodie (1949), показатели клеточного иммунитета - по методике Р. В. Петрова (1989).

Контролем служили 11 практически здоровых добровольцев.

Результатами исследования установлено, что до операции осложненных форм эхинококкоза печени прослеживается отчетливая картина выраженных нарушений ряда важнейших функций печени: пигментной, ферментативной, белковообразовательной, липидной.

Более глубокие нарушения наблюдались в детоксикационной функции. Так, при этом период полувыведения антипирина ($T_{1/2}$) у 1-ой группы больных составил $31,24 \pm 2,53$ ч. (в контрольной группе $T_{1/2}$ антипирина - 11,23 ч), а метаболический клиренс (MCR) - $0,28 \pm 0,01$ мл/кг/мин. (в контрольной группе MCR антипирина - 0,56 мл/кг/мин). У больных 2-ой группы показатели антипирина составили $28,34 \pm 2,13$ ч и $0,31 \pm 0,02$ мл/кг/мин соответственно.

На 10-й день после операции показатели антипирина в обоих исследуемых группах имеют положительные сдвиги. Так, при этом в 1-ой группе $T_{1/2}$ антипирина по сравнению с дооперационными показателями снижается в 1,3 раза, а MCR тест препарата повышается соответственно в 1,6 раза. В тоже время во 2-ой группе больных показатели антипирина существенно не отличаются от таковых контрольной группы.

У 1-ой и 2-ой группы больных до операции уровень Т и В-лимфоцитов снизился по сравнению с контролем до 28%, 11%, 27% и 5% соответственно (в контрольной группе - Т-54,1 \pm 1,4%, В-21,3 \pm 1,2%). В 1-ой группе больных на 10-е сутки после операции дефицит Т и В-лимфоцитов составил 24% и 6%, соответственно, а у больных 2-ой группы показатели клеточного иммунитета практически нормализовались.

Процент послеоперационных осложнений во 2-ой группе больных снизился с 32,8% до 17,8% (острая печеночная недостаточность, нагноение раны и остаточной полости, изолированные гнойники брюшной полости, плевриты и пневмонии).

Улучшилось общее состояние больных, сократились сроки пребывания в стационаре.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно заключить, что у больных с осложненным эхинококкозом печени имеет место нарушение монооксигеназной активности и иммунного статуса организма, что указывает на низкую резистентность организма. Включение в комплексное лечение эссенциале и Т-активина (иммуномодулина) практически восстанавливает показатели иммунной и монооксигеназной системы и существенно уменьшают число различных послеоперационных осложнений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА.

Д.С. Гулямов, М.М. Махмудов, К.Б. Бабаджанов,
Н.У. Узаков, Э.М. Ачилов
г. Ташкент

Эхинококкоз сердца остается относительно редко встречающимся, но трудно диагностируемым и опасным для жизни заболеванием (В.А. Иванов с соавт.) По данным различных авторов (Э.С. Мартикян, Неуат и соавт.) эхинококкоз сердца встречается в 0,01-2% всех эхинококковых поражений. Вследствие отсутствия

специфических симптомов диагностика эхинококкоза сердца представляет определенные трудности. Клинические проявления болезни зависят от длительности периода инфицирования, размеров и локализации кисты, её отношения к коронарным сосудам, проводящей системе (С.А. Колесников и соавт.). В 20,6% случаях отмечается бессимптомное течение (И.Я. Дейнека). Обнаружение живой эхинококковой кисты в сердце является абсолютным показанием к эхинококэктомии, в условиях искусственного кровообращения (В.А. Иванов с соавт.). Однако вопрос о необходимости хирургического лечения частично кальцинированных кист небольших размеров остается дискуссионным (В.И. Астафьев с соавт., М.Ю. Гилевич с соавт.)

Представляем два случая хирургического лечения эхинококкоза сердца из нашей практики.

Больной Х., 32 лет, был обследован в 1997 году в Санкт-Петербурге на кафедре сердечно-сосудистой хирургии Военно-медицинской академии, где был установлен диагноз: неясная патология сердечно-сосудистой системы, поликистоз полости перикарда. В наше отделение поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке, сердцебиение, общую слабость. Состояние относительно удовлетворительное, нормального телосложения, дыхание адекватное, в легких везикулярное дыхание, ослаблено в корне легких с обеих сторон. Аускультативно: тоны сердца приглушены, перкуторные границы сердца увеличены влево и вправо, АД 120/90 мм.рт.ст., пульс 86 уд.мин, ритм сердца синусовый, правильный; ЭОС отклонена вправо, гипертрофии отделов сердца нет, PQ-0,12. Вывод ЭхоКГ: поликистоз перикарда, не исключается образование в миокарде (множественные полостные образования различных размеров, возможно паразитарного происхождения); печень и селезенка без особенностей.

12.03.99. года операция - под общим обезболиванием переднебоковым торакотомным доступом слева вскрыта грудная клетка. Перикард резко увеличен в объеме; перикард вскрыт, эвакуировано 300 мл. экссудата мутного цвета. В области левых легочных вен обнаружена эхинококковая киста размерами 5,0х3,0 см., плотно спаянная с перикардом и легочными венами. Пункцией эвакуировано содержимое; вскрыта киста, хитиновая оболочка удалена, полость обработана 3% формалином, 5% йодом и спиртом. Полость ликвидирована гофрирующими швами. При дальнейшей ревизии в области правого предсердия имеется эхинококковая киста размерами 2,5х2,5 см.; пункцией эвакуировано содержимое, полость обработана формалином, йодом, спиртом и ликвидирована. Выполнена переднебоковая торакотомия между 5-6 межреберьем справа. При дальнейшей ревизии обнаружено резкое увеличение полости перикарда, который вскрыт. Эвакуировано около 250 мл. экссудата мутного цвета; обнаружены эхинококковые кисты размерами 10,0х8,0; 8,0х8,5; 6,0х7,5; 9,0х7,5; 5,0х7,0; 7,5х6,5; 8,5х9,5 см. (всего 7 кист). Масса дочерних клеток и пузырьков кисты заполняют всю диафрагмальную поверхность перикарда, половину грудной клетки. С большими тех-

ническими трудностями кисты вскрыты, удалена масса дочерних клеток и пузырьков различных размеров. Все полости обработаны стандартным методом. Всего удалено около 3 кг пузырьков, хитиновых оболочек вместе с жидким содержимым. Произведена субтотальная перикардэктомия. Тщательный гемостаз. Дренажирование. Ушивание ран. Больной выписан с полным выздоровлением; при осмотре через 6 мес. рецидива болезни нет.

Больной Ю., 17 лет, поступил в отделение с жалобами на непостоянные колющие боли в области сердца, утомляемость. В 1992 году во время профилактического медицинского осмотра была заподозрена киста перикарда. В том же году обследовался у нас, от предложенного оперативного лечения родители больного отказались. В январе 2000г. повторно обратился в НЦХ, с вышеуказанными жалобами. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, перкуторно ясный легочной звук. Сердце: перкуторно - границы сердца увеличены влево, аускультативно - тоны сердца ясные, шумов нет. АД 95/50 мм рт.ст. Пульс 72 уд/мин. По другим органам и системам патологических изменений не обнаружено. Клинико-биохимические анализы крови, мочи в пределах нормы.

На ЭКГ- синусовый ритм ЧСС 60-70 уд/мин. Нормальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии левого желудочка с перегрузкой.

При рентгенологическом исследовании: малый круг кровообращения не изменен. Сердце незначительно увеличено в обе стороны. По левому контуру сердца определяется дополнительная, овальная тень, которая широким основанием прилежит к контуру левого желудочка. По верхнему полюсу, пристеночно определяется серповидная полоска обызвествления, в остальных отделах тень гомогенная, до 7 см. Отмечается пульсация тени вместе с сокращениями желудочка.

При трансторакальной эхокардиографии по задней поверхности левого желудочка визуализировано многокамерное полостное образование размерами 8,7 х 4,7 см. Эхопризнаки кистозного образования в полости перикарда (эхинококк).

Выполнена также компьютерная томография грудной клетки: на уровне верхних отделов сердца многокамерное полостное образование с плотной капсулой 6,4 х 5,8 см. Кистозное образование интимно связано с контурами левого желудочка и создается впечатление о том, что киста исходит из миокарда.

14.02.2000 г. произведена операция: «Удаление эхинококка левого желудочка в условиях искусственного кровообращения и кардиopleгии» (проф. Гулямов Д.С.). На операции выявлен эхинококк стенки левого желудочка. По вскрытии кисты удалено 350-400 см² омертвевших и несколько живых эхинококковых пузырей и хитиновых оболочек превратившихся в массу белесоватого цвета. Полость 6 х 6 х 10 см, обработана раствором формалина, 5% раствором йода и спиртом. В верхнем углу ложа эхинококка отложение солей кальция в виде пластин площадью 3х3 см.

Иссечена передняя стенка фиброзной капсулы, боковая и стенка на левом желудочке оставлены. Операция завершена дренированием ложа эхинококка, полости перикарда, плевральной полости, средостения. Искусственное кровообращение длилось 79 мин, окклюзия аорты - 46 мин.

На 6-е сутки после операции у больного отмечалось повышение температуры тела до 38,6 - 39,2 С. На рентгеноскопии в области остаточной полости выявлено скопление жидкости. При пункции остаточной полости добыт жидкий гной белесовато-розового цвета. Несмотря на ежедневные пункции с эвакуацией гноя, промыванием антисептиками, температурная реакция сохранялась. В связи с чем, 24.02.2000 г. произведена операция: Торакотомия. Резекция IV ребра. Санация, дренирование и тампонирование нагноившегося ложа эхинококка. В послеоперационном периоде получил массивную антибактериальную, общеукрепляющую, кардиальную терапию, препараты калия, трансфузию плазмы и крови. Рана велась «открытым» способом, ежедневно санировалась антисептическими растворами, антибиотиками. На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось, рана постепенно очищалась и зажила вторичным натяжением. В удовлетворительном состоянии через 2 месяца после операции больной был выписан домой. При контрольном обследовании через год данных за рецидив заболевания нет.

ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Ф.А.Ильхамов
г.Ташкент

Целью исследования явилось изучение состояния некоторых показателей клеточного, гуморального иммунитета и неспецифической резистентности у больных эхинококкозом печени (ЭП), динамики этих показателей в процессе хирургического лечения с использованием различных вариантов применения лазерных и плазменных хирургических установок.

Иммунный статус изучен у 34 больных ЭП, разделенных на 3 группы: 1 группу составили 11 больных, оперированных с применением лазерного скальпеля (ЛС) или плазменного скальпеля (ПС) в изолированном виде; 2 группа состояла из 10 больных, у которых операции с применением ЛС или ПС сочетали с низкоинтенсивной лазеротерапией гелий-неоновым и арсенид-галлиевым лазером в до- и послеоперационном периоде. 3 группа из 13 больных, оперированных традиционными методами, явилась контрольной. За норму приняты данные, полученные при обследовании 43 практически здоровых лиц (доноров). Показатели иммунного статуса (относительное и абсолютное содержание Т-, В-, «О»-лимфоцитов, Т-супрессоров, Т-хелперов, иммуноглобулинов классов А, М и G, фагоцитарный показатель, результат НСТ-теста) определяли перед операцией, спустя 1-2 и 8-10

суток после нее.

Проведенные исследования выявили, что до операции достоверных различий между соответствующими показателями как в трех обследованных группах, так и при сравнении их с нормой, не было. Только лишь содержание иммуноглобулинов во всех группах превышало соответствующие нормальные показатели, но и эти различия были статистически недостоверными.

Под воздействием оперативного вмешательства и общей анестезии наиболее выраженные и достоверные изменения произошли в абсолютном содержании лимфоцитов, их субпопуляций, в частности, Т-хелперов, иммуноглобулинов класса G, показателях неспецифической резистентности.

Анализ полученных результатов позволил сформулировать следующие выводы:

1. Иммунный статус больных ЭП характеризуется высоким уровнем иммуноглобулинов А, М и G и достоверно низким уровнем фагоцитарного показателя. Со стороны клеточного иммунитета достоверных различий между больными и здоровыми людьми не выявлено.

2. Снижение травматичности и продолжительности операции, уменьшение кровопотери при использовании на этапах операции ЛС или ПС сводит к минимуму иммуносупрессивное действие оперативного вмешательства как стресс-фактора.

3. Применение низкоинтенсивной гелий-неоновой или арсенид-галлиевой лазерной терапии в до- и послеоперационном периоде оказывает выраженное стимулирующее (нормализующее) влияние на клеточный, гуморальный и неспецифический иммунитет.

УМУРТКА ПОҒОНАСИ ВА ОРҚА МИЯНИНГ ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИ

Н.М.Курбонов, К.Т.Худойбердиев, Ф.Р.Хананияев,
Ж.Т.Тўхтаев, У.А.Махмудов
Андижон ш.

Эхинококкоз — ўз мохиятига кўра паразитар касаллик хисобланади. Организмда касалликнинг жойланишига кўра: висцерал органлар, юмшоқ тўқималар, суяклар ва олий нерв системаси эхинококкозлари тафовутланади. Амалиётда кам учрайдиган ва оғир кечадиган хасталиклардан бири — умуртка поғонаси ва орқа мия эхинококкозидир. Касаллик жуда кам холларда учраб, жами эхинококкоз билан оғриган беморларнинг 0,4 % ини ташкил этади.

1983 йилдан 2000 йилга қадар Андижон Давлат тиббиёт институти нейрохирургия бўлимида 10 та бемор умуртка поғонаси ва орқа миянинг эхинококкоз касаллиги билан даволанган ва кузатувда бўлган. Даволанган беморларнинг 9 таси эркак, 1 таси аёл жинсига мансуб бўлиб, ёшлар чегараси 15 ёшдан 60 ёшгача ташкил этди.

Кузатувимиздаги бу беморларни эхинококкознинг умуртка поғонаси ва орқа мияда жойланишига кура қўйидаги гуруҳларга ажратдик:

1. Кўкрак умурткалари эхинококкози — 2 та бемор,
2. Бел умурткалари эхинококкози — 6 та бемор,
3. Думғаза умурткалари эхинококкози — 2 та бемор.

Бу беморларни бизга мурожаат қилишга мажбур қилган асосий шикоятлари умуртқалар соҳасидаги ва қовурғалар бўйлаб узатилувчи оғрикларнинг бўлиши, уларнинг давомийлиги бир неча йилларни ташкил қилишидир. Беморлардаги сенсор ўзгаришлар билан ҳаракат тизимидаги дастлабки етишмовчиликлар ўртасидаги давр 3-5 йилни ташкил этган. Эхинококкознинг клиник-неврологик намоён бўлиши барча беморларда умуртқа поғонаси ва орқа мия ўсма касаллиги клиникасини эслатади. Шу сабабли бу икки касаллик ўртасида дифференциал диагностика ўтказишда анча қийинчиликлар туғилади. Бизнинг кузатувимиздаги барча беморлар чуқур неврологик белгиларнинг таҳлили, стандарт проекциядаги спондилография, диагностик люмбал пункция ва орқа мия суюқлигининг таҳлили, миелография ва Ядро Магнитли Резонанс текшируви асосида «Орқа мианинг ҳажмий ҳосиласи» таҳхиси билан амалиётга олинган.

Дифференциал диагностика ўтказиш учун Капцони синамаси ўтказилганда синама манфий натижа берган.

Кузатувимиздаги беморларнинг ҳасталик белгилари прогрессив равишда кучайиб боришини инобатга олган ҳолда, барча беморлар операция йўли билан даволанди. Операция вақтидаги топилма ва эхинококк пуфакчаларининг локализацияси 2 хил ҳолатда бўлди.

1. Эхинококкнинг умуртқа суяк тўқималарида жойлашуви ва уларнинг емирилиши натижасида эхинококк пуфаклари билан орқа мианинг эзилиши кузатилган. Бу беморларнинг анамнезларидан касаллигининг узоқ вақт давом этганлиги аниқланди.

2. Эхинококк пуфакчасининг бевосита эпидурал бўшлиқда жойлашиши ва орқа мия канали бўйлаб бир неча жойда жойлашуви кузатилди. Бу беморларда неврологик белгиларнинг қисқа вақт ичида кузатилиши (1-2 йил) орқа мианинг бевосита эзилиши белгиларининг намоён бўлиши билан боғлиқ бўлган.

Кузатувимиздаги 10 та беморнинг амалиётдан кейинги даврдаги тақдири 10 йил давомида ўрганилди. 5 та бемор касаллигининг рецидивланиши туфайли қайта операция қилинди. 3 та бемор эхинококкознинг тарқалган тури билан касалланганлиги сабабли 3 йилдан сўнг вафот этди. 2 та беморда ижобий натижа олинди. Барча беморларда ретроспектив таҳлиллар шуни кўрсатдики, ҳонаки ва уй ҳайвонлари билан жуда яқин мулоқатда бўлиш касалликка чалинишнинг асосий сабаби бўлган. 3 та беморда эса касаллигининг тарқалган тури гемотоген йўл билан тарқалган.

Хулоса қилиб айтганда, умуртқа поғонаси ва орқа мианинг эхинококкоз касаллиги рецидивланувчи, кам учрасада, мутахассисларнинг диққат-эътиборида бўлиши лозим бўлган оғир паразитар касаллиқдир.

СЕМЕЙНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗОМ СО СЛУЧАЕМ ОБЫЗВЕЩЕНИЯ КИСТЫ ДАВНОСТЬЮ БОЛЕЕ 30 ЛЕТ

Т. М. Мамаджанов

г.Самарканд

Известно, что эхинококкоз в значительной мере заболевание обусловленное нарушением санитарно - эпидемиологических норм. В очагах эпидемиологического неблагополучия встречаются случаи заболевания нескольких человек из одной семьи или групп людей.

Под нашим наблюдением находится семья, в которой в течение последних 27 лет по активному обращению выявлено 6 случаев эхинококкоза различных органов. Первая и старшая из наблюдаемых О.Т. обратилась в клинику СамМИ в 1974 году в возрасте 64 года. При обзорной рентгенографии был обнаружен эхинококкоз печени в разной степени обызвествления величиной от 2 до 12 см в диаметре, в количестве 6 штук. В 3 случаях обызвествления охватывали всю площадь тени паразита, в остальных они были в виде немногочисленных крошечковидных очагов петрификации, преимущественно по контуру тени. Учитывая пожилой возраст, множественность поражения, почти полную инкрустацию части паразитов и нежелание больной оперироваться, от хирургического лечения решено было воздержаться. Больная в течении прошедших 27 лет находится под наблюдением, периодически получает общеукрепляющую терапию. В апреле 2001 года она была приглашена на повторное обследование: чувствует себя удовлетворительно, бодрая, подвижная, склонна к полноте. Печень увеличена, нижний край выступает из-под края реберной дуги на 12-14 см, неровная, крупнобугристая. На рентгенограмме обызвествленные кисты за время наблюдения увеличились незначительно, на 10-20%. У зятя (50 лет), проживающего в общем дворе, в начале 90-х годов был обнаружен эхинококкоз печени, затем - и легких. В течение 4 лет он оперировался трижды, умер от хирургических осложнений (нагноение, свищи, сепсис). В эти же годы у четырех внуков больной в возрасте 20-30 лет также были обнаружены эхинококкоз печени, в одном случае - селезенки. Больные за исключением случая с эхинококкозом селезенки прооперированы, в одном случае повторно в связи с рецидивом, у другого оперированного в 2000 году через полгода обнаружена резидуальная киста. Другие 6 членов семьи предположительно здоровы, за медицинской помощью не обращались.

Случай представляет интерес большой длительностью течения (более 30 лет), при обызвествлении и вероятной гибели, крайне медленным ростом удовлетворительной сохраненностью общего состояния до достижения 91 года. Учитывая возраст, когда впервые был установлен диагноз и величину кисты в момент распознавания заболевания, можно предположить, что заражение третьего поколения больных произошло в детском или юношеском возрасте. В эпидемиологическом плане следует обратить внимание на менталитет населения - при забое скота вскармливать собакам пораженную печень и легкие.

О РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭХИНОКОККОЗА

Ф. О. Мизамов, И. Р. Рустамов, М. Т. Ачилов
г. Самарканд

Локализация эхинококкоза может быть самой неожиданной, нет органа и ткани, которые не поражались бы этой болезнью. Эхинококкоз скелетных мышц относится к редким локализациям и по данным многих авторов составляет 1-6 %. Диагностика эхинококкоза скелетных мышц часто оказывается затруднительной. По этому поводу проф. А.Б.Сушевский писал: «Эхинококкоз мышцы принадлежит к очень редким заболеваниям и является часто неожиданным сюрпризом для оператора». Поэтому при неясном происхождении кистозной опухоли надо всегда помнить об эхинококкозе. При дифференциальной диагностике эластических и флюктуирующих опухолей необходимо иметь в виду: кистовидные лимфангиомы, липомы, дермоидные кисты, туберкулезные абсцессы (натечник) и паразитарные кисты. Пробная пункция при подозрении на паразитарную кисту при её поверхностной локализации (в подкожной клетчатке, мышцах), хотя и не сопряжена с большим риском, но все же лучше, по мнению некоторых авторов, от нее воздержаться.

Радикальным методом лечения является экстирпация эхинококковой кисты вместе с ее фиброзной капсулой, в пределах окружающей здоровой ткани во всех случаях локализации эхинококкоза в мышцах, такой метод является вполне оправданным и выполнимым.

Мы наблюдали 14 больных с эхинококковыми кистами скелетных мышц: у 7 больных приводящих и отводящих мышц бедра, у двух больных трапецевидных мышц спины и у трех больных во внутренней косой мышце живота в сочетании с эхинококкозом печени, у двух больных в области грудино-ключично-сосковой мышцы. Во всех этих случаях состояние больных было удовлетворительным. На месте заболевания определялись в глубине мышечного слоя округлой формы опухоль, малоподвижная, безболезненная, плотноэластической консистенции с не вполне ясной флюктуацией, без каких-либо явлений воспалительного процесса. При исследовании крови: отсутствие лейкоцитоза в пяти случаях, в трех случаях лейкоцитоз был повышен свыше 10 тыс с ускорением РОЭ свыше 37 мм в час. Эозинофилия отмечена была у 10 больных, у восьми больных обнаружена слабо положительная серологическая реакция — латекс агглютинация.

В направительных диагнозах ни в одном случае не заподозрен эхинококкоз, ставились предварительные диагнозы: опухоль спины, липома?, бедренная грыжа?, дермоидная киста и другие. В клинике диагноз эхинококковой кисты до операции был поставлен у 11 больных и в трех случаях диагноз был выявлен лишь на операционном столе. При оперативном лечении во всех случаях эхинококковая киста удалялась радикально вместе с фиброзной капсулой, причем у 11 больных операционная рана зашита наглухо, а у трех с оставлением тампона. Послеоперационное течение во всех случаях протекало гладко, без осложнений.

РЕДКИЕ СЛУЧАИ ЛОКАЦИИ ЭХИНОКОККОЗА

И.Е. Михайевич, А.И. Василевский
г. Андижан

Эхинококкоз является тяжелым паразитарным заболеванием, остается серьезной медицинской и народно-хозяйственной проблемой. До сих пор недостаточно четко объясняются пути заражения человека, поражение тех или иных органов. Общеизвестно, что заражение человека эхинококкозом осуществляется онкосферами, а также элементами эхинококковой кисты, которые могут попадать в различные органы и ткани тремя путями: через слизистые оболочки желудочно-кишечного тракта, слизистые оболочки дыхательных путей и через раневую поверхность.

Клинические проявления эхинококкоза разнообразны. Диагноз эхинококкоза может быть установлен случайно при обследовании по поводу различных заболеваний. Иногда нераспознанным эхинококкоз остается даже хирургами во время оперативного вмешательства, и выявляются при патоморфологическом исследовании.

Приводим два случая редкой локализации эхинококкоза, в щитовидной железе и волосистой части головы.

1. Больной В. 48 лет поступил в клинику 24.04.1990г. с жалобами на опухолевидное образование по передней поверхности шеи, некоторую раздражительность, сердцебиение, головную боль. Из анамнеза: болеет около 5 лет, находился на лечении и наблюдении эндокринолога. Несмотря на это процесс прогрессировал, было рекомендовано оперативное лечение.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, питание удовлетворительное, объективно: границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Пульс 92-100 уд. в минуту, А/Д- 140/90 мм. рт. столба. В легких везикулярное дыхание. Живот овальной формы, безболезненный. При осмотре передней поверхности шеи отмечается опухолевидное образование, слева от срединной линии в проекции щитовидной железы размером 4 x 5 см, кожа над ним не изменена, смещается при глотании; пальпаторно плотноэластической консистенции, безболезненно. Глазные симптомы отрицательные.

Проведено обследование: 1. Сканирование щитовидной железы. Вывод: узловой зоб III степени.

2. Общеклинические лабораторные исследования показатели нормальные. Биохимический анализ крови - показатели нормальные. 3. ЭКГ - синусовый ритм правильный, гипертрофия левого желудочка.

После непродолжительной подготовки 26.04.1990г. под местной анестезией произведена - гемиструмэктомия, (проф. С.У.Джумабаев) удалены два узла. Послеоперационный период протекал гладко. Гистологическое исследование (проф. Н.Г.Александров) один узел - аденоматозно изменен, второй - эхинококк. При повторных обследованиях через 2-3 года поражения эхинококком других органов не выявлено.

2. Больная А. 43 лет обратилась в амбулаторном порядке

12.03.1992г. с жалобами на образование в области

волосистой части головы. Из анамнеза : в области волосистой части головы в течение нескольких месяцев появилась припухлость, которая постепенно увеличивалась. В течение недели стало болезненным. При расчесывании волос случайно задела, образование вскрылось, появилось белесоватое отделяемое

При осмотре в теменной области волосистой части головы имеется рана 2 х 3 см с ровными краями, с отделяемым. Была диагностирована нагноившаяся атерома. После обработки, под местной анестезией, образование удалено с капсулой. При гистологическом исследовании (доц. Т.Б.Аблязимова) выявлен эхинококк. Больная была тщательно обследована: больная правильного телосложения, хорошего питания. Прежде ничем не болела. Тоны сердца приглушены. Пульс 80 ударов в минуту. А/Д - 110/70 мм рт. столба. В легких везикулярное дыхание. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Произведено обследование: 1. Общие клинические лабораторные анализы - общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови и мочи, биохимические изменения не выявлены; 2. Рентгенологическое исследование органов грудной полости - патологических изменений не выявлено; 3. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости - патологических образований не выявлено. В теменной области свежий рубец, инфильтрации нет.

Таким образом, установлен диагноз: эхинококк волосистой части головы. Больная была обследована через 1-2 года - поражения других органов эхинококком не выявлено.

ЭЛЕКТРОЛИЗНЫЙ ВОДНЫЙ РАСТВОР ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В ЛЕЧЕНИИ АБС- ЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Х.Т. Нишанов, С.П. Боровский, Х.Р.Ишанходжаев
г.Сырдарья г. Ташкент

Наиболее прогрессивным методом лечения абсцессов печени на сегодняшний день является пункционно-дренажный метод, дающий минимальную летальность (от 2 до 8%). Однако, почти у каждого пятого больного приходится прибегать к открытому оперативному вмешательству. Санация полости абсцесса при этом методе обычно проводится путем ежедневного промывания ее антисептическими растворами с последующим введением антибиотиков широкого спектра действия. На наш взгляд, причиной недостаточно высокой эффективности пункционно-дренажного метода является неполноценность комплекса санации полости.

Материалом исследования послужили результаты лечения 59 больных абсцессом печени, лечившихся в клинике госпитальной хирургии с 1985 по 1996 годы. Возраст больных составил от 17 до 78 лет. Мужчин было 32 (54.2%). Причинами возникновения абсцессов печени были: нагноившиеся непаразитарные кисты (12), септико-метастатические абсцессы (10), посттравматические абсцессы (9), абсцессы после перенесенных операций на органах брюшной полости (8). Все больные в зависимости от характера лечения были условно разделены на 3 группы. В контрольную группу вошли 20 больных, которым проводилось опе-

ративное лечение абсцесса печени. В 1-й группе (19 больных) осуществлялась традиционная пункционно-дренажная санация полости абсцесса, а во 2-й группе (20 больных) применялся разработанный нами комплекс санации.

Пункция и дренирование полости абсцесса проводилась под контролем УЗИ и рентгенотелевидения. Наиболее удобным при частой локализации патологического процесса в правой доле печени оказались две зоны - в 7-8 межреберье по среднеподмышечной линии и в 7 межреберье по среднеподключичной линии. При локализации в левой доле наиболее приемлемой точкой пункции явилась зона примерно на 3 см ниже края мечевидного отростка.

В 1-й группе больных санация включала применение раствора фурацилина и антибиотиков широкого спектра действия. Для санации во 2-й группе больных использовали разработанный комплекс, основанный на применении электролизных водных растворов гипохлорита натрия различной концентрации в зависимости от стадии патологического процесса.

Среди оперированных больных с абсцессами печени в контрольной группе умерло 5 (25%). Во всех случаях смерть больных наступила в течении 7-9 дней после операции. У всех выживших больных (15) развились различные осложнения: желчные свищи (5), нагноения послеоперационных ран (9), послеоперационная пневмония (8), правосторонний плеврит и гидроторакс (5), печеночная недостаточность (3). У 5 (25%) больных потребовалось повторное оперативное вмешательство в связи с развитием внутрибрюшных осложнений. Средние сроки нормализации температуры составили 23.2 ± 2.5 дней (от 14 до 32), общее пребывание больных в стационаре - 43.2 ± 5.3 дней (от 23 до 70), послеоперационный госпитальный период - 33.3 ± 4.2 дней (от 22 до 66).

Среди больных 1 группы умерло 2 (10.5%). Осложнений в послеоперационном периоде у выживших больных не возникло. У 3-х (15.8%) больных проводилось дренирование абсцесса в связи с подтеканием гноя или желчи мимо дренажа. На момент выписки ни у одного больного не было желчного свища, все больные были выписаны после удаления дренажа в удовлетворительном состоянии. В 2-х (10.5%) случаях в сроки от 2 до 4 недель после выписки возник рецидив абсцесса. У этих больных вновь проведено дренирование с благоприятным исходом. Срок нормализации температуры составил 25.3 ± 2.2 дней (от 18 до 45), длительность пребывания больных в стационаре 32.9 ± 3.8 (от 18 до 45) дней, а длительность послеоперационного пребывания больных в стационаре - 28.3 ± 3.2 (от 18 до 45) дней.

Среди больных 3-й группы умерших не было. Отмечена быстрая нормализация температуры на 4.7 ± 0.8 (от 2 до 9) сутки. Длительность госпитального периода составил 26.2 ± 2.7 койко-дней (от 11 до 40), а сроки дренирования 15.1 ± 1.5 (от 8 до 35) дней. Осложнения в послеоперационном периоде ни у одного больного не возникло. В том числе, у 4 больных с желчно-плевро-бронхиальными свищами.

**РЕЗУЛЬТАТЫ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ
БОЛЬНЫХ РЕЦИДИВНЫМ ЭХИНОКОККОМ**

А.Н. Ниязметов, Г.Ю. Йулдашев
г.Ургенч

До последнего времени больные после операции по поводу эхинококкоза не становились на диспансерный учет, не проводилось их исследование на выявление рецидивов заболевания. Больные с рецидивной формой, как правило, поступали в хирургические стационары с клиническими проявлениями рецидива или с его осложнениями.

Нами обследовано с применением комплексного метода в период с 1992 по 1997 г. 93 пациента, ранее оперированных по поводу эхинококкоза. Из 93 лиц 42 человека обследованы в условиях клиники (анкетный вызов), а 51 в очагах инвазии при профилактическом обследовании населения. Обследование ранее оперированных больных по поводу эхинококкоза включает сбор анамнеза, объективный осмотр, анализ крови, серологические тесты, инструментальные методы (рентгенологическое и ультразвуковое исследование). По половому составу: из общего числа обследованных, мужчин было — 43 (46,3%), женщин 50 (53,7%). По возрастному составу: до 14 лет — 4; 15-19 лет — 12; 20-29 лет — 41; 30-39 лет — 21; 40-49 лет — 10; 50-59 лет — 4; 60 лет и выше — 2 человека.

Выявленных больных с рецидивным эхинококкозом распределили в зависимости от срока прошедшего с момента операции и локализации первичного эхинококкоза и полученные данные представлены в таблице. Как видно из таблицы из 93 пациентов ранее оперированных по поводу эхинококкоза различной локализации, у 28 (30,1%) выявлен рецидивной эхинококкоз. Наиболее часто рецидивы наблюдались по поводу опречий с сочетанной формой (множественной эхинококкоз) (34,2) и после эхинококкоза печени (29,8%), при том преимущественно в первые три года (47,1%) после операции. Из 14 лиц ранее перенесших операцию по поводу эхинококкоза легких, у 4 (28,4%) выявлен рецидив.

Среди больных с рецидивным эхинококкозом поступивших в стационар большой процент летальности падает на долю такого грозного осложнения как перфорация кист (два летальных исхода из 8 случаев 25%), а среди больных выявленных активным путем перфорации кист ни в одном случае не наблюдалось. У трех больных обнаружено нагноение кист, в двух случаях — разложение паразита и у 2 больных обызвествление его.

Локализации	Число обследованных лиц	Срок	
		0-3	3-4
Печень	54	7	4
Легкие	14	2	1
Сочетанные формы	21	4	2
Редкая локализация	4	-	1
Всего	93	13	8

Если мы путем активного комплексного обследования 93 лиц, ранее оперированных по поводу эхинококкоза, у 28 (30,1%) больных выявили рецидивы болезни, то можно допустить, что при обследовании оставшихся 370 оперированных таким же способом, можно выявить еще много больных рецидивным эхинококкозом и предотвратить печальный исход.

**БОЛАЛАРДА ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИНИ
УЙФУНЛАШТИРИЛИБ ДАВОЛАШГА ЯНГИЧА
ЁНДОШИШ МУАММОЛАРИ.**

Ш.А.Салимов, Б.З.Абдусаматов,
М.П.Чориев, А.З.Факиров
Тошкент ш.

Эхинококкоз касаллиги бугунги кун тиббётининг, айникса болалар жаррохлигининг энг долзарб муаммолари сирасига киради. Сўнгги йилларда нуфузли илмий-тиббий муассассалар, ҳамда мазкур жабхада тадқиқотлар ўтказётган иқтидорли олимлар томонидан этироф этилаётган маълумотларга қараганда эхинококкоз бўйича эндемик хисобланган республика-миз аҳолисининг ҳар 1000 нафарига 6 — 9та бу паразит билан касалланган беморлар тўғри келади. Бир йил мобайнида республика-миз микёсида 1,5 мингга қадар эхинококкэктомия операциялари ўтказилади, касалликнинг турли-туман асоратлари эса 25 — 45%ни ташкил қилади. Шу билан бирга эхинококкэктомия операциялари билан боғлиқ ўлим ҳолатлари 2,7 — 7%ни ташкил қилади. (Ш.И.Каримов, 1994 йил)

Охирги йиллардаги экологик мувозанатларнинг издан чиқиши, ҳамда аҳоли миграцияси билан боғлиқ ўзгаришлар ҳам муаммо долзарблигини кучайтиради.

Эхинококкоз-ни химиотерапия билан уйғунлаштириб даволаш борасида кўпгина тажрибалар ўтказилган бўлиб, қайси дори воситасини ҳар бир конкрет ҳолда боланинг ёши ва вазнига нисбатан қанча доза ҳамда муддатда қўллаш муаммолари ханузгача ўз ечимини топмаган. Бизнинг изланишларимиз эса айнан мана шу жабхадаги ечимларни топишга қаратилган.

2-ТошДавТИ болалар жаррохлиги клиникасига 1990-2000 йиллар мобайнида турли локализациядаги эхинококкоз касаллиги билан 4 — 15 ёшлар оралиғида 193 нафар бемор даволанди. Беморларнинг 107 нафари (55,4%) ўғил, 86 нафари эса (44,6%) қиз болалар бўлиб, жигар локализацияси 81 (41,4%), ўпкаларда жойлашиши 56 (29,0%), Бошқа аъзоларда жойлашиши эса 56 (29,4%)ни ташкил қилди. Мазкур болалар 1998 йилга қадар анъанавий усулда даволандилар. Сўнги 3 йил

мобайнида клиникамизга тушган 44 нафар беморни даволашда икки гуруҳга ажратдик. Назорат гуруҳига мансуб 28 нафар беморда фақат анъанавий эхинококкэктомия, тадқиқот гуруҳидаги 16 нафар беморга эса анъанавий даволашдан ташқари паразитга қарши химиотерапия (альбендазол) билан уйғунлаштирилиб кулланилди. Иккинчи гуруҳга мансуб беморларда албендазол терапияси операцияга қадар эхинококк кистасининг сезиларли кичрайиши ва бужмайиши, пардасининг калинлашиши, операцияда қўрилганда эса суюқлигининг хираланиши, хитин қобигининг эриши ва рангпарланиши аниқланди.

Ушбу тезисдан мақсад тадқиқотларимиз хусусидаги илк маълумотларни баён қилишдан иборат бўлганлиги боис, тафсилотларга алоҳида тўхтамадик.

Тадқиқотларимиз қўйидаги хулосалар чиқаришимизга имкон берди:

1. Худудимиз учун эндемик бўлган эхинококкоз касаллигини болаларда химиотерапия билан уйғунлаштириш муаммолари тўлиқ тадқиқ қилинмаган.

2. Тадқиқот гуруҳимиздаги беморларда албендазол терапияси яхши самара берди ва ёрқин истиқболга эга эканлигини курсатди.

3. Мавзу долзарблиги эътиборга олиниб, бу жабадаги тадқиқотлар давом эттирилиши лозим.

СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Д. С. Сексенбаев, А. Л. Песин, Б. А. Абдурахманов,
А.А.Алдешев, Ж.Ж.Жолдыбаев.
г. Шымкент

Эхинококкоз печени (ЭП) сопровождается нарушениями различной степени (вплоть до цирроза), что объясняется как механическим сдавлением паренхимы, желчных ходов и развитием холангита и гепатита, так и непосредственным токсическим воздействием эхинококковой жидкости на печеночные клетки (Петровский Б.В. и соавт. 1985).

Учитывая тесную взаимосвязь между печенью и почками представляет интерес состояние последних при эхинококкозе печени.

За 1993–2000 гг. на лечении находилось 308 больных ЭП. Из них осложненный ЭП отмечен у 64: нагноение кисты – у 57, прорыв кисты в брюшную полость – у 5, образование желчно-бронхиального свища – у 2

На основании анамнеза из исследования были исключены 25 больных, у которых имелись различные заболевания почек, не связанные с эхинококкозом (аномалии почек, пиелонефрит, гломерулонефрит, мочекаменная болезнь).

Остальные 283 больных были разделены на 2 группы:

- а) осложненный эхинококкоз печени – 64
- б) неосложненный эхинококкоз печени – 219

Всем больным проводились общий анализ мочи и крови, проба Нечипоренко, бактериальное исследование мочи, проба Зимницкого, определение мочевины и креатинина крови, УЗИ почек; обзорная, экскреторная урография и радиоизотопная ренография по

показаниям.

В I группе умеренное снижение концентрации функции почек отмечено у 60 (93,7%), лейкоцитурия – у 58 (90,6%), умеренная протеинурия до 0,132% – у 64 (100%) больных.

Повышение уровня мочевины и креатинина до 9,2 ммоль/л установлено у 4 (6,2%) больных.

Бактериальные посевы мочи произведены 58 больным. Рост получен в 43 (74,1%) случаях: *St.aureus* – в 20; *Proteus vulgaris* – в 9; *Bac.coli* – в 14.

УЗИ почек произведено 18 больным. У всех отмечалась деформация ЧЛС и незначительное снижение паренхиматозного индекса.

Радиоизотопная ренография (20 больных) не выявила грубых нарушений у 16 больных, у 4 с повышенными показателями мочевины выявлены снижение секреции, экскреции и эффективного почечного плазмотока.

Во второй группе изменения в общем анализе мочи установлены у 107, в пробе Нечипоренко – у 30 (всего 137 больных – 62,4%), протеинурия – у 107 (48,8%), лейкоцитурия – у 121 (55,3%).

Рост микрофлоры получен лишь у 32 (36,7%) из 87 исследований: *Staf.aureus* – 22, *Proteus vulgaris* – 3, *Bac.coli* – 7.

Радиоизотопная ренография проведена 56 больным. Незначительные отклонения характерные для хронического пиелонефрита обнаружены у 47 (85,6%).

Как видно, те или иные функциональные или воспалительные изменения почек отмечены у 79,7% больных ЭП. Причем в I группе они имелись у 100%, во II – у 62,4% больных.

Таким образом, почки при эхинококкозе печени поражаются в различной степени, тем большей, чем тяжелее основной процесс. Эти данные необходимо учитывать в пред- и послеоперационном периоде у больных с ЭП.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЕГКИХ

Д.С. Сексенбаев, А.А.Алдешев, Т.Г. Ким, Ж.К.Карабеков, Б.А.Абдурахманов
г. Шымкент

Среди причин послеоперационной острой дыхательной недостаточности (ОДН) у больных, оперированных по поводу эхинококкоза легких, болевой фактор играет значительную роль, приводя на фоне уменьшенной альвеолярной площади к снижению ФЕЛ и ЖЕЛ. Считается, что в силу косвенного потенцирования неизбежная гипоксемия может наблюдаться после вмешательства на органах грудной клетки в течение 48 и более часов.

В связи с этим полноценное обезболивание в профилактике и лечении ОДН имеет немаловажное значение. Исходя из этого, нами были использованы методы превентивной анальгезии с целью предотвращения центральной и периферической сенсibilизации и гипералгезии, лежащих в основе послеоперацион-

ной боли. Применялись ингибиторы периферических медиаторов боли, ингибиторы возбуждающих аминокислот (NMDA), опиоидные и неопиоидные анальгетики центрального действия в премедикации и интраоперационно.

Исследование проведено в 2-х группах больных. Первую группу составили 33 больных, подвергшихся торакотомиям по поводу эхинококковых поражений легких в возрасте 25 – 42 лет, из них мужчин – 24, женщин – 9, по локализации процесса – 12 с эхинококком верхней доли, 21 – средних и нижних долей. У всех больных определяли КЩС и газы крови, а также субъективную оценку эффективности послеоперационной аналгезии. Анестезиологическое пособие включало стандартную премедикацию. Превентивная аналгезия включала контрикал в дозе 10 – 20 тыс. ЕД. и кеторолак трометамин (кетанов) 30 мг. Общую анестезию проводили по методике модифицированной нейролептаналгезии на основе фентанила, седуксена, микродоз калипсола с миорелаксантами и ИВЛ.

Вторую группу составили 19 больных в возрасте 17 – 49 лет, 13 мужчин и 6 женщин, которым проводилась стандартная общая анестезия на основе НЛА с миорелаксантами и ИВЛ.

Эффективность послеоперационного обезболивания оценивали по 4-х бальной шкале вербальных оценок (Н.А. Осипова и соавт., 1999). Изменения системы дыхания наряду с объективными данными, оценивались по газовому составу крови и КЩС.

У больных первой группы в послеоперационном периоде болевой синдром наблюдался с интенсивностью в 1-2 балла у 63,6% больных, 3 балла – у 30,3% больных, 4 балла – отсутствовали. Болевой синдром отсутствовал в 6% случаев. У больных с болевым синдромом в 1-2 балла изменений со стороны КЩС и газов крови не имелось, а с интенсивностью боли в 3 балла – отмечались умеренный метаболический ацидоз ($pH\ 7,30-7,34$), компенсированный дыхательным алкалозом ($p_aCO_2\ 33-35$ мм рт.ст.) на фоне сохраненной $p_aO_2 = 90-92$ мм рт.ст., $SAO_2 = 94-96\%$. Наркотические анальгетики не применялись в первые часы послеоперационного периода, применялся лишь кетанов. Механика дыхания не нарушалась.

Во второй группе болевой синдром наблюдался у всех прооперированных больных, с интенсивностью 1-2 балла – у 30% больных, 3 балла – у 40%, 4 балла – у 30%, что потребовало применения опиоидных анальгетиков в сочетании с кетановом. Изменения в дыхательной системе у больных с болевым синдромом в 1-2 балла не наблюдалось, с интенсивностью в 3 балла – умеренная одышка, сопровождавшаяся умеренным метаболическим ацидозом ($pH=7,28-7,33$) с умеренной гипокапнией ($p_aCO_2\ 32-34$ мм рт.ст.) на фоне сниженного $p_aO_2=86-90$ мм рт.ст., $SAO_2 = 90-93\%$. У больных с 4-х бальным болевым синдромом имелись значительные изменения дыхательной системы: частое поверхностное дыхание с декомпенсированным ацидозом ($pH=7,25-7,30$, $p_aCO_2\ 42-44$ мм рт.ст., $p_aO_2=80-84$ мм рт.ст., $SAO_2 = 88-90\%$). Больные данной группы нуждались в кислородотерапии и обез-

боливании наркотическими анальгетиками, которые продолжались до 5-6 суток послеоперационного периода.

Таким образом, превентивная аналгезия, обеспечивая эффективное послеоперационное обезболивание, способствует ранней активации больных с адекватной адаптацией дыхательной системы и снижению возможного возникновения дыхательной недостаточности.

КЕТАМИНОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ.

Б.С.Сирлиев, Н.Ш.Шахзадаев,
Б.Д.Хамрокулов, А.С.Ачилов, Д.Б.Дехконов,
Б.А.Акромов, Н.У.Норкузиев
г.Джизак

В последние годы Кетамин стал широко использоваться для вводного наркоза у больных с хирургической патологией легких (Г.Н.Гиммельфарб, 1982). В отличие от барбитуратов Кетамин не оказывает выраженного угнетающего действия на дыхание, стимулирует кровообращение бронхов и оказывает холинэргическое действие на рецепторы трахеобронхиального дерева (Авиадо, 1975). Эта концепция подтверждается тем, что атропин уменьшает тахикардию, вызванную Кетамином (Трабер и др., 1971). Доказано, что стимулирующее действие анестетика на кровообращение смягчается предварительным введением Диазепама или Дроперидола (Т.М.Дарбинян, Л.Г.Мечицкая, 1976).

Исходя из выше изложенного, в отделении анестезиологии и реаниматологии Джизакского филиала Государственного научного центра экстренной медицины использована моноанестезия Кетамином у 35 больных, в возрасте от 6 до 70 лет с эхинококкозом печени и легкого.

Компоненты анестезии выглядят таким образом: Премедикация - Атропин, Димедрол, Морфин в соответствующих дозировках. Вводный наркоз - для индукции анестезии использован Кетамин с Валиумом внутривенно (доза Кетамина из расчета 2мг/кг (Т.М.Дарбинян, 1976), а доза Валиума не превышала 0,16-0,32 мг/кг веса больного). Базис наркоз - Кетамин + кислородно-воздушная смесь с управляемым дыханием, с применением миорелаксантов средней длительности (Ардуан).

Течение анестезии изучалось по показаниям артериального давления по Короткову, частоте сердечных сокращений и пульсу. Также изучался минутный и часовой диурез, гематокрит, свертываемость крови и ЦВД инвазивным методом. Положение не операционном столе у 11 больных на боку при эхинококкэктомии из легкого, у 24 больных с эхинококком печени - на спине.

У всех больных течение анестезии протекало гладко, осложнений от анестезии не наблюдалось.

Таким образом, Кетаминовая анестезия с Валиумом и миорелаксантами обеспечивает должную глубину наркоза и полноценную искусственную вентиляцию легких.

ЭХИНОКОККОЗ ПОЧЕК.

С.Э.Сохибов, О.Х.Азимов,
Х.К.Туксанов, У.Т.Хошимов
г. Навои

В мировой литературе сообщения, касающиеся эхинококкового поражения почек, относятся к редкой патологии.

В урологическом отделении Навоийского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за десятилетний период находились на лечении 14 больных с различными кистозными поражениями почек. Диагноз киста почки устанавливался нами после ультразвукового исследования (УЗИ), при этом лишь у 3 пациентов был выявлен эхинококк почек. Надо отметить, что в наблюдаемых нами случаях эхинококковые кисты находились в правой почке. В одном случае эхинококковая киста правой почки сочеталась с эхинококкозом печени.

Как правило, больные предъявляли жалобы на тупые боли в пояснице справа, тяжесть в этой области, иногда небольшой подъем температуры. Дизурические явления и изменения в анализах мочи не наблюдались.

Приводим наши наблюдения:

Больной Р. 36 лет. Обратился в приемно-диагностическое отделение с жалобами на тяжесть в правой поясничной области, иногда тупые боли, которые беспокоят последние 3 года. Диагноз: “Эхинококкоз правой почки” был установлен при УЗИ. На операции оказалась эхинококковая киста размерами 7,0х7,0 см захватывающая средний отдел и нижний полюс почки. Учитывая, что верхний край кисты достигает сосудистой ножки почки и интимно с ней спаян, решено операцию завершить правосторонней нефрэктомией. Послеоперационный период протекал без осложнений.

У второго больного Н. 40 лет эхинококк правой почки был установлен случайно при УЗИ во время профилактического осмотра. Ранее, каких-либо жалоб не отмечал. На операции оказалось, что эхинококковая киста исходила из почки по ее латеральной поверхности в верхнем сегменте, размеры кисты составили 5,0х7,0 см. Выполнена эхинококкэктомия с капитонажем и дренированием остаточной полости. Послеоперационный период протекал гладко.

В третьем случае больная А. 28 лет, обратилась к нам с жалобами на боли в правой подреберной области с иррадиацией их в спину. Больной себя считает в течении нескольких лет, периодически отмечала небольшие подъемы температуры. При УЗИ установлено, что имеется сочетанное поражение — эхинококк правой доли печени и правой почки. Больной косым размером в правой подреберной области выполнена эхинококкэктомия из правой доли печени с дренированием остаточной полости и нефрэктомия справа. Послеоперационный период протекал благоприятно.

**ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН
БЕМОРЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИҒИ ОРГАНЛАРИ
ЭХИНОКОКЭКТОМИЯСИ АМАЛИЁТИНИНГ
ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ.**

Ўроков Ш.Т.

Тошкент ш.

Ўз ССВ академик В Воҳидов номидаги Ж.И.М.да 1989-1990 йиллар мобайнида Жигар циррози ва портал гипертензияси ҳамда қорин бўшлиғи органлари эхинококкози билан 36 бемор даволанди.

Беморларнинг барчасининг умумий ҳолати, касалликнинг клиник кўриниши, қон ва сийдикнинг умумий ва биокимёвий таҳлил усуллари ҳамда қўшимча ускунавий текшириш усуллари ёрдамида ўрганилди. Текширишлар натижасида 4 беморда жигар циррозининг фаоллашган даври аниқланди. Қолган беморларда эса жигар циррозининг яширин кечиши даврида жарроҳлик амалиёти бажарилди.

Циррознинг фаоллашган даври аниқланган 4 беморда эса операциядан олдинги даврда махсус даволангандан сўнг жарроҳлик амалиёти бажарилди. Ушбу беморларни даволашда қўйидаги препаратлар яъни, Гемодез 400 мл, Инфезол-250-500мл, Глюкоза-5%-400мл, Рибоксин-2%-10мл, Урсофальк-250мг 3-4 марта, Дюфалак-20-25 мл қўлланилди.

36 бемордан 32 таси жарроҳлик амалиёти бажарилган. 4 бемор жигар циррозининг оғир кечиши, (асцит, уткир хуружи) ҳамда эхинококк кистасининг асоратланмаганлиги ва 4 см. дан катта бўлмаганлиги ҳисобга олиниб, жарроҳлик амалиётидан сақланиб, консерватив усулда даволанди.

Жарроҳлик амалиёти бажарилган 32 бемордан 10 тасида эхинококкэктомия операцияси билан биргаликда жигар циррози ва портал гипертензиясига, яъни гепатопетал қон айланишини меъерлаштиришга йўналтирилган симултан операциялари бажарилди. Беморлада симултан операциялари қўйидагича амалга оширилди: 3 беморда — эхинококкэктомия спленэктомия билан биргаликда, 5 тасида — эхинококкэктомия + оментогепатопексия + жигар хусусий артериясининг десимпатизацияси ва 2 беморда эса эхинококкэктомия + спленоренал шунтлаш операцияси.

Қолган 20 беморда эса фақат эхинококкэктомия ёки эхинококкэктомия билан биргаликда 3-қўшимча паталогияни даволашга қаратилган симултан операциялари бажарилди. Шундан 3 беморда эхинококкэктомия + холецистэктомия, 2 таси эхинококкэктомия + меъдада орган сакловчи операцияси ва 2 беморда эхинококкэктомия операцияси билан биргаликда операциядан кейинги чурра туфайли қориннинг олд девори пластикаси амалиёти бажарилди. 4 беморда жарроҳлик амалиёти операциядан кейинги чандиқларни ажратиш вақтида (жигарнинг патологик ўзгариши ҳисобига) доимий қон оқиб туриши туфайли техник қийинчиликлар билан амалга оширилди.

Клиник ва биокимёвий таҳлиллار ҳамда қўшимча ускунавий текшириш натижалари шуни кўрсатдики жигардан гигант эхинокок кистаси олиб ташланган 6 беморда операциядан кейинги даврда портал босимнинг пасайиши кузатилиб, ушбу ҳолат портал систе-

ма томирларини ультратовуш тўлқинлари ёрдамида доплерография қилиш орқали тасдиқланди.

Жигар циррози ва жигарнинг асоратли эхинококкози туфайли эхинококкэктомия қилинган 2 беморда операциядан кейинги даврда яққол асцит белгилари намоеъ бўлиб шундан 1 кишида асцит перитонити кузатилиб, натижа ўлим билан тугади.

Текшириш натижалари шуни кўрсатдики, жигар циррози ва портал гипертензияси ҳамда қорин бўшлиғи органларининг эхинококкози биргаликда кузатилган беморларда жигар тўқимасининг ўзгариши натижасида операция вақтида патологик қон оқишлар кўзатилади, қолдиқ бўшлиқнинг битиши секин кечади. Ундан ташкари операциядан кейинги даврда жигар циррозининг активлашиш ҳолати 2 беморда, асцит 10 беморда кузатилди.

Операциядан кейинги даврда асцит суюқлигини эвакуация қилиш мақсадида амалиёт вақтида барча беморларда кичик чанок найчаланди.

Операциядан кейинги даврда жигар циррозининг фаоллашиши натижасида 1 бемор вафот этди.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда жигар циррози эхинококк касаллиги билан бирга келган ҳолатларда операциядан кейинги даврда жигар циррози фаоллашишининг олдини олиш мақсадида қуйидагиларни таклиф этамиз.

1. Ушбу ташхис билан тушган беморларнинг барчасида операциядан олдинги даврда жигар циррозининг фаоллашиши даражасини аниқлаш мақсадида йўналтирилган текшириш усуллари ўтказиш.

Касаллик фаоллиги, ҳаттоки унинг 1- даражаси аниқланган тақдирда ҳам, операциядан олдинги даврда дезинтоксикацион (Гемодез-400 мл, Глюкоза-400мл, Инфезол-250-500 мл дан) ҳамда гепатотроп (Урсофальк-250 мг дан 3-4 марта, Рибоксин — 2%- 10 мл, Дюфалак-20-25 мл) препаратлар ёрдамида чуқур тайёрлаш ва бевосита операциядан кейинги даврда ҳам ушбу даволаш усулини давом эттириш.

2. Бу тоифа беморларда жарроҳлик амалиётини жигар циррозининг яширин, ремиссия босқичида амалга ошириш ҳамда операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғида асцит суюқлигининг йиғилишини олдини олиш мақсадида амалиёт вақтида қорин бўшлиғини найчалаш лозим.

ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА - КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА ПЕДЖЕТТА- ШРЕТТЕРА.

М.А.Фахратов, Т.А.Шомурадов, Ш.С.Норкузиев.
г. Самарканд

Локализация эхинококка может быть самой неожиданной, нет органа и тканей, которые бы не поражались этой паразитарной кистой. Эхинококк скелетных мышц относится к редким локализациям и по данным многих авторов составляет от 1 до 6%. Диагностика эхинококка скелетных мышц часто оказывается затруднительной. По этому вопросу профессор А.В. Сущевский писал: “Эхинококк мышцы принадлежит к очень редким заболеваниям и является часто неожиданным сюрпризом для оператора”. Поэтому при неясном происхождении кистозной опухоли надо всегда

помнить об эхинококке. Среди доброкачественных опухолей левого венозного узла и подключичного пространства, нередко вызывающих синдром Педжетта-Шреттера относительно редко встречается эхинококковая киста. Вообще в литературе описаны единичные случаи кисты эхинококка — как причина синдрома Педжетта-Шреттера, а также верхней полой вены.

Мы наблюдали больного 18 лет, который был направлен врачебной комиссией райвоенкомата с диагнозом боковая киста левой половины шеи. При обследовании, у которого оказалась эхинококковая киста левого венозного угла, вызвавшая синдром Педжетта-Шреттера со стороны левой верхней конечности. Произведена операция — эхинококкэктомия. Отдаленные результаты хорошие, синдрома Педжетта-Шреттера нет. Следует отметить, что особенностью данного расположения является то, что у больного эхинококковая киста в левом венозном углу и частично в за грудином пространстве медленно увеличивалась, что привело к отеку левой верхней конечности, умеренному цианозу лица, а также болям со стороны этой конечности.

Таким образом, эхинококковая киста, расположенная в левом венозном углу и подключичном пространстве может стать причиной экстравазальной компрессии подключичной вены с развитием синдрома Педжетта-Шреттера.

О РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ ЭХИНОКОККОЗА У ЧЕЛОВЕКА.

А.К.Хайитов, А.Д.Дусбоев, Б.М.Нурмамамов,
Г.Ж.Джумаев
г. Термез

Редкими локализациями эхинококкоза считаем все локализации кроме эхинококкоза печени, легких, селезенки и брюшной полости.

Удельный вес редких локализаций эхинококкоза в литературе составляет 15 — 20%.

По материалам областной больницы за последние 10 лет выявлено 636 больных эхинококкозом.

Эхинококкоз редкой локализации по всему хирургическому блоку составил 45 больных, чаще всего последние выявлены по ходу выполнения операций по поводу других заболеваний. У большинства оперированных была произведена идеальная эхинококкэктомия.

Эхинококкоз редких локализаций обнаружен чаще всего у больных, которые раньше были прооперированы по поводу прорвавшегося эхинококкоза в свободную брюшную полость.

Данные о распределении редких локализаций эхинококкоза по органам, представлены в таблице.

Эхинококкоз редких локализаций в большинстве случаев обнаружен у ранее оперированных больных по поводу эхинококкоза различных органов и особенно осложнившихся прорывом кисты в свободную брюшную полость, по нашему мнению это является рецидивом заболевания или реинвазией. В последнее время для предупреждения рецидивов всем больным после выписки рекомендовали вермокс по 1 таб. 3 раза три дня с интервалом 10 дней, 3 раза, или альбендазол 2% по 50 мг на кг веса 4 раза внутрь эссенциале в капсу-

Локализация	Число больных	Из них ранее оперированы по поводу эхинококкоза
Поджелудочная железа	9	1
Большой сальник	3	-
Червеобразный отросток	2	-
Забрюшинное пространство	2	-
Печеночно-дуоденальная связка	1	1
Малая кривизна желудка	2	1
Грыжевой мешок	1	1
Под кожная клетчатка	3	-
Яичник	1	1
Под диафрагмальная область	1	-
Малый таз	2	1
Стенка желчного пузыря	2	-
Эхинококкоз почек	7	2
Головной мозг	2	-
Киста таза	2	-
Позвоночника	1	-
Грудины	1	1
Ребра	2	2
Средостения	1	-
В С Е Г О :	45	12

лах, в течение месяца с интервалом 30 дней, 2 курса лечения. Побочные явления не наблюдались.

НОВЫЙ СПОСОБ МОДЕЛИРОВАНИЯ ЭХИНОКОККОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

А.М.Шамсиев, А.Х.Одилов, У.Б.Гаффаров, Н.Д.Кодиров, Ш.Ш.Мухитдинов.
г.Самарканд

Эхинококкозы наиболее тяжело протекающие гельминтозы человека и вместе с тем широко распространенные среди сельскохозяйственных,домашних и диких животных. Ввиду широкого распространения и огромного экономического ущерба здравоохранению и животноводству исчисляемого в сотни миллиардов долларов в год, эхинококкоз представляет серьёзную социальную и экономическую проблему для многих стран мира (Яроцкий Л.С., 1990; Мусаев Х.Г., 2000г.)

В настоящее время актуальным являются изучение условий заражения, патогенеза, поиск эффективных хирургических методов лечения, путей профилактики заболевания. Для этого требуется адекватная экспериментальная модель гидатидозного эхинококкоза над созданием которой работают многие научно-исследовательские лаборатории мира.

Моделирование заболевания у естественных промежуточных хозяев (овцы, козы, крупный рогатый скот и др.) позволяет полнее изучить инвазию, патогенез, методы лечения и профилактики.

Для создания экспериментальной модели эхинококкоза мы выбрали овец. Нашими исследованиями кислотообразующей функции желудка больных детей

эхинококкозом установлено, что у значительной части (83%) отмечено гипоацидное состояние. Учитывая это обстоятельство, мы ягнят заражали на фоне искусственного медикаментозного гипоацидного состояния сычужного сока исключительно малым количеством онкосфер по сравнению с традиционным методом (50-1000 вместо 10 тыс штук). С целью снижения кислотности сычужного сока применяли гастропепин и квамател. Всего заражали 15 ягнят в 5 вариантах различающихся по количеству перорально введенных онкосфер (50,100,250,500,1000). Животных забивали и вскрывали через 9 мес. При этом во всех случаях развился множественный эхинококкоз, причем связи между количеством кист и введенных внутрь онкосфер не наблюдали.

Таким образом, нами создан новый способ моделирования гидатидозного эхинококкоза позволяющий изучить патогенез заболевания, апробировать новые способы лечения в эксперименте.

ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ЭХИНОКОККОЗА

Ю.Ю.Шарипов, С.М.Исхакова
г. Ташкент

В настоящее время известно, что эхинококковая киста может располагаться и развиваться в любом органе и ткани. Частота редких локализаций эхинококкоза составляет до 1%, и зачастую эти больные оперируются под различными диагнозами и наличие кисты эхинококковой этиологии устанавливается только во время операции.

За последние 10 лет в отделении мы наблюдали 8 больных с редкими локализациями эхинококкоза. Женщин было 5, мужчин – 3. Большинство пациентов (5) поступили в отделение с направительным диагнозом доброкачественное образование мягких тканей (липома, фиброма, атерома и др.), у 3 больных эхинококковые кисты были находками во время экстренной операции. Локализация эхинококковых кист были: в подмышечной области – 1 случай, в правой подвздошной области – 2 случая, в нижних конечностях – 2 и в 1 случае во время аппендэктомии в правой подвздошной области обнаружена эхинококковая киста, находящаяся на брыжейке тонкого кишечника и в 2 случаях кисты располагались на большом сальнике. В 3 случаях больные были оперированы с диагнозом острый аппендицит и аппендикулярный инфильтрат, во время операции обнаружены эхинококковые кисты.

При расположении кист в мышцах конечностей и в правой подвздошной области проводилось удаление эхинококковой кисты вместе с фиброзной капсулой. В правой подмышечной области эхинококковая киста располагалась в проекции подмышечной артерии, однако, она со стенкой артерии не была связана. В послеоперационном периоде при УЗИ и рентгеноскопии органов брюшной полости и грудной клетки в других органах наличие кист не было выявлено. Осложнений в послеоперационном периоде не наблюдалось. В отдаленном периоде от 2 до 8 лет рецидивов эхинококковых кист не выявлено.

Следует отметить, что при доброкачественных опухолях мягких тканей с четкой проекцией, безболезненным и медленным ростом и благоприятным течением, а также образовавшийся в правой подвздошной области (аппендикулярный инфильтрат, киста и др.) необходимо заподозрить возможность наличия кисты эхинококковой природы и целенаправленное обследование поможет установить правильный диагноз и выбор оперативного вмешательства.

ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ БЛОКАДЫ ЗВЕЗДЧАТОГО ГАНГЛИЯ И ЭЛЕКТРОАКУПНКТУРЫ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ

И. Ю.Шумилова, Л. А. Назырова
г. Ташкент

Традиционные методы послеоперационного обезболивания с применением наркотических анальгетиков (НАН), по ряду причин, не могут полностью удовлетворить специалистов в торакальной хирургии. Одна из них — это необходимость обеспечения адекватной блокады ноцицептивной импульсации и вегетативных реакций с минимальной депрессией ЦНС, дыхания, что важно для профилактики легочных осложнений. Электроакупунктура (ЭАП) и блокада звездчатого ганглия (БЗГ) лишены побочных эффектов, присущих НАН (депрессия, кумуляция, адинамия и др.), однако недостаточная анальгезия, при использовании их в чистом виде, ограничивает их применение.

Цель исследования — оценка анальгетической эффективности сочетанного применения БЗГ и ЭАП у больных оперированных по поводу эхинококкоза легких.

Материалы и методы. У 20 больных эхинококкозом легких, после операций (эхинококкэктомия, лобэктомия), для обезболивания применяли сочетание БЗГ и ЭАП. БЗГ выполнялась после окончания операции, восстановления сознания и адекватного самостоятельного дыхания, 1% лидокаином из расчета 2 мг/кг, по методу Лериша и Фонтенца. Затем проводилась ЭАП через иглы введенные в точки ле-цюе(7P), хэ-гу(4GI), вай-гуань (5 TR), цзусан-ли (36E), сила тока 50 мА переменной полярности. Сеанс ЭАП повторяли в реанимационном отделении на следующий день. Контролировали показатели гемодинамики: артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС), кислотно-основного состояния (КОС), газообмена; в крови определяли концентрации “болевых субстанций”: серотонина(СТ), гистамина(ГА), простагландина F_2a (ПГФ $_2a$), в исходном состоянии, после окончания операции и после проведения процедуры. Учитывали расход НАН в первые сутки после операции в сравнении с контрольной группой сопоставимой с основной по всем основным параметрам.

Результаты. Исследования показали, что в ближайшем послеоперационном периоде все больные жаловались на боль, что сопровождалось повыше-

нием АД, ЧСС на 15%($p < 0,05$), увеличением отрицательной величины ВЕ на 22%, снижением Ph с 7,43 до 7,27, по сравнению с исходным состоянием. В крови увеличились концентрации ГА, СТ, ПГФ $_2a$ на 26,6%, 37,9% и 64,6% ($p < 0,05$) соответственно.

После выполнения БЗГ и ЭАП жалобы на боль прекращались. Гемодинамические показатели, отрицательная величина ВЕ и Ph вернулись к исходным цифрам. Содержание СТ и ПГФ $_2a$ уменьшились на 37,9% и 76,2% ($p < 0,05$) соответственно. Расход НАН у 35% больных уменьшился на 50%, а у 40% пациентов наркотики не применялись.

Таким образом, сочетанное применение БЗГ и ЭАП позволяет обеспечить адекватное послеоперационное обезболивание у больных после операций по поводу эхинококкоза легких.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ АСОРАТЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИГА ДОИР.

М.Э. Эшбеков, Норкузиев Н.У., Б.Р. Рахмонов, М.Х. Юлдашев, Э.У. Курбонов, Б.К. Эргашев, М. Тожибоев, Р. Субхонкулов.
Жиззах ш.

Бизнинг назоратимизда остида бўлган 24 та беморларнинг (16 таси аёл, 9 таси эркак) ёшлари 6 дан 70 ёшгачани ташкил этди.

Қишлоқ аҳолиси 20 та (80%) ни ташкил қилди. 24 беморда 52 та эхинококк кистаси аниқланди. Шулардан 14 беморда солитар киста, 6 беморда 3 тагача, 4 беморда 5 ва ундан кўп кисталар топилган. Шулардан 27 та киста кичик (дм 5 см гача), 17 таси ўрта (10 см гача) ва 8 таси катта (10 см дан катта) хажмда эди. Умумий клиник, биохимик текширишлардан ташқари, ультратовуш текширишлар ва айрим ҳолатларда лапароскопия усули диагностика мақсадида қўлланилди.

Эхинококк кисталарининг жигарда жойлашиши ва уларнинг микдорини аниқлаб, 6 беморда шошилинч равишда, 18 беморда тезликда жигар эхинококкэктомия операцияси ўтказилди. Операция вақтида эхинококк хитин пардаси олиниб, қисман фиброз капсуласи кесилиб, 41 та қолдиқ бўшлиқ капитонаж қилинди ва 11 таси дренажланди.

Бизнинг кузатувимизда 2 та диққатга сазовор ҳолатлар аниқланди.

1. Бемор Б, 25 ёш, Қ/т № 3552 касалхонага шошилинч равишда, ўнг қовурга остидаги оғрик, ҳарорат кўтарилиши, қорин дам бўлиши каби шикоятлар билан ётқизилди. Анамнездан 5 йилдан бери касал эканлиги маълум бўлди. Марказий клиникаларда беморга жигар циррози, портал гипертензия синдроми, асцит диагнози қўйилган. Беморга 10 мартадан ортиқ қорин бўшлиғи пункция қилинган, ҳар сафар 2,5 литргача “асцит” суюқлиги олинган.

Беморга лаборатория текшируви, клиник, ультратовуш ва лапароскопия ўтказилиб, жигар эхинококкининг, қорин бўшлиғига ёрилиши диагнози қўйилди ва эхинококкэктомия, қолдиқ бўшлиқни ва қорин бўшлиғини дренажлаш операцияси ўтказилди. Операциядан кейинги диагноз: “Қорин бўшлиғига ёрил-

ган жигар эхинококк кистаси”.

Бемор соғайгач 10 чи кун шифохонадан чиқди.

2. Бемор У, 8 ёш, К/т № 2717. Туман марказий касалхонасида аппендэктомия операцияси ўтказилгач, 14 кундан кейин марказга ётқизилди. Текширишлардан сўнг беморда жигар эхинококки хитин пардасининг қорин бўшлиғига бутунлигича тўкилиши аниқланди. Лапаротомия операцияси вақтида ичаклар орасида эхинококк кистаси борлиги аниқланди ва идеал эхинококкэктомия операцияси бажарилди. Жигардаги эхинококк бўшлиқ капитонаж қилинди.

Бемор соғайгач 8чи кун касалхонадан чиқди.

Бу кузатувлар асоратланган жигар эхинококки кисталарини диагностика қилиш анча қийин эканлигини ва айрим ҳолларда қорин бўшлиғи ўткир жарроҳлик касалликлари билан дифференциал диагностика ўтказиш лозимлигини кўрсатади, бу эса комплекс текшириш усулларида ва керак бўлганда лапароскопиядан кенгрок фойдаланиш кераклигини тақоза этади.

АСОРАТЛАНГАН ЎПКА ЭХИНОКОКК КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ.

М.Э. Эшбеков, Н.У. Норкузиев, Б.Р. Рахмонов, М.Х. Юлдашев, Э.У. Курбонов, Б.К. Эргашев, Б. Хазраткулов.
Жиззах ш.

Охириги 9 ой давомида ўпка эхинококкозлари билан касалланган 11 бемор кузатилди, шулардан 7 (63,6%) аёл, 4 (36,3 %) эркак. Ёши 6 дан 60 ёшгача. Беморларнинг асосий қисмини 8 (72,7%) кишлоқ фуқаросини ташкил қилди.

7та беморда ўнг ўпкада 4 та беморда чап ўпкада ўпка эхинококкози аниқланди. Кисталарнинг умумий сони 25та бўлиб, шулардан 6 та беморда солитар киста, 3 беморда 3 тадан, 2 беморда эса 4-5 тадан кисталар аниқланди. Эхинококк кисталарининг 14 таси кичик (дм 5 см гача), 8 таси ўрта (10см гача) ва 3 таси катта - гигант (10 см дан катта) ўлчамли эканлиги аниқланди. Эхинококк кисталарининг йиринглаши 3 та, бронхга ёрилиши 3 та, плевра бўшлиғига ёрилиши 2 та беморда, 3 та беморда эса катта - гигант кистанинг ёрилиш хавфи ва эхинококк кисталари ўпкани сиқishi оқибатида нафас етишмовчилиги кузатилди. 10 беморда эхинококкэктомиядан кейинги қолдиқ бўшлиқ капитонаж усулида тикилди, 1 беморда қолдиқ бўшлиқ дренажланди.

Бизнинг шифохонамизда 2 та диққатга сазовор ҳолатлар кўзатилди.

1. Бемор Ш, 12 ёш, к/т № 2552. Касалхонага йўталиш, тана ҳароратининг ошиши, нафас етишмовчилиги, балғам чиқиши, умумий ҳолсизлик каби шикоятлар билан ётқизилди. Текширишлар натижасида ўнг ўпка юқори бўлагининг гигант йиринглаган эхинококки диагнози қўйилди. Беморга шошилиш равишида ўнг V қовурға олд — ён тарокатомияси ўтказилди. Ўпка эхинококкэктомияси бўшлиқни капитонаж усулида тикиш амалиёти бажарилди. Операциядан кейинги давр оғир кечди. Ўнг ўпкада ателектаз, қолдиқ бўшлиқ абсцесси, бронхиал окма, пиопневмоторакс, чап

ўпкада тотал пневмонияси кўзатилди ва ўткир нафас етишмовчилиги натижасида бемор вафот этди.

2. Бемор К, 9 ёш, к/т № 1105. Шифохонага йўталиш, тана ҳароратининг ошиши, балғам чиқиши, кўкрак кафасидаги оғрик, ҳолсизлик ва нафас етишмовчилиги белгилари билан ётқизилди. Текширишлар натижасида ўнг ўпка юқори бўлагига гигант йиринглаган эхинококки диагнози қўйилди. Беморга тарокатомия операцияси бажарилди. Операция вақтида ўнг ўпканинг юқори ва ўрта бўлагини камраган, юракнинг ўнг бўлмаси, қулоқчаси билан ёпишган ва инфильтратлашган катта эхинококк кистаси аниқланди. Лобэктомия амалиётини бажаришнинг имкони бўлмади ва қолдиқ бўшлиқни дренажлашга қарор қилинди. Пневмо ва гидротораксни олдини олиш мақсадида дренаж атрофидаги париетал плевра висцерал плеврага тикилди. Операциядан кейинги даврда актив аспирация ўтказилди. Дренаж 12 — кун олинди. Натижа: бемор соғайиб кетди.

Бу кузатувлар айрим ҳолларда йиринглаган ўпка эхинококк кисталарини даволашда қолдиқ бўшлиқни дренажлаш мақсадга мувофиқ эканлигини кўрсатади.

ЭХИНОКОККОЗ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.

Ф.Ю.Юлдашев, Н.И.Махмудов, Б.Б.Абдурахманов, М.А.Туракулов, А.Т.Султанов, С.С.Сайдалиев
г. Фергана

Нами, были изучены истории болезни 406 больных, оперированных по поводу эхинококкоза различной локализации. Среди них у 224 (55,2%) больных эхинококк локализовался в печени, у 136 (33,5%) в легких, у 44 (10,8%) эхинококкоз локализовался в других органах, что нами расценено, как редкие случаи.

Анализ историй болезни, показал, что эхинококк селезенки отмечен у 9 (2,2%); забрюшинном пространстве - у 3 (0,7%); в малом тазу — у 8 (1,9%); в сальнике — у 6 (1,5%); предбрюшинной клетчатке — у 3 (0,7%); в почках — у 2 (0,5%); в семенном канатике — у 1 (0,25%); в щитовидной железе — у 2 (0,5%); икроножной мышце — у 1 (0,24%); в ретроарной области — у 1 (0,24%); в области ворот печени — у 2 (0,49%).

Таким образом, среди редких локализаций эхинококкоза, чаще всего встречаются поражение органов брюшной полости. Клиническая картина, при данной патологии, может быть разнообразной, она зависит от места расположения, величины кисты и отношения к соседним органам, а также от фазы жизнедеятельности эхинококка и возникающих в последствии осложнений.

Из 44 больных диагноз установлен только в 11 случаях. В трех случаях, больные поступили с диагнозом острый живот с перитонитом не ясной этиологии. Во время операции был обнаружен прорыв эхинококковой кисты сальника, в свободную брюшную полость. У всех оперированных больных диагноз был подтвержден гистологическим анализом.

Из данных примеров, можно сделать вывод, что эхинококк может локализоваться в любых органах и тканях.

СОДЕРЖАНИЕ

материалов Республиканской научно-практической конференции
«Вахидовские чтения 2001» «Актуальные проблемы эхинококковой болезни человека»

страницы

**I-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, ВЕТЕРИНАРНЫЕ И ОБЩЕБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ**

1. А.Т. Аллабергенов, М. В. Залялиева ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ У ДЕТЕЙ	3
2. М.Аминжанов, Ш.Аминжанов НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В БОРЬБЕ С ЭХИНОКОККОЗОМ.	3
3. Р.М.Ахмедов, И.А.Мирходжаев, Э.Ш.Вахидов, Т.С.Комилов РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ИММУНОДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ.	4
4. Л.Г.Баженов, Е.В.Артемова, А.С.Суюмова, С.А.Кучкарова МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ	5
5. М.Х.Кариев, С.В.Ходиев, П.А. Шарипова ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА.	5
6. О.К. Кулакеев, Б.Н. Орманов ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ	6
7. А.С. Сулайманов, А.Ш. Вахидов, Ж.Н. Файзиев К ВОПРОСУ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	7
8. Н.У.Утегенов, А.Т.Ешанов, КТ.Кадрекоев ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ В РЕГИОНАХ ПРИАРАЛЬЯ	7
9. Г.М.Ходжиматов, Д.М.Хахимов, Б.Т. Умматалиев, Б. Султанкулов, Ш.Ш Тургуноев ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА.	8
10.А.М..Шамсиев, А.Х.Одилов, У.Б.Гаффаров, Н.Д.Кодиров, Ш.Ш.Мухитдинов КИСЛОТООБРАЗУЮЩАЯ ФУНКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ У ДЕТЕЙ	9

II-ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

1. М.М. Ахмедиев, С.В.Ходиев НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККА ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ.	10
2. Э.С.Джумабаев, И.М.Хайдаров, Д.Г.Саидходжаева, И.Э.Михайлович, В.А.Хахимов, К.З.Салахиддинов НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	11
3. А.М. Дусмуратов, М.У. Хусанов, Ф.Т. Курбанов, Ш.Ш. Курбанов ЭХОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА	11
4. С.С.Каплун, Н.Г.Волик ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ	13
5. Кариев М.Х., Ходиев С.В., Ахмедиев М.М. К ВОПРОСУ О КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ГОЛОВНОГО МОЗГА.	13
6. Н.Ф. Кротов, Ш.А. Ганиев, М.Н. Арустамова, Д.К. Алимухамедова, Е.С. Зубкова АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЛЕГКИХ	14
7. Ж.Т.Кукеева ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЖЕЛТУХИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.	15
8. О.К.Кулакеев, Н.Ж.Орманов ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ	15
9. Е.Л.Максимова, С.Л.Димент УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ.	16
10.Т.М. Мамаджанов, А.А. Ашуров, Г.М. Мардиева, Д.А. Файзиева, А.Н. Саматов. ПРИМЕНЕНИЕ ГАММАТОПОГРАФИИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И КРУПНЫХ КИСТ ПРАВОЙ ПОЧКИ.	16
11.Ф.О.Мизамов, С.А.Абдуллаев, М.Т.Ачилов ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	17
12.М.Х.Мухамеджанов, Р.А.Барлыбаева, Е.А.Ахметов, С.Э.Серикова ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАСОНОГРАФИИ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ	18
13.С. Наврузов., Г.Йулдошев ЗНАЧЕНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ЭХИНИКОККОЗЕ.	19
14.Ф.Г.Назыров, Т.Б.Угарова ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ БРОНХОФИБРОС-	

КОПИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЕГКОГО В ДО-, ИНТРА- И ПОСЛЕ-ОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ	19
15.Ф.Г. Назыров, М.Х. Ходжибеков, А.И. Икрамов, Д.Н. Акилова КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ	21
16.А.Пулатов, И.Р. Сулейманов, К.А. Матякубов, А.М. Мехмонов, Ш.Я. Асронов ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.	21
17.А.М.Шамсиев, А.Х.Одилов, У.Б.Гаффаров, Н.Д.Кодиров, Ш.Ш.Мухитдинов ДИАГНОСТИКА ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ	22

III Хирургическое лечение эхинококкоза человека

1. А.А.Азимов, У.У.Юсупов, И.Хатамов ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ.	23
2. Н.А. Акбаров, С.Р. Рахимов, Ш.К. Халилов, К.Р. Йигиталиев, Д.М. Солиев, Х.С. Усмонов ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ДВУСТОРОННЕМ И СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ	23
3. Х.А. Акилов., В.Р. Акмеев.РЕЗУЛЬТАТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ И ПОЭТАПНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ.	24
4. Х.А. Акилов, А. Ш. Асабаев, Б.К. Алтыев, Ш. К. Атаджанов, Э.М. Сайдазимов К ОЦЕНКЕ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.	24
5. Х.А. Акилов, Ф.А.Ильхамов, С.С. Агзамходжаев, У.Н. Туракулов ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ	25
6. Х.А. Акилов, Е.М. Сайдазимов, А.Ш. Асабаев, Ш.К. Атаджанов, Ж.Б.Артыков ЭНДОВИЗУАЛЬНАЯ ТЕХНИКА В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	25
7. Х.А.Акилов, Л.П.Струцкий, Ф.А.Ильхамов, Х.Т.Садыков ГНОЙНЫЙ ХОЛАНГИТ И МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА КАК ОСЛОЖНЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	26
8. М.А. Алиев, Н.М. Арынов, А.Б. Кожабергенов, Б.К.Ширтаев ХИРУРГИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ У ДЕТЕЙ	27
9. М. М. Алиев, А. Т. Аллабергенов ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	27
10.У.А.Арипов, Н.У.Арипова, Ф.Н.Назирова, Ф.Б.Алиджанов, М.Н.Махкамова, А.Б.Вахидов, М.А.Хошимов, З.Р.Гимазетдинов ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ.	28
11.Р.М. Ахмедов, С.О. Комилов, И.А. Мирхужаев, Т.С. Комилов ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАГНОЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.	29
12.А.А.Ашрафов, С.А. Алиев, Н.А.Зейналов ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	29
13.Б.Р.Бабаджанов, А.Э.Рузиев, Э.Д.Каримов, Ш.Ш.Рахматов, О.М.Курбанов, А.Р.Маликов О ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО АБСЦЕССА ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ	30
14.Б.Р.Бабаджанов, А.Э.Рузиев, Э.Д.Каримов, Ш.Ш.Рахматов, А.Р.Маликов ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПРАВОЙ ДОЛИ ПЕЧЕНИ И ПРАВОГО ЛЕГКОГО	31
15.Б.Р.Бабаджанов, Ф.Р.Якубов СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.	31
16.Б.Р.Бабаджанов, Ф.Р.Якубов НОВЫЙ МЕТОД ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ	32
17.Б.Р.Бабаджанов, Ф.Р.Якубов ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМЕННОГО СКАЛЬПЕЛЯ НА ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ	32
18.Б.Р.Бабаджанов, Ф.Р.Якубов СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.	33
19.С.П.Гайбатов, Р.С.Гайбатов ОБЪЕМ И ХАРАКТЕР ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ	33
20.А.А.Гафуров, У.Ш.Мамажанов, Б.С.Рахимов, А.Рузиев ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.	34
21.Ш.А. Дадаев, В.П. Ким, Л.Т. Наджимитдинов, А.Н. Тиллаев, С.В. Ким.ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККА ПЕЧЕНИ.	34
22.Д.У.Джумабаев, С.Х.Ходжибаева, Б.С.Рахимов, М.А.Обидов ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ.	35
23.Э.С. Джумабаев, И.Е.Михайлович, Э.А.Василевский К ТАКТИКЕ ВЕДЕНИЯ БОЛЬ-	

НЫХ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.	36
24.Г.Д.Джумаев, А.Т.Саитов, А.Д.Дусбоев, И.Ф.Бозоров, А.К.Хайитов, Н.Б.Хидаев ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ	36
25.А.Д.Дусбоев, А.К.Хайитов РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.	36
26.А.Т.Ешанов., Н.У.Утегенов., Д.Ш.Ходжиев., М.Ембергенов.ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.	37
27.А.Т.Ешанов, Н.У.Утегенов, К.Т.Кадрекв ДИГНОГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНЫЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	38
28.Э.С. Исламбеков, Д.Т. Максумов, Ж.Н. Узаков ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ИЗ ЛЕГКОГО С ПРИМЕНЕНИЕМ ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ.	39
29.Э.С. Исламбеков, Д.Т. Максумов ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ.	39
30.Д.А.Исмаилов, З. К. Гафуров, Д.Н. Акилова ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККА ЛЕГКОГО, ОСЛОЖНЕННОГО ПРОРЫВОМ В БРОНХ.	40
31.Д.А. Исмаилов, С. С. Агзамходжаев, О.Т. Ирисов СОЧЕТАННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ: ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ.	40
32.Г.Й Йулдашев, А.Н.Ниязметов ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ	41
33.Г.Й.Йулдашев, С.Наврузов, Ф.Нурметова ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПРИ ВОВЛЕЧЕНИИ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС БИЛИАРНОГО ТРАКТА	42
34.Х.К.Карабаев, А.А.Рафиков, Г.А.Хайдаров, С.И.Нарзуллаев, Б.Х.Карабаев НАШ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВНОМ И РЕЗИДУАЛЬНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ И ЛЕГКИХ	42
35.Э.К.Карапетян, Г.Т.Вирабян, К.С.Галстян, Л.Э.Карапетян О РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ	43
36.Т.М.Кариев, Ш.Ю.Сабилов, С.П.Абулкасимов ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ ВО ФТИЗИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	44
37.Ш.И.Каримов, Н.Ф.Кротов, С.Э.Мамараджабов, В.Л.Ким. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ	45
38.И.А Ким., А.А Асраров., В.Л Ким., Ш.А Ганиев., О.А Бабаханов. МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ЛИКВИДАЦИИ ЭХИНОКОККОВЫХ ПОЛОСТЕЙ.	45
39.О.К. Кулакеев ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ЛЕГКОГО ВЕРТИКАЛЬНЫМИ ПОЛУКИСЕТНЫМИ ШВАМИ	46
40.О.К. Кулакеев, Т.К. Кадырбаев, Б.А. Абдурахманов ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ	46
41.О.К. Кулакеев, А.Е. Есенгельдиев, Б.А. Абдурахманов РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКОГО ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ	47
42.Ю.Р.Маликов, А.А.Азимов, Э.И.Ашулов ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ.	48
43.З.И.Муртазаев, И.А.Арзиев, Б.У.Собиров, З.Б.Курбаниязов, С.Э.Мамараджабов, Э.Т.Паттаев МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ	48
44.Ф.Н.Назирв, Н.У.Арипова, Э.Э.Назаров, С.И.Джамалов, М.М.Пулатов ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	49
45.Ф.Г. Назыров ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ.	50
46.Ф.Г.Назыров , Х.А.Акилов, А.Ш.Асабаев, С.С.Агзамходжаев, М.Э.Каримов ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ ПОДДИФРАГМАЛЬНОЙ И ВНУТРИОРГАННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.	50
47.Ф.Г.Назыров, Х.А.Акилов, А.В.Девятв, Ш.Х. Хашимов, У.М. Махмудов ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НА ПОЧВЕ ЭХИНОКОККОЗА И ЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ	51
48.Ф.Г.Назыров, Х.А.Акилов, А.В.Девятв, У.Б. Ахмедов РАНЕВОЕ ПОКРЫТИЕ “ТАХОКОМБ” В ОБРАБОТКЕ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ.	52
49.Ф.Г.Назыров, Х.А.Акилов, Ш.Т.Уроков, А.В. Девятв ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПО-	

ЛОСТИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ	52
50..Ф.Г.Назыров, А.В.Девятов, А.А. Мансуров, У.М. Махмудов ПРОБЛЕМА ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ.	53
51.Ф.Г. Назыров, Ф.А.Ильхамов, Б.С. Рахимов, М.М. Акбаров, Ф.У. Музаффаров МЕТОДЫ ЛИКВИДАЦИИ НАГНОИВШИХСЯ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО ПОВОДУ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	54
52.Ф.Н. Нишанов, Ш.А. Таджибаев, Б.Ж. Рахманов, А.У. Номонбеков. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА.	54
53.Ф.Н. Нишанов, Ш.А. Таджибаев, Б.Ж. Рахманов, М.С. Юлдашев. МИНИЛАПОРАТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.	55
54.Ф.Н. Нишанов, Ш.А. Таджибаев, Б.Ж. Рахманов, М.С. Юлдашев. ВОЗМОЖНОСТИ ПУНКЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ.	55
55.Х.Т. Нишанов, К.Х. Хотамов, А.Р. Яриев К ВЫБОРУ МЕТОДА ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ	56
56.Х.Т. Нишанов, А.Р. Яриев, У. Исонтурдиев ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЕЧЕНИ	56
57.Р.Ю.Омиров, М.М. Абдурахманов, Т.Р. Мурадов, Ш.Т. Ураков.- ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОВОЙ БОЛЕЗНИ	57
58.Р.Ю. Омиров, М.М. Абдурахмонов, С.Р. Кутлиев, С.С. Саидов ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИ ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШДА ЛАЗЕР НУРЛАРИНИНГ АХАМИЯТИ.	58
59.Г.Л. Пахомов, К.А. Мадатов, Ш.Э. Баймурадов. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ.	58
60.А.А. Рафигов, Х.К.Карабаев, Б.С.Турсунов, С.И.Нарзуллаев, А.Н.Эльмурадов, Г.А.-Хайдаров, Б.Х.Карбаев, И.И.Исмаилов, Д.С.Нарзуллаев ВЫБОР ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ	59
61.Б.С.Рахимов., С.Р.Рахимов., П.Х.Сидиков., К.Л.Касымов., М.К.Мухитдинова., Х.Т.Курбанов. ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ.	59
62.С.Р. Рахимов ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ	60
63.С.Р. Рахимов, М.Я. Аллаев, Ч.М. Абдувалиева, Т.В. Вахидов ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ СЕГМЕНТОВ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	60
64.Б.У.Сабилов, Т.М.Мамаджанов, З.Б.Курбаниязов, М.Х.Ходжаева, З.И.Муртазаев, Н.Е.Кушмурадов, С.Э.Мамараджабов, И.А.Арзиев ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОТРАВМАТИЧНЫХ ДОСТУПОВ В ХИРУРГИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	61
65.Б.У.Сабилов, А.В.Стрелева, З.И.Муртазаев, С.Мамараджабов, Э.С.Исламбеков, Р.В.Садыхов, В.М.Садыков ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ПРИ СОЧЕТАННОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПРОТИВОЭХИНОКОККОЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ.	61
66.А.С. Саидханов, Ш.А. Дадаев, Р.С.Ташмухамедов, З.Ф. Ташпулатов, А.М. Турсуметов, С.В. Ким. ОБ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ.	62
67.Д.С. Сексенбаев, Б.Б.Баймаханов, Б.Д.Сексенбаев, Б.А.Абдурахманов, Ж.Ж. Баймухамбетов, Р.Ю. Ажимбаев, А.А.Алдешев. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	63
68.Д.С.Сексенбаев, М.М. Рысбеков, Б.Д. Сексенбаев, Р.Ю.Ажимбаев, Б.А.Абдурахманов, А.А.Есенгельдиев ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ХОЛАНГИТ, КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	63
69.А.С. Сулайманов, А.Ш. Вахидов, Ж.Н. Файзиев, А.С. Сафаев, Ф.Т. Пулатов СПОСОБЫ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	64
70.А.Т.Султонов, Н.И.Махмудов, Г.О.Маматкулов, Ф.Ю.Юлдашев, Г.Аббасханов, С.А.Сотволдиев КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЖЕЛЧЕСОРБЦИИ.	64
71.Г.С. Тамазян, Л.И. Пюскюлян, А.Р. Арутюнян, С.А. Акопян, Р.Р. Овакимян ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПАРАЗИТАРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.	65
72.С. И. Третьяк, Т. Н. Чудакова, Н. Т. Ращинская, О. И. Рубахов, А. М. Федорук, Н. М. Савич ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ	65

73. Умаров Д.А., Хамраев А.Ж. ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ.	66
74. М.А. Фахратов, З.Б. Курбаниязов, С.М. Расулов. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОРЫВА ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ ПЕЧЕНИ В ЖЕЛЧНЫЕ ПРОТОКИ.	67
75. М.А. Фахратов, С.М. Расулов, У.Т. Рахманкулов ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РЕДКИХ ФОРМ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА.	67
76. А.К. Хайитов, А.Д. Дусбоев АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	68
77. А.С. Халилов, Р.А. Янгиев ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА СЕЛЕЗЕНКИ	69
78. Г.М. Ходжиматов, Д.М. Хакимов, Б. Султонкулов, Ш.Ш. Тургунов, Ш. Курбонов. ВИДЫ ОПЕРАЦИИ И ИХ ИСХОДЫ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.	70
79. А.М. Худайбергенов, Б.Я. Артыков, М.М. Акбаров, Ж.Б. Артыков ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАГНОЕНИЕМ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ В ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОКЭКТОМИИ.	71
80. А.М. Худайбергенов К.Н. Закиров, А.И. Икрамов СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	71
81. А.М. Шамсиев, А.Х. Одилов, У.Б. Гаффаров, Н.Д. Кодиров, Ш.Ш. Мухитдинов ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ	72
82. Ю.Ю. Шарипов, С.М. Исхакова ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ЭХИНОКОККОЗА	72
83. Ю.С. Эгамов, Г.М. Тешабаев СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ	73
84. М.Э. Эшбеков, Г.С. Орифхужаев, Б.Р. Рахмонов, М.Х. Юлдашев, Э.У. Курбонов, Р.К. Эргашев, Р.И. Субхонкулов. ПРОБЛЕМА ЭХИНОКОККОЗА В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ.	73
85. М.Э. Эшбеков, Н.У. Норкузиев, Б.Р. Рахмонов, М.Х. Юлдашев, Б.К. Эргашев ЎПКА ВА ЖИГАР ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШ ХАҚИДА.	74
86. А.Х. Янгиев, М.С. Абидов Х.С. Ходиев ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ	74

IV - ХИМИОТЕРАПИЯ ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА

1. М. М. Алиев, А.Т. Аллабергенов, Х. Х. Дадаев КОМПЛЕКСНОЕ КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ	76
2. А.А. Асраров, Ш.А. Ганиев, З.Ф. Шоумаров, Д.А. Исмаилова ВОЗМОЖНОСТИ ХИМИОТЕРАПИИ ЭХИНОКОККОЗА ЧЕЛОВЕКА	76
3. Йулдошев Г.Й., Нурметова Ф.У. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА АЛЬБЕНДОЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА	76
4. И.А. Мирходжаев, М.С. Абдуллаходжаева. ЛИПОСОМАЛЬНАЯ ФОРМА МЕБЕНДАЗОЛА В ЛЕЧЕНИИ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.	77
5. Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов, А.В. Девятов, У.М. Махмудов ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВНЫХ И РЕЗИДУАЛЬНЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.	78
6. С.Р. Рахимов., З.Н. Косимов., М.М. Жамолов., Х.Э. Ходжиматов., А.А. Рахмонов., И.Оккузиев. ХИМИОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ	78
7. А.В. Стреляева, З.И. Муртазаев, Р.В. Садыков, А.А. Рафиков, Г.А. Хайдаров, С. Мамараджабов, В.М. Садыков ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА ЧЕБЛИНСК-1 ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОДИНОЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.	79
8. А.М. Шамсиев, А.Х. Одилов, У.Б. Гаффаров, Н.Д. Кодиров, Ш.Ш. Мухитдинов. ХИМИОТЕРАПИЯ ЭХИНОКОККОЗА У ДЕТЕЙ	79

V-РАЗНОЕ

1. С.С. Абидова ВЛИЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ АЛЬФА – ТОКОФЕРОЛОМ НА ПЕРЕОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ.	81
2. Х.А. Акилов, А.И. Икрамов, Ф.А. Ильхамов, Н.М. Джураева МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НАГНОИВШИХСЯ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЯХ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ	81

3. Р. М.Ахмедов, Б.Ю.Маклиев, У.Б.Очилов ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ	82
4. Д.С.Гулямов, М.М.Махмудов, К.Б. Бабаджанов, Н.У. Узаков, Э.М. Ачилов ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА.	82
5. Ф.А.Ильхамов ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИММУННОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ	84
6. Н.М.Курбонов, К.Т.Худойбердиев, Ф.Р.Ханапияев, Ж.Т.Тухтаев, У.А.Махмудов УМУР-ТКА ПОГОНАСИ ВА ОРКА МИЯНИНГ ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИ	84
7. Т. М. Мамаджанов СЕМЕЙНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗОМ СО СЛУЧАЕМ ОБЫЗВЕСТИВЛЕНИЯ КИСТЫ ДАВНОСТЬЮ БОЛЕЕ 30 ЛЕТ	85
8. Ф. О. Мизамов, И. Р.Рустамов, М. Т. Ачилов О РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭХИНОКОККОЗА	86
9. И.Е. Михайлевич, А.И. Василевский РЕДКИЕ СЛУЧАИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЭХИНОКОККОЗА	86
10.Х.Т. Нишанов, С.П. Боровский, Х.Р.Ишанходжаев ЭЛЕКТРОЛИЗНЫЙ ВОДНЫЙ РАСТВОР ГИПОХЛОРИТА НАТРИЯ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ	87
11.А.Н. Ниязметов, Г.Ю. Йулдашев РЕЗУЛЬТАТЫ АКТИВНОГО ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕЦЕДИВНЫМ ЭХИНОКОККОЗОМ	88
12.Ш.А.Салимов, Б.З.Абдусаматов, М.П.Чориев, А.З.Факиров БОЛАЛАРДА ЭХИНОКОККОЗ КАСАЛЛИГИНИ УЙФУНЛАШТИРИЛИБ ДАВОЛАШГА ЯНГИЧА ЁНДОШИШ МУАММОЛАРИ.	88
13.Д. С. Сексенбаев, А. Л. Песин, Б. А. Абдурахманов, А.А.Алдешев, Ж.Ж.Жолдыбаев. СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ	89
14.Д.С. Сексенбаев, А.А.Алдешев, Т.Г. Ким, Ж.К.Карабеков, Б.А.Абдурахманов ПРОФИЛАКТИКА ОСТРОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЕГКИХ	89
15. Б.С. Сирлиев, Н.Ш. Шахзадаев, Б.Д. Хамрокулов, А.С. Ачилов, Д.Б. Дехконов, Б.А. Акромов, Н.У. Норкузиев КЕТАМИНОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ У БОЛЬНЫХ С ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЕГКИХ И ПЕЧЕНИ.	90
16. С.Э.Сохибов, О.Х.Азимов, Х.К.Туксанов, У.Т.Хошимов ЭХИНОКОККОЗ ПОЧЕК.	91
17.Ш.Т Уроков ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҚОРИН БЎШЛИФИ ОРГАНЛАРИ ЭХИНОКОККОЗ ЭТОМИЯСИ АМАЛИЁТИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ.	91
18.М.А.Фахратов, Т.А.Шомурадов, Ш.С.Норкузиев.ЭХИНОКОККОВАЯ КИСТА - КАК ПРИЧИНА СИНДРОМА ПЕДЖЕТТА-ШРЕТТЕРА.	92
19.А.К.Хайитов, А.Д.Дусбоев, Б.М.Нурмаматов, Г.Ж.Джумаев О РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ ЭХИНОКОККОЗА У ЧЕЛОВЕКА.	92
20.А.М.Шамсиев, А.Х.Одилов, У.Б.Гаффаров, Н.Д.Кодиров, Ш.Ш.Мухитдинов.НОВЫЙ СПОСОБ МОДЕЛИРОВАНИЯ ЭХИНОКОККОЗА В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	93
21.Ю.Ю.Шарипов, С.М.Исхакова ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ ЭХИНОКОККОЗА	93
22. И. Ю.Шумилова, Л. А. Назырова ПРИМЕНЕНИЕ СОЧЕТАНИЯ БЛОКАДЫ ЗВЕЗДЧАТОГО ГАНГЛИЯ И ЭЛЕКТРОАКУПНКТУРЫ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКИХ	94
23.М.Э. Эшбеков, Н.У. Норкузиев, Б.Р. Рахмонов, М.Х. Юлдашев, Э.У. Курбонов, Б.К. Эргашев, М. Тожибоев, Р. Субхонкулов. ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИ АСОРАТЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИГА ДОИР.	94
24.М.Э. Эшбеков, Б.Р. Норкузиев Н.У.,Рахмонов, М.Х. Юлдашев, Э.У. Курбонов, Б.К. Эргашев, Б. Хазраткулов АСОРАТЛАНГАН ЎПКА ЭХИНОКОКК КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ.	95
25.Ф.Ю.Юлдашев, Н.И.Махмудов, Б.Б.Абдурахманов, М.А.Туракулов, А.Т.Султанов, С.С.Сайдалиев ЭХИНОКОККОЗ РЕДКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.	95

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Д.Д. Абдуллаева,

С.Н. Султанов

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С МНОГОПЛОДИЕМ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ОДНОГО ИЗ ПЛОДОВ.

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии МЗ РУз

Абдуллаева Д.Д., Султанов С.Н.

Эгизак ҳомиладан битта ҳомиласининг антенатал ўлими билан асоратланган ҳомиладорларда гестациянинг кечиши хусусиятлари

Эгизак ҳомиладан битта ҳомиласининг антенатал ўлими билан асоратланган 30-та аёлда ҳомиладорликнинг кечиш жараёни кўзатилади. Ҳомиладорлик доирасида аёлларда қон ивиш хусусиятларининг бузилиши, яъни қоннинг томирлар ичида ивиш синдромининг сўрункали декомпенсацияланган формаси кўзатилади. Ҳомиладорларда туғруқ вақтида коагулопатик қон кетишининг олдини олиш мақсадида антикоагулянтлар (гепарин, фраксипарин) ва антиагрегантлар (курантил) қўлланилди.

Шундай қилиб, ўтказилган текширувлар натижасида патогенетик асосланган даволаш чоралари бундай ҳомиладор аёлларда акушерлик қон кетиши ва перинатал асоратларини олдини олишга олиб келиши аниқланди.

Abdullaeva D.D., Sultanov S.N.

The during gestational period on pregnant women with multiple pregnans complicated with antenatal death of one fetus

Investigation was undertaken on 30 pregnant women with multiple gestation complicated with antenatal death of one fetus during gestational period. Investigating showed the presence of chronic complicated form of disseminated intravascular blood coagulation syndrome in pregnant women. Occurrence of coagulopathy and thrombocytopenia is an unfavourable prognostic factor and requires of DIS- syndrome stopping with performance of and anticoagulant and antiaggregation therapy.

Цель исследования: Определение тактики ведения беременности при многоплодии осложненной антенатальной гибелью одного из плодов.

Тактика ведения беременности и родов у женщин с многоплодием остается одной из наиболее сложных проблем современного акушерства, в связи со значительной частотой осложнений для матери, плода и новорожденного [1].

Случаи антенатальной гибели одного из плодов во время беременности при многоплодии составляют от 5 до 15% [6,8]

При диагностике внутриутробной гибели одного из плодов следует определить: есть ли риск для матери при пролонгировании беременности; состояние живого плода и возможность его поражения; время и способ родоразрешения [2,3].

При антенатальной гибели плода у беременной существует опасность развития диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и как следствие, нарушение маточно-плацентарного кровообращения в виде локального поражения приводящего к коагулопатическому кровотечению. Наличие в матке одного мертвого плода из двойни приводит к развитию ДВС синдрома у живого плода тоже с поражением нервной системы, почек, кожи. Поражение плода происходит при монохориальной плацентации с выраженным гемотрансфузионным синдромом. Возможно, риск развития поражений плода обусловлен сроком беременности, при котором наступила гибель его близнеца и возможностью развития гиалиноза и фиброза в сосудистых анастомозах плаценты, прикрывающих трансфузию [5,8].

В связи с этим, выбор оптимальной коррекции нарушений в системе гемостаза с целью профилактики коагулопатических кровотечений, прогнозирования исхода беременности и родов у беременных с многоплодием при антенатальной гибели одного из плодов является актуальной проблемой в акушерской практике.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 30 беременных с многоплодием осложненным антенатальной гибелью одного из плодов в I и II триместрах гестации.

Возраст беременных находился от 19 до 36 лет. Из 30 беременных с многоплодием двойни составляют

28 (93,3%) и тройни 2 (6,6%). В основу наших наблюдений легли следующие методы исследования.

1. Исследование системы гемостаза (прокоагулянтный, фибринолитический, тромбоцитарный и ингибиторы свертывания крови).

2. Динамика беременности методом эхографии.

Беременные были взяты на учет с момента выявления многоплодия на базе клиники НИИ АиГ МЗ РУз. У 20 беременных антенатальная гибель одного из плодов произошла в I триместре и у 10 беременных во II триместре беременности.

Результаты исследований и обсуждение

При изучении соматического анамнеза (таблица 1) выявлена частота перенесенных заболеваний инфекционно-воспалительного характера: детские инфекции — 25%, хронический тонзиллит — 15%, эпидемический гепатит — 7%, хронический пиелонефрит — 10%, воспалительные заболевания гениталий — 12%. Эти данные свидетельствуют о преморбидном фоне приводящем к хронической внутриматочной инфекции. В течении гестационного периода у беременных наблюдалась угроза прерывания беременности, клинически это проявлялось в виде мажущихся кровянистых выделений: в I триместре у 60%, во II триместре у 26,6% и в III триместре у 13,3% беременных. Анемия I степени была — у 76,6% и II степени у 20% беременных. Гестозы I степени у 3,3%, II степени у 3,3%. Умеренное многоводие у 4 (13,3%) беременных, у которых антенатальная гибель одного из плодов произошла во II триместре гестации. Опухолевидные образования яичников у 6,6% беременных.

При анализе результатов, полученных при исследовании системы гемостаза у беременных с многоплодием, осложненным антенатальной гибелью одного из плодов в I триместре, мы наблюдали повышение коагуляционного потенциала у 20 (66,6%) беременных (таблица 2). Наблюдалось увеличение ПТИ до $105,8 \pm 1,69\%$, уровень фибриногена 4 г/л, удлинение АВР до $46,95 \pm 0,89$ сек, некоторое торможение фибринолиза $22,95 \pm 3,88$ мин, из полуколичественных тестов — этаноловый у 31% был слабо-положительным, а также увеличение структурных показателей на ТЭГ (“та” и “ИТП”). Отмечено некоторое снижение количества тромбоцитов до $198,25 \pm 2,25$ и повышенная их агрегация (ГАТ: max величина $13,65 \pm 0,33$ сек,

Таблица 1
Течение гестационного периода у исследованных беременных

Осложнения гестации	Группа беременных n = 30
1. Угроза прерывания беременности	
- в I триместре	60 %
- во II триместре	26,6%
- в III триместре	13,3%
2. Анемия	
- I степени	76,6%
- II степени	20%
3. Гестозы	
- I степени тяжести	3,3%
- II степени тяжести	3,3%
4. Хронический пиелонефрит	33,3%
5. Хронический гломерулонефрит	33,3%
6. Умеренное многоводие	16,6%
7. Опухолевидные образования	6,6%

min величина 44,05±0,94 сек). Эти данные нехарактерные для данного срока беременности, что свидетельствует о наличии хронической компенсированной формы ДВС синдрома.

Ввиду этого мы проводили антикоагулянтную терапию малыми дозами гепарина (по 2,5 тыс.ЕД х 2 р в сутки), а также применяли НМГ – Фраксипарин, по 0,3 мл п/кожно № 10 и дезагрегантную терапию курантилом по 1 т х 2 р в сутки в течении 10 дней.

Проведенная терапия позволила улучшить показатели гомеостаза и купировать ДВС синдром. При контрольных исследованиях в течении гестационного периода нарушений в системе гемостаза не обнаружили. При динамическом контроле за процессом резорбции антенатально погибшего плода мы наблюдали феномен “исчезновения плодного яйца”. Живой близнец развивался без патологических нарушений в соответствии со сроком гестации. Беременность пролонгировали до срока родоразрешения у всех беременных, когда произошли срочные роды одним живым плодом по шкале Апгар 7-8 баллов. Общая кровопотеря в родах составила 245,0±50,0 мл. При визуальном осмотре последа у 14 беременных патологических изменений не было выявлено. У 6 беременных последовый период осложнился дефектом плацентарной ткани, по поводу чего была произведена операция ручного обследования полости матки. У 2 из них был выделен плодный пузырь антенатально погибшего плода без эмбриона, который соответствовал 10-11 неделям беременности.

У 10 беременных антенатальная гибель одного из плодов произошла во II триместре беременности. При анализе гемостазиологических исследований отмечалась умеренная хронометрическая и структурная гиперкоагуляция, некоторое удлинение “г + к”, тромбоэластограммы до 14 мм, увеличение “ma” до 50 мм и ИТП, тромбоцитоз, резкое укорочение АВР. По истечении 1-2 недели отмечалось снижение количества

Таблица 2
Состояние системы гемостаза у беременных с многоплодием при антенатальной гибели одного из плодов в I триместре (M ± m)

Показатели	До коррекции	
ПТИ, (%)	105,8 ±1,09	
АВР, (сек)	46,95 ± 0,89	
Фибриноген (г/л)	3,97 ±0,2	
Этаноловый тест	Отрицательный - 0%	
	Слабо-положительный - 31%	С
	Положительный - 0%	
XII-зависимый фибринолиз (мин.)	22,95 ± 3,88	
Гемолизат-агрегационный тест		
Max (сек.)	13,65 ± 0,33	
Min (сек.)	44,05 ± 0,94	
Тромбоэластография		
"г+к" (мм)	13,1 ± 0,58	
"ma" (мм)	44,7 ±2,53	
"ИТП" (усл.ед)	25,5 ±2,86	
Количество тромбоцитов (1 □ 10 ⁹ /л)	198,25 ±2,23	

тромбоцитов и при этом их повышенная активность, удлинение АВР, снижение коагуляционного потенциала ПТИ ниже 90%, фибриногена ниже 3,0 г/л.

Учитывая наступление коагулопатии и тромбоцитопатии потребления, которые свидетельствуют о подострой форме ДВС синдрома мы решили провести антиагрегантную и антикоагулянтную терапию.

В комплексную терапию мы включили инфузию реополиглюкина в количестве 200,0 мл с последующим введением гепарина 5.000 ЕД на физ.растворе 0,9% -200,0 мл и СЗП свежемороженой плазмы в количестве 150,0 — 200,0 мл. Антикоагулянтная терапия включала малые дозы гепарина 2,5 тыс. ЕД х 2 р в сутки № 3 под контролем гемостазиограммы, антиагрегантная включала курантил в дозе 25 мг х 2 р в сутки в течении 2-3 недель. Выраженный дезагрегационный эффект реополиглюкина связан с изменением заряда в мембране тромбоцита, также вызывает изменения времени свертывания и рекальцификации, что улучшает реологические свойства крови.

Снижение активности прокоагулянтной системы свидетельствует об истощении адаптационных возможностей гемостаза при данной патологии, которые приводят к выраженным нарушениям в плаценте, где могут развиваться как тромбозы, так и геморрагии и привести к гибели живого плода. Проведенная терапия антикоагулянтами и антиагрегантами позволила улучшить реологические свойства крови, отмеченные изменения как тромбоцитарного, так и коагуляционного гемостаза и соответственно улучшится фетоплацентарный кровоток. В связи с дихориальностью плодов удалось пролонгировать беременность до 36-38 недель. При повторных исследованиях каждые 2-3 недели отмечались признаки волнообразного течения синдрома ДВС со сменой признаков подострой и хронической форм. Некоторая нормализация гемостазиологических показателей отмечена после 32 недель. В 36-38 недель произошли роды живым плодом в 1 случае 2-мя плодами из тройни без патологичес-

кой кровопотери. В родах с профилактической целью была проведена заместительная терапия СЗП в количестве от 150-200 мл.

При динамическом наблюдении за развитием живого плода с помощью УЗИ нарушения не выявлялись. Антенатально погибший плод подвергнулся аутолизу и постепенно мумифицировался. В родах родился мумифицированный плод.

Таким образом, проведенные исследования позволили установить наличие хронической компенсированной формы ДВС синдрома у беременных с многоплодием при антенатальной гибели одного из плодов. Возникновение коагулопатии и тромбоцитопатии является неблагоприятным прогностическим признаком и требует купирования ДВС синдрома назначением антикоагулянтной и антиагрегантной терапии.

Полученные данные у беременных с многоплодной беременностью при антенатальной гибели одного из плодов необходимы для проведения патогенетически обоснованных профилактических и лечебных мероприятий по снижению акушерских кровотечений, перинатальной заболеваемости и смертности.

Литература

- 1.Василевская Л.Н., Фукс М.А. //Вопросы охраны материнства и детства/ 1984 г, №7 с. 61-64.
- 2.Фукс М.А., Маркин Л.Б. /Многоплодная беременность/ -К: Здоровье, 1990г. с. 24-29, с. 52-59.
- 3.Кирющенко В.И. /Антенатальная смерть плода/ М. Медицина 1978 г. с. 14-28.
- 4.Макацария А.Д., Бицадзе В.О. /Акушерство и гинекология/ 1999 г. № 2 с.37-39.
- 5.Кочи М.Н. /Клиническая патология беременности и новорожденного/ М. Медицина 1986г. с.91-95.
- 6.William W.B /"Obstetris and Cynecology"/ 1997 18-V p. 267-272
- 7.Helain J Landly, M.D. et all // Amer. J. Obstet. Cynec/ 1986. V-155 № 1 p 14-19.
- 8.Enbom J.A. Twin pregnancy with intrauterine death of one twin // Amer. J. Obstet. Gynec. 1985.-Vol. 152, № 4.- p. 424-429

Д.Ш.Азизова

ОПТИМИЗАЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ОВАРИЭКТОМИИ

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии МЗ РУз

Д.Ш.Азизова

«Тотал овариэктомиядан сўнгги синдроми бўлган мижозлардаги ҳаёт сифатини оптималлаштириш

21 ёшдан 49 ёшгача бўлган тотал овариэктомиядан сўнгги синдроми билан 43 аёл текширилди. Барча беморлар 2та гуруҳга бўлинди: I гуруҳни ногормонал даво муолажаларни олган 19 аёл, II гуруҳни эса ўриндош гормонал терапия сифатида климен, климонорм ёки эстрадиол қабул қилган аёллар ташкил этди. Беморларда психологик ҳолат «ақл», «соғломлик», «фейл», «бахт», «никоҳ» ва «секс» каби параметрлар бўйича баҳоланди. Ногормонал ва ўриндош гармонал терапия беморларнинг умумий аҳволини яхши томонга ўзгартирган, уларда иш қobiliятини, ҳаёт тонусини оширган, шу билан бирга улардаги нейровегетатив, психоэмоционал ўзгаришларни ҳамда юрак томир бузилишларни даволаган. Даволаш муолажалари ичида айниқса ўриндош гормонал терапиянинг ижобий таъсири кўзга ташлангани, яъни тотал овариэктомиядан сўнг беморлар ўриндош гормонал терапияни 48 ҳафта қабул қилганлардан кейин уларнинг ҳаёт сифати самарали ўзгарган.

D.Sh. Azizova

Improvement of life quality among women after total ovariectomy.

43 women with post total ovariectomy syndrome at the age of 21 to 49 were examined. All the patients were divided into two groups: the first group (19 women) received traditional non-hormonal treatment; the second group (24 women) received substitutional hormonal therapy with such drugs as «Climen», «Climonorm» and «Estradiolum».

The expression degree of neurovegetative, metabolic and psychoemotional impairment was determined by the modified menopausal index, psychological characteristics of the personality were evaluated by the scales «wit», «character», «happiness», «marriage», «sex». Non-hormonal and substitutional therapy have considerably improved patients' general condition, decreased vaso-cardiological impairments, neurovegetative, metabolic and psychoemotional disorders, perfected psychiatric status of women that reflected on their self-evaluation.

The positive effect of substitutional hormonal therapy became strikingly evident after 48 weeks of reception are considerably improved the life quality of patients after total ovariectomy.

Одномоментное выключение стероидпродуцирующей функции яичников при тотальной овариэктомии приводит к резкому снижению качества жизни

оперированных женщин. Известно, что качество жизни - это индивидуальная способность к функционированию в обществе (трудовая, общественная деятель-

Таблица 1

Модифицированный менопаузальный индекс (ММИ)

Симптомы	Степень	
	1	2
Нейро-вегетативные(а)		
Повышение АД (мм рт. ст.)	140/90 150/90	
Понижение АД (мм рт. ст.)	100/70 100/70	
Головная боль	Редко	
Вестибулопатии	+	
Приступы сердцебиения в покое	1-2 раза в неделю	
Плохая переносимость высокой температуры	+	
Зябкость, ознобы	+	
Чувство "онемения", "ползания мурашек"	После переноса тяжестей	
Дермографизм	Белый	
Сухость кожи	Шелушение	
Потливость	+	
Наклонность к отекам	Пастозность лица и конечностей	Отек
Аллергические реакции	Ринит	
Экзофтальм, блеск глаз	+	
Повышенная возбудимость	+	
Сонливость	Утром	

ность, семейная жизнь), а также комплекс физических, эмоциональных, психических и интеллектуальных характеристик человека [2,5,6,7]. На качество жизни в различной степени влияют пол, возраст, социально-экономическое положение, характер трудовой деятельности, религиозные убеждения, культурный уровень и т.д. В наших ранних работах [1] была попытка оценить и оптимизировать психоэмоциональный статус женщин после субтотальной и тотальной овариэктомии. К сожалению, полное выздоровление женщин после тотальной овариэктомии невозможно. Поэтому целью настоящего исследования явилась оценка и последующая оптимизация качества жизни у женщин после тотальной овариэктомии.

Обследованы 43 женщины, перенесшие тотальную овариэктомию в прошлом, в возрасте от 21 года до 49 лет. У 14 из них было произведено двустороннее удаление яичников, у 17 - ампутация матки с придатка-

ми, у 12 - экстирпация матки с придатками. Были использованы общеклинические методы исследования: анкетирование, гинекологические осмотры, лабо-

Таблица 2
Степень выраженности симптомов у женщин с СПТО

Симптомы	Степень выраженности, количество женщин		СПТО (%)
	слабая	умеренная	тяжелая
Нейро-вегетативные	21 (48,8)	19 (44,2)	3 (6,9)
Метаболические	22 (51,2)	21 (48,8)	-
Психоэмоциональные	17 (39,5)	22(51,2)	4 (9,4)
ММИ	20 (46,3)	21(48,8)	2 (4,6)

Таблица 1

Модифицированный менопаузальный индекс (ММИ) (продолжение)

Симптомы	Степень	
	1	2
Обменно-эндокринные (б)		
Ожирение, степень	1	
Изменение функции щитовидной железы	+	
Сахарный диабет	+	
Дисгормональная гиперплазия молочных желез	Диффузная	
Боли в мышцах, суставах	Редкие	
Жажда	+	
Атрофия гениталий	+	
Психо-эмоциональные (в)		
Снижение работоспособности, утомляемость	После легкой физической работы	После тяжелой физической работы
Рассеянность, ослабление памяти	+	
Раздражительность, плаксивость	+	
Расстройство аппетита	Повышение	
Навязчивые мысли, состояния, действия	Мнительность	I
Преобладающее настроение	Неуравновешенное	
Нарушение полового влечения	Снижение	

раторные (биохимические, цитологические, бактериоскопические) и инструментальные (ультразвуковое сканирование, электрокардиография) исследования . Средний возраст больных на момент исследования

Таблица 3

Самооценка женщин на фоне гормональной и негормональной терапии

Параметры	до лечения (в %)		через 2
Группы	I	II	I
ум	57,9	54,2	63,2
здоровье	42,1	41,7	47,4
характер	36,4	37,5	42,1
счастье	42,1	37,5	42,1
брак	31,6	41,7	36,4
секс	26,3	33,3	26,3

ния составил $39,6 \pm 3,21$ год. Экстрагенитальная патология (хронические воспалительные заболевания почек и гланд), заболевания пищеварительной и дыхательной систем встречались у большинства наших пациенток. Генитальные заболевания: заболевания шейки матки до операции была у 32,6% пациенток, вагиниты на данный момент обнаружены у 27,9 % женщин. Нарушения менструальной функции встречались у 37,2% женщин. Беременность в анамнезе отсутствовала у 3 женщин, не живших половой жизнью. У остальных пациенток в анамнезе были беременности и роды. Патологические роды были у каждой четвертой больной.

Послеоперационный период у большинства больных (96,8%) протекал без осложнений. У 1 пациентки отмечено частичное расхождение кожного шва на передней брюшной стенке и у 1 - инфильтрат культи шейки матки.

Психоневрологический статус обследованных женщин оценивался по Модифицированному менопаузальному индексу (ММИ) (табл.1) [4].

В зависимости от степени выраженности расстройств состояние больных оценивалось по 3-балльной системе. При сумме баллов выраженности симптомов 12 - 34 диагностировалась легкая, 35 - 58 - средняя степень тяжести СПТО и более 58 - тяжелая [3].

Таблица 2 демонстрирует степень выраженности нейровегетативных, метаболических и психоэмоциональных расстройств.

Психологическая особенность личности оценивалась по шкалам «ум», «здоровье», «характер», «счастье», «брак» и «секс».

Лабораторные исследования (показатели общего анализа крови, гемостаза, глюкозы крови в пределах нормы) показали отсутствие патологических изменений в крови.

Кардиоваскулярные изменения при динамическом измерении артериального давления и при электрокардиографии на фоне жалоб на боли в области сердца и сердцебиения обнаружены у большинства (72,1%) наших пациенток.

Находившиеся под нашим наблюдением больные были разделены на две группы. I группу составили 19 женщин, II - 24. I группа женщин получала традиционную негормональную терапию, II - заместительную гормональную терапию (ЗГТ): климен, климонорм или эстрадиол.

Таблица 3 отражает изменения самооценки женщин на фоне гормональной и негормональной терапии СПТО. Установлено, что на фоне ЗГТ самооценка женщин значительно отличается от самооценки на фоне негормонального лечения.

Оценка эмоциональной сферы испытуемых женщин производилась по следующим параметрам: пси-

хическая утомляемость, психическая тревожность, психическая напряженность, эмоциональный стресс, адаптация к новой среде. У женщин с СПТО отмечается повышенная психическая утомляемость, тревожность и напряженность, снижена устойчивость к эмоциональным стрессам и адаптация к новой среде. Терапия СПТО, в особенности ЗГТ, привела к значительному положительному эффекту в изменении психологических составляющих личности. А именно: снижена психическая утомляемость и напряженность, повышена устойчивость к эмоциональным стрессам, а также улучшена адаптация к новой среде.

Негормональная и гормональная терапия значительно улучшила общее самочувствие пациенток, увеличила их работоспособность, жизненный тонус. Особенно ярко выражено уменьшение нейровегетативных и психоэмоциональных нарушений у женщин II группы уже через 12 недель лечения. Легкая степень выраженности СПТО была зарегистрирована у 5 больных (из 24) проявлений средней и тяжелой степени этого синдрома на фоне лечения не было вовсе. Терапия, в особенности ЗГТ, нивелировала проявления кардиоваскулярных нарушений, уменьшились жалобы на учащенные сердцебиения, на боли за грудиной, не отмечались экстрасистолы, стабилизировалось артериальное давление у большинства больных уже на 3 месяце лечения.

Таким образом, применение заместительной гормональной терапии, в частности препаратов климен, климонорм и эстрадиол, оказывает положительный эффект не только на соматическое состояние больной, но и на ее психический статус, возвращает ее к активной трудовой, общественной и семейной жизни, то есть значительно повышает качество жизни больных после тотальной овариэктомии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азизова Д.Ш. Влияние заместительной гормональной терапии на психоэмоциональную сферу женщин после овариэктомии. // *Материалы VI съезда акушеров-гинекологов Казахстана*. - 2000. - с. 121-122.
2. Айвазян Т.А., Зайцев В.П. Исследование качества жизни больных гипертонической болезнью. // *Кардиология*. - 1989. - № 9. - с. 43 - 46.
3. Балан В.Е., Вихляева Е.М., Зайдиева Я.З. и др. Менопаузальный синдром. - М. - 1996. - 64 с.
4. Вихляева Е.М. Климактерический синдром. / В кн.: *Руководство по эндокринной гинекологии*. Под ред. Е.М. Вихляевой. - Москва. - 2000. - с. 603 - 650.
5. Гладков А.Г., Зайцев В.П., Аронов Д.М., Шарфнагель М.Г. Оценка качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями. // *Кардиология*. - 1982. - № 2. - с. 100 - 103.
6. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. - Москва. - Медицина. - 1999. - 311с.
7. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Здоровье и качество жизни женщин после тотальной и субтотальной гистерэктомии, проведенной по поводу миомы матки. // *Акушерство и гинекология*, 1999. - № 1. - с. 31 - 34.

Х.А. Акилов,
Р.Р. Кадыров,
И.М. Байбеков

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ

Научный центр хирургии им. академика В.Вахидова МЗ РУз.

Х.А. Окилов, Р.Р. Кодиров, И.М. Байбеков

Ўткир панкреатитни комплекс даволашда лазер терапиянидан фойдаланган унинг клиник кечиши

Ўткир панкреатитни комплекс даволашда MSC-PC 028 "Мустанг" ва "Милта" сериали мосламалар ёрдамида магнит-инфракизил лазертеррапиянинг қўлланилиши клиник-лаборатор кўрсаткичларнинг жиддий яхшиланишига ёрдам берди. Қон таркидининг нормаллашишига, қон ва сийдикдаги диастаза микдорининг камайишига эришилди. УТТ МИКЛТ мижозларда яллиғланиш табиатли ўзгаришлар редукциясини аниқлади. Бу эса оғрик ва панкреатитнинг бошқа клиник ва субъектив белгиларини камайиши ёки бутунлай йўқ бўлишига олиб келди. Ўткир панкреатит билан касалланган беморларнинг стационарда даволаниш муддати ўртача 9,96 тушак-кунни ташкил қилар эди, комплекс даволашда лазертеррапиядан фойдаланганда эса бу кўрсаткич 7,41 тушак-кунни ташкил этди.

Akilov Kh.A. Kadirov R.R. Baibekov I.M.

Clinical peculiarities of acute pancreatitis after usage of laserotherapy in it's complex treatment.

The usage of magneto infrared laser irradiation (MIRLI) with apparatus MSC-PC 028 «Mustang» and «MILTA» in complex treatment of acute pancreatitis facilitates to significant improving of clinical and laboratory proofs. The indexes of blood normalize the levels of diastase of blood and urine decrees. USI shows that MIRLI causes the reduction on inflammation. It is leaded to reduction or disappears of pain and other clinical and subjective manifestations of acute pancreatitis. Patients with acute pancreatitis were in clinic during 9,96 days and those who received in complex treatment MIRLI - 7-41 days/

В последние годы отмечается существенное возрастание частоты панкреатитов и других заболеваний поджелудочной железы. Это обусловлено, как распространением алкоголизма, нарушениями питания, ожирением, так и воздействиями техногенного характера и факторов внешней среды. [2]

Недаром вопросы патологии поджелудочной железы стали программными на состоявшихся в 2000 г. в Ташкенте У111 конференции хирургов - гепатологов стран СНГ и «Вахидовских чтений -2000» [3].

В классификации панкреатитов Sarner and Cotton (1983) [4] выделяется лишь две формы панкреатитов - острый и хронический.

М.В. Данилов и В.Д. Фёдоров (1995) [2], ссылаясь на морфологические исследования, полагают, что, в большинстве случаев, следует говорить не об остром и хроническом панкреатите, а о едином воспалительно - дегенеративном процессе.

Это позволяет рассматривать хронический панкреатит как продолжение и исход острого панкреатита.

В этой связи одной из главных задач лечения острого панкреатита является предотвращение его перехода в хронический.

Комплексное лечение острого панкреатита обусловлено наличием основных проявлений клинической симптоматики.

Это, в первую очередь, устранение или ослабление болевого синдрома.

Клинические проявления нарушений внешнесекреторной функции поджелудочной железы диктуют необходимость назначения соответствующих препаратов. Это относится и к нарушению внутрисекреторной функции поджелудочной железы, а также сдвигам со стороны печени, кишечника и других органов.

Однако ведущим проявлением острого панкреатита является острое воспаление. Именно эти проявления определяют большую часть клинической симптоматики при остром панкреатите.

В настоящее время одним из наиболее эффективных противовоспалительных средств, нашедших широкое применение в различных сферах медицины, является низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ), особенно инфракрасное [1,3-8].

Проведенные нами исследования показали, что ла-

зеротерапия, при экспериментальном панкреатите, способствует выраженному уменьшению островоспалительных изменений в поджелудочной железе. В значительной мере снижается и уровень диастазы в крови [3].

В то же время НИЛИ не нашло должного применения в комплексном лечении острых панкреатитов. Это обусловлено отсутствием клинической оценки эффективности НИЛИ в комплексном лечении панкреатитов.

Указанное послужило основанием проведения настоящего исследования.

Материал и методики исследования.

Лазеротерапия проводилась 24 пациентам с диагнозом - острый панкреатит, который был подтверждён, как клиническими наблюдениями, так и лабораторными исследованиями - общий анализ крови, определение диастазы в крови и моче, ультразвуковыми исследованиями поджелудочной железы, печени и желчного пузыря.

Для лазеротерапии использовалась установка MSC-PC 028 серии «Мустанг», позволяющая с помощью компьютерной программы выбрать оптимальные режимы воздействия. Проведенными ранее экспериментальными исследованиями установлено, что при остром панкреатите оптимальным режимом НИЛИ является излучение инфракрасного диапазона (0,89 мкм), частота излучения 1000 гц/сек [1]. С источником магнитного поля в 50 мТл. Время облучения - 3 мин., число сеансов -5. Этот режим возможно получить и на аппаратах лазеротерапии серии «Милта». Поскольку эти аппараты являются в настоящее время наиболее распространёнными, группе пациентов лазеротерапию проводили с помощью «Милты» в соответствующем режиме.

Контрольную группу составили 60 пациентов, которым проводили традиционное комплексное лечение без лазеротерапии.

Возраст пациентов в обеих группах был от 29 до 68, лет мужчин было 44 %, женщин -56%.

Результаты и их обсуждение.

Клинический анализ и результаты лабораторных исследований показали, что диагноз острого панкреатита ставится в течение 1,5 -2. часов после поступления пациента в стационар и ему назначается комплексное лечение, заключающееся в назначении спазмолитиков, анальгетиков, ингибиторов протеаз, антибиотиков.

Основные клинические проявления острого панк-



Рис.1а Больная Ш. До лазеротерапии

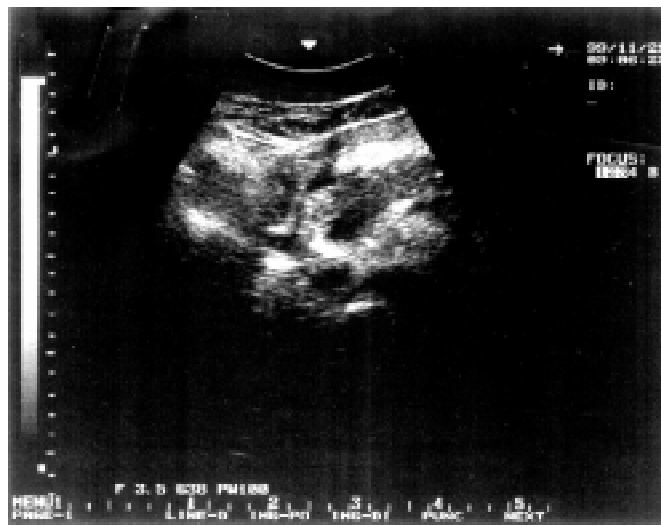


Рис.2а Больная Ш. После лазеротерапии



Рис.1б Больная Ш. До лазеротерапии



Рис.2б Больная Ш. После лазеротерапии

реатита заключались в острых болях в эпигастральной области, иррадиирующих в спину, в правую и левую подреберные области, тошноте, многократной рвоте, не приносящей облегчения, сухости во рту, снижении аппетита, общей слабости.

У всех пациентов имело место повышение уровня лейкоцитов в периферической крови. Они составили 10, 67 тыс. на 1мкл, в том числе палочкоядерные нейтрофилы составили в среднем 20,5 %.

Диастаза крови возросла до 8,6 мг/с. л, а мочи до 10,4 мг/с.л.

Данные УЗИ показали, что у всех пациентов имело место увеличение размеров головки, тела и хвоста поджелудочной железы, снижение их, неровности контуров. У некоторых больных отмечались небольшие эхонегативные участки в проекции головки или тела поджелудочной железы.

Например, больной А. Поджелудочная железа - головка 3,4 см, тело 3,3 см, контуры неровные по передней поверхности визуализируется участок пониженной эхогенности, размером 1,6 x 0,9 см внутрипеченочные протоки (ВПП) уплотнены, в левой доле ВПП с тенденцией к расширению. Холедох 1,0 см, эхопризнаки панкреатита, ВП холестаза, холедохозктазии (рис.1).

Проведение комплексного традиционного лечения

приводило, как правило, к снижению лейкоцитоза, диастазы крови и мочи.

При выписке лейкоциты 8,3 тыс./мкл, палочкоядерные нейтрофилы -12,3%. Диастаз крови -4,42мг/с.л, мочи 8,55 мг/с.л.

Улучшались и данные ультразвуковых исследований.

Лазеротерапия приводила к значительному улучшению данных лабораторных ультразвуковых исследований.

Так, лейкоцитов стало 5,9 тыс./мкл. Диастаза крови 2,78, мочи 3,32 мг/с. л

У всех больных после 2-3 сеанса отмечалось значительное уменьшение болей, исчезали другие субъективные и клинические проявления панкреатита.

Результаты УЗИ свидетельствуют, что лазеротерапия приводит к выраженному улучшению состояния поджелудочной железы. Воспалительный процесс стихает, уменьшаются размеры поджелудочной железы.

Перед выпиской у больного А. отмечается снижение размеров поджелудочной железы, головка 2,7 см, тело -2,1 см, контуры её более ровные (рис.2)

Подсчёт числа койко-дней у пациентов с острым панкреатитом показал, что при традиционном лечении боной находился в стационаре 9,96, а при использова-

нии в комплексном лечении лазеротерапии -7,41 койко-дней.

Исходя из оценки острого панкреатита М.В. Даниловым и В.Д. Фёдоровым (1995) [2], как воспалительно - деструктивного процесса, основным в лечении этой патологии для

предотвращения перехода его в хронический панкреатит должно быть снижение воспалительно - деструктивного процесса.

В настоящее время наиболее мощным противовоспалительным средством является НИЛИ. НИЛИ стимулирует пролиферативные процессы, может служить и эффективным средством восстановления поврежденных структур [1,4-8], в том числе, и возникших в результате острого панкреатита. Указанное нашло подтверждение в проведенных нами экспериментальных исследованиях, и послужило морфологическим обоснованием использования НИЛИ в комплексном лечении острого панкреатита в клинике

Заключение.

Сравнение двух групп пациентов с острым панкреатитом, показало, что использование лазеротерапии в комплексном лечении приводит к более выраженным положительным сдвигам. Исчезали боли и другие субъективные и клинические признаки заболевания, в большей степени улучшались лабораторные показатели и

данные УЗИ. Существенно уменьшалось число проведенных койко-дней.

Проведенные исследования показали перспективность использования лазеротерапии в комплексном лечении острого панкреатита.

Литература

1. Байбеков И.М., Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А., Мадартов К.М. и др. *Морфологические аспекты лазерных воздействий*. - Ташкент. - Изд. им. Абу Али ибн Синою - 1996. - 208с.
2. Данилов М.В., Фёдоров В.Д. *Хирургия поджелудочной железы*. М. - 1995. - 512с.
3. *Морфологические основы низкоинтенсивной лазеротерапии*. (Козлов В.И. и Байбеков И.М., ред.). - Ташкент: Изд. Ибн Сины, 1991. - 222 с.
4. Калиш Ю.И., Макаров К.И., Садыков Р.А., Мадартов К.М., Хамраев А.Ж. *Применение лазеров в амбулаторной хирургии* - Ташкент. - Изд. им. Абу Али ибн Синою - 1997. - 96с.
5. Козлов В.И., Буйлин В.А., Самойлов Н.Г., Марков Н.И. *Основы лазерной физио- и рефлексотерапии*. Киев: Здоровья. 1993; 216.
6. Плетнёв С.Д., ред., *Лазеры в клинической медицине*. Рук. для врачей. 1996. М.: Медицина; 432.
7. Apfelberg (ed.) *Evaluation and installation of surgical laser systems*. - NY-Berlin-London-Paris-Tokyo Springer Verlag, 1997. - P. 324.
8. Ohshiro T., Calderhead R.G. *Low Level Laser Therapy: a practical Introduction*. - Chichester - New-York, John Wileysons, 1988. - 125 p.
9. Sarner M., Cotton P.D. *Classification of pancreatitis // Gut*. - 1984. - V.25. - P.756-759.

Н.А.Исламова,
М.Х.Каттаходжаева,
А.П. Ризопулу,
Т.У.Арипова,
Д.Э.Ишанходжаева,
Л.Е. Кейнова

СОСТОЯНИЕ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ И СИСТЕМЫ ЕСТЕСТВЕННОЙ ЦИТОТОКСИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ

Первый Ташкентский Государственный медицинский институт,
Институт иммунологии АН РУз.

Исламова Н.А., Каттаходжаева М.Х., Ризопулу А.П., Арипова Т.У., Ишанходжаева Д.Э., Кейнова Л.Е.

"Аёлларда жинсий аъзоларнинг яллигланиш касалликларидан иммунореактив ва табиий цитотоксик тизимнинг ҳолати."

Ҳозирги пайтда гинекологик касалликлар ичида аёллар жинсий аъзоларининг яллигланиш касалликлари бош ўринни эгаллайди. Буларнинг ичида сурункали ва рецидив турлари кўпроқ учрайди.

Бу мақолада соғлом ва жинсий аъзоларнинг яллигланиш касаллиги - аднексит билан хасталанган аёлларнинг иммунитет системаси ҳолатларининг текшириш натижалари ёритилди.

Гуморал ва ҳужайра иммунитет звеноларининг иммунодефицит ҳолати аниқланди. Бу эса ўз навбатида аёллар жинсий аъзоларининг яллигланиш касалликларини даволашда яллигланишга қарши ва антибактериал дори воситалардан ташқари иммун тизимини уйғунлаштиришга таъсир этадиган дори моддалардан ҳам фойдаланиш кераклигини кўрсатади.

Islamova N.A., Katkhodjaeva M.H., Rizopulo A.P., Aripova T.Y., Ishankhodjaeva D.E., Keynova L.E.

Genital inflammatory diseases and condition of immunoreaction and of natural citotoxic system

In the present time chronic inflammation processes of the genital organs take one of the leading places.

In the article we have presented the mark of the immune systems of healthy women and women that have chronic inflammation sickness of genital with adneksit. We have marked immunodeficit of human cells and humoral links of immune system, which is indication for therapy, including immunocorrection drugs.

В гинекологической практике ведущее значение занимают воспалительные заболевания половой сферы. Отмечены частые переходы в хронические рецидивирующие формы затяжного воспалительного процесса, когда после первичного инфицирования в патологический процесс включаются механизмы функционального дисбаланса и нарушения иммунореактивности, обусловленного вторичным иммунодефицитом [1,2,3].

Процесс перехода острого воспаления в хронический процесс зависит от функциональной активности системы иммунитета - состояния специфического и неспецифического ее звеньев.

В настоящее время установлено, что в этиопатогенезе хронических и рецидивирующих воспалитель-

ных процессов женской половой сферы задействованы иммунопатологические механизмы. Основное значение в процессе саногенеза отводится состоянию иммунореактивности и системы естественной клеточной цитотоксичности [1,5]. Биологическая роль естественных клеток-киллеров (НК-лимфоцитов) определяется их избирательной эффекторной функцией по отношению к инфекционным агентам, способностью к лизису чувствительных клеток-мишеней, когда основным этапом киллинга является повреждение клеточных мембран с помощью протеолитических ферментов азурофильных гранул [4,5].

Цель исследования - дать сравнительную оценку состояния иммунной системы у здоровых и женщин с воспалительными заболеваниями гениталий - ад-

некситом.

Материал и методы.

Всего было обследовано 20 человек в возрасте от 18 до 33 лет, из них 10 - с аднекситом. Группой контроля служили 10 здоровых доноров аналогичного возраста.

Диагноз выставлен на основании клинических и лабораторных данных.

Основные параметры клеточного и гуморального иммунитета определяли по идентификации на поверхности Т-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров, В-лимфоцитов, натуральных клеток-киллеров кластеров дифференцировки CD3, CD4, CD8, CD19, CD16 (соответственно) в тесте непрямого розеткообразования с моноклональными антителами LT (производства ГНЦ - Института иммунологии МЗ России, Москва) по методу Гариба Ф.Ю. с соавт. (1995).

Уровень сывороточных иммуноглобулинов - IgA, IgM, IgG выявляли методом радиальной иммунодиффузии в геле (Манчини, 1969).

Полученные данные обрабатывали стандартными методами вариационной статистики.

Результаты и обсуждение.

Течение заболевания у всех обследованных нами больных имело затяжной характер длительностью от 3 недель до 3,5 месяцев и плохо поддавалось общепринятому лечению с применением антибактериальной, противовоспалительной и витаминотерапии.

Анализ параметров иммунной системы у обследованных нами больных показал, что абсолютное число лейкоцитов в целом на группу больных достоверно

ниже значений нормы и составило $5380 \pm 67,4$ в 1 мкл против $7100 \pm 89,6$ в 1 мкл соответственно ($P < 0,05$) (Таблица). Наблюдается глубокий дефицит параметров клеточного звена иммунитета. Так, относительное число Т-лимфоцитов у основной группы больных составило $39,4 \pm 3,7\%$ против $56,0 \pm 4,9\%$ ($P < 0,001$). Достоверные различия отмечены и при анализе абсолютных показателей ($P < 0,05$). Для определения частоты иммунодефицита нами был высчитан процент положительных проб на наличие иммунодефицита у каждого больного, отражающий отклонения от нормативных границ, в которые укладываются $M \pm 2s$. Так, относительное число Т-лимфоцитов у 8 пациентов из 10 было ниже нижней нормативной границы и это составляет 80% от общей группы. Развитию Т-клеточного иммунодефицита у обследованного контингента больных способствовало достоверное снижение количества CD4 - Т-хелперной и CD8- Т-супрессорной иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов. Однако, необходимо подчеркнуть, что в большей степени этому содействовало угнетение экспрессии CD4-рецепторов на поверхности Т-хелперов. Так, у 80% больных от общего числа обследованных число Т-хелперов было ниже нижней границы нормы. Анализ общего числа Т-хелперов в целом на группу достоверно отличался от контроля и составил в группе больных $18,5 \pm 3,1\%$ против $33,1 \pm 3,5\%$ соответственно ($P < 0,001$).

Дефицит CD8-Т-супрессоров был отмечен у меньшего числа пациентов и составлял 40%. Анализ количества Т-супрессоров в среднем на группу показал

Таблица.

Сравнительные данные состояния иммунитета и системы естественной клеточной цитотоксичности у здоровых и женщин аднекситом ($M \pm m$)

Иммунологические показатели	Зд
1.Лейкоциты, абс. (в 1 мкл) % п.п. (<,> $M \pm 2s$)	
2.Лимфоциты, отн. (%) % п.п. (<,> $M \pm 2s$)	
3.Лимфоциты, абс. (в 1мкл) % п.п. (<,> $M \pm 2s$)	
4.Т-лимфоциты, отн.(%) % п.п. (< $M + 2s$)	
5.Т-лимфоциты, абс. (в 1мкл) % п.п. (< $M + 2s$)	
6.В-лимфоциты, отн.(%) % п.п. (<,> $M \pm 2s$)	
7.В-лимфоциты, абс. (в 1мкл) % п.п. (<,> $M \pm 2s$)	
8.Т-хелперы,CD4 отн.(%) % п.п. (< $M - 2s$)	
9.Т-супрессоры,CD8 отн.(%) % п.п. (< $M - 2s$)	
10.Естественные киллеры, CD16 отн.(%) % п.п. (> $M + 2s$)	
11.Индекс иммунорегуляции (CD4/CD8) % п.п. (</> $M \pm 2s$)	
12.Иммуноглобулины, мг% IgG % п.п. (< $M + 2s$)	
IgA % п.п. (> $M + 2s$)	
IgM % п.п. (> $M + 2s$)	

Примечание: % п.п. - процент положительных проб- число наблюдений с сниженными или повышенными показателями относительно нормы.

достоверное их снижение относительно значений контроля. Так, число Т-супрессоров в группе больных в среднем было $15,9 \pm 2,5\%$, тогда как в группе контроля оно составило $22,7 \pm 0,6\%$ ($P < 0,05$). Очевидно, снижение числа иммунорегуляторной супрессорной популяции может способствовать переходу острой стадии заболевания в хронический процесс.

Наши исследования показали, что относительное число В-лимфоцитов в сравниваемых группах достоверно не отличается, тогда как, абсолютное их число у больных снижается и составляет $369 \pm 49,5$ клеток в 1 мкл против 472 ± 51 в 1 мкл в контроле.

Продукция сывороточных иммуноглобулинов является интегральным показателем работы гуморального звена иммунитета. Анализ полученных результатов показал подавление активности гуморального звена иммунитета. Так, синтез IgG в группе больных составил $866 \pm 94,5$ мг% против 1069 ± 105 мг% в контроле.

У обследованной группы больных выявлено также снижение уровня IgA и IgM.

Интересные результаты были получены при анализе количественных характеристик числа естественных клеток-киллеров, несущих CD16-рецепторы, которые экспрессированы на основной части NK-клеток. На основе лектинового распознавания осуществляют быстрый цитолиз чужеродных пролиферирующих клеток и являются важными факторами неспецифической инфекционной защиты [5, 7].

Анализ показал достоверное повышение числа естественных клеток-киллеров в среднем на группу. Так, количество NK-лимфоцитов в основной группе в 1,5 раза превышало показатели в группе контроля и составляло $18,0 \pm 2,4\%$ против $11,6 \pm 1,9\%$ соответственно. У 50% больных число естественных клеток-киллеров превышало параметры верхней границы нормы.

Таким образом, наши исследования показали, что в развитии хронических рецидивирующих форм аднексита задействованы иммунопатологические механизмы, которые проявляются в развитии глубокого Т-иммунодефицита, обусловленного снижением числа иммунорегуляторных субпопуляций Т-лимфоцитов, экспрессирующих поверхностные CD4 и CD8-рецепторы. Выявлено понижение продукции сывороточных иммуноглобулинов основных классов. процесса, который, в свою очередь, в сочетании с воспалительными реакциями и образует замкнутый круг. Наряду с подавлением основных специфических звеньев иммунитета было обнаружено значительное повышение числа натуральных клеток-киллеров. Известно, что эффективность антиинфекционной защиты в значительной степени обусловлена состоянием естественной цитотоксичности и прежде всего активностью

естественных клеток-киллеров [1,5]. Однако, связь между функциональным состоянием естественных клеток-киллеров и экспрессией рецепторов CD16 на их поверхности изучена недостаточно. Так, например при хронической инфекции, обусловленной персистенцией вирусов отмечено значительное снижение активности естественных киллеров при повышенном их содержании в периферической крови [5]. Возможно, вследствие недостаточной продукции эндогенных интерферонов или избирательной блокады поверхностных рецепторов в результате эндогенной бактериальной интоксикации, происходит срыв механизмов генерации из предшественников в зрелые естественные клетки-киллеры и подавляется функциональная активность. Очевидно, это связано также и с ингибирующим влиянием супрессорных клеток.

Повышенное количественное содержание субпопуляции естественных клеток-киллеров при инфекционном процессе, очевидно свидетельствует о их функциональной неполноценности, что возможно является одной из главных причин, способствующих развитию хронического воспалительного процесса. Очевидно, что выявленные нарушения в иммунном статусе у больных с аднекситом диктуют необходимость проведения иммунокорректирующей терапии.

Выводы

1. При воспалительных заболеваниях гениталий выявлен глубокий иммунодефицит клеточного и гуморального звеньев иммунитета.
2. Обнаруженный иммунодефицит содействует развитию хронического очага инфекции.
3. Выявленный дисбаланс в иммунной системе может быть показанием к терапии, включающей не только противовоспалительные и антибактериальные, но и иммунокорректирующие препараты.

Литература.

1. Борисова А.М., Алкеева А.Б., Саидова М.З. и др. // Иммунология. - 1991. - №6. - С.60-62.
2. Дыгай А.М., Клименко Н.А. и др. Реакции системы крови при воспалении и механизмы их развития // Патологич. физиология и эксперим. терапия. - 1991. - №6. - с.28-31.
3. Ивонота Л.И., Вовк И.Б. и др. Иммунологические изменения у женщин с бесплодием воспалительного генеза и их коррекция // Акушерство и гинекология. - 1992. - №8-12. - с.45.
4. Каттаходжаева М.Х. Неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов (патогенез, клиника и методы коррекции) - Автореф. дисс. на... д.м.н., 1995, 26 с.
5. Тимошенко Л.В., Вдовиченко Ю.П. Роль иммунной системы в патогенезе и лечении гнойно-воспалительных заболеваний после операций кесарева сечения. // Акушерство и гинекология. - 1990. - №11, с.9.
5. Ярилин А.А. Основы иммунологии. - 1999. - 608 с.

Т.М.Қориев,
Б.Т.Бабамурадов

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕГКИХ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Научно-исследовательский институт фтизиатрии и пульмонологии
им. Ш.А.Алимова МЗ РУз

Т.М.Қориев, Б.Т.Бабамурадов

Ўпка сили туфайли қисман резекциясидан кейинги қолдиқли плевра бўшлиғини даволаш натижалари.

Ўпка сили туфайли қисман ўпканинг резекциядан кейин қолдиқли плевра бўшлиғи билан асоратланган 106 беморнинг даволаш натижалари таҳлил қилинди. Сил билан касалланиш узоқ давом этганлиги, тарқалган фибросклеротик ўзгаришлар, ўпка қолган қисмида силнинг ўчоқли диссеминацияси, операциядан кейинги даврда плевра бўшлиғидан аспирация режимининг бузилиши, қисман резекциянинг катта хажми қолдиқли плевра бўшлиғи ҳосил бўлиғида ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Қолдиқли плевра бўшлиғи ҳосил бўлганда консерватив ва жарроҳлик даволаш усуллари қўлланилди. 50 беморда пневмоперитонеум билан биргаликда пункцион-аспирацион даволаш самара берди, 15 беморга қолдиқли бўшлиқни аутоқон билан пломбировка қилиш усули қўлланилди, 22 беморга мушакли торамиокопластика қилинди. Яхши клиник самара 92 (86,6%) беморда кузатилди.

T.M.Karyev, B.T.Babamuradov

Results of treatment of residual pleural cavity after partial resection of lungs for tuberculosis

The of results of treatment of 106 patients with residual pleural cavity after partial resection of lung for tuberculosis have been analysed. It was established that the main reason for development of residual pleural cavity was prolonged course of disease, marked fibrosis and sclerotic changes, focal dissemination of TB process in the remaining parts of the lung, violation of post-surgery regimen of aspiration from pleural cavity and resection of considerable part of the lung. Conservative and surgical methods were used when residual pleural cavities were formed. Treatment of residual pleural cavity accompanied by pneumoperitoneum allowed to eliminate pleural cavity in 50 patients. In 15 patients residual cavity was filled in by autoblood, and in 22 patients thoraxo-muscular plastics was performed. Favourable clinical results were achieved in 92 (86,8%) patients.

В комплексной терапии деструктивных форм легочного туберкулеза частичные резекции легких занимают важное место. Эти операции являются высокоэффективными в клиническом и функциональном отношении [3,8]. Однако после частичных резекций легких при туберкулезе в 2,9-15% наблюдается стойкое формирование остаточной плевральной полости [1,2,4,7,10]. Это раннее послеоперационное осложнение не представляет серьезной опасности. Однако его последствия в виде эмпиемы остаточной полости, бронхоальвеолярного свища и реактивации туберкулезного процесса в оперированном легком оказывают отрицательное влияние на течение послеоперационного периода и снижают эффективность частичных резекций легких [11].

Установлено, что основными причинами формирования остаточной плевральной полости служат множественные разрывы легкого во время операции, недостаточная его герметизация и неполное расправление, несоответствие объема оставшихся отделов легкого и плевральной полости, нарушение режима послеоперационной аспирации из плевральной полости, плохая расправляемость оперированного легкого из-за выраженных фиброзно-склеротических и эмфизематозных изменений [6,9].

Под нашим наблюдением находилось 106 больных, у которых изучены результаты лечения остаточной плевральной полости после частичных резекций легких при туберкулезе. У 104 больных остаточная плевральная полость располагалась в верхних отделах плевральной полости и только у 2 больных - в нижне-боковых отделах. Большой размер остаточной полости был у 45 больных, из них нижняя граница располагалась сзади на уровне II ребра - у 32, III ребра - у 13. По нашим данным наиболее часто остаточная плевральная полость формируется после операций по поводу фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (у 86 больных) и значительно реже при кавернозном туберкулезе и туберкулеме (соответственно у 9 и 11 больных). Следует отметить, что при продолжительности заболевания до 1 года остаточная полость наблюдалась у 18 больных (17%), до 3 лет - у 44 (41,5%),

до 5 лет и более - у 44 больных (41,5%). Это связано с тем, что при продолжительных сроках заболевания, особенно при фиброзно-кавернозном туберкулезе, в легких развиваются выраженные пневмосклеротические и эмфизематозные изменения, имеется распространенная очаговая диссеминация туберкулезного процесса, которые значительно ограничивают расправление оперированного легкого и создают благоприятные условия для образования остаточной плевральной полости. Наряду с этим при увеличении объема частичной резекции легкого также повышается частота формирования остаточной плевральной полости. Так, по нашим наблюдениям после сегментарных резекций легких остаточная полость развилась в 27,5%, после лобэктомий - в 48,1%.

При выборе лечебной тактики при пострезекционной остаточной полости необходимо придерживаться применения консервативной терапии - от простых пунктирно-аспирационных мероприятий и при их неэффективности использовать оперативные методы лечения.

Комплексное терапевтическое лечение применялось нами у 84 больных.

Пункция остаточной плевральной полости с аспирацией воздуха и экссудата использована у 68 больных. Пункция остаточной полости проводилась ежедневно или через день с максимальной аспирацией экссудата и созданием в остаточной полости отрицательного давления, с последующим введением антибиотиков. При сухой остаточной полости и небольшом просачивании воздуха плевральная пункция проводилась через день или 1-2 раза в неделю, при этом отрицательного давления в остаточной полости не создавалось, чтобы не сформировался бронхоальвеолярный свищ. На фоне пунктирно-аспирационной терапии накладывали пневмоперитонеум с инсuffляцией в брюшную полость 800-1000 мл воздуха через 12-14 дней в течение 2-4 мес. с целью уменьшения объема гемоторакса и ускорения облитерации остаточной полости. Больным назначали также дыхательную лечебную физкультуру.

Такое комплексное терапевтическое лечение по-

зволило ликвидировать остаточную плевральную полость у 50 больных, из них у 5 — легкое полностью расправилось, у 45 — наступила облитерация остаточной полости с образованием в ее проекции ограниченных плевральных наложений.

Пункционно-аспирационная терапия у 18 больных оказалась неэффективной и не позволила расправить легкое и устранить остаточную плевральную полость. Эти больные отказались от повторного хирургического лечения и были выписаны на санаторное лечение с ограниченной “сухой” остаточной полостью. При дальнейшем наблюдении через 6 мес. — 1 год у 7 больных из 18 остаточная полость облитерировалась с образованием в области купола плевры плевральных наложений, подтвержденных рентгенологическими данными. У остальных 11 больных в оперированном легком наступила реактивация туберкулезного процесса, из них у 4 — с формированием каверны в остаточной полости и бактериовыделением. В связи с реактивацией туберкулезного процесса у 5 больных из 11 с хорошим эффектом выполнены повторные операции: у 2 — пульмонэктомия, у 3 — торакопластика с мышечной пластикой остаточной полости. Продолжают антибактериальное лечение и остаются бациллярными 3 больных, умерли от прогрессирования туберкулезного процесса и легочно-сердечной недостаточности — 3 больных.

Приведенные данные убедительно свидетельствуют о том, что остаточная плевральная полость после частичных резекций легких при туберкулезе представляет большую опасность для развития реактивации туберкулезного процесса и эмпиемы плевры. Поэтому данное осложнение подлежит обязательной ликвидации и только после этого больные подлежат выписке из стационара.

Пломбировка остаточной полости аутокровью при неэффективности пункционной терапии выполнена у 16 больных. С этой целью из локтевой вены больного забиралось 30–40 мл аутокрови и вместе с антибиотиками (пенициллин 1 млн, стрептомицин 500 мг) вводилось в остаточную плевральную полость. На следующий день из остаточной полости аспирировалась жидкая часть крови и повторно вводилось 30–40 мл аутокрови. В дальнейшем такая методика введения в остаточную полость аутокрови и аспирация ее жидкой части повторялась ежедневно или через день. Наши наблюдения показали, что обычно после 4–6 введений в остаточную полость аутокрови с антибиотиками начинает формироваться стойкий фиброторакс (Т.М.Кариев, М.А.Ибрагимов, 1985) (5). У 15 больных plombировка аутокровью остаточной плевральной полости оказалась эффективной с образованием в проекции остаточной полости фиброторакса. Только у 1 больного из-за наличия бронхоальвеолярного свища plombировка аутокровью оказалась неэффективной, в связи с чем впоследствии произведена торакопластика с мышечной пластикой остаточной полости с хорошим результатом. Наш опыт по plombировке остаточной полости аутокровью подтверждает высокую эффективность и физиологичность этого метода, который позволяет устранить осложнение без повторных костно-пластических операций, нередко имеющих косметический недостаток. При

наличии бронхоальвеолярного свища plombировка аутокровью остаточной полости не целесообразна из-за ее неэффективности.

Повторная операция костно-пластического характера — торакопластика с мышечной пластикой при стойком формировании остаточной плевральной полости и неэффективности консервативного лечения выполнена у 22 больных. Эти операции, как правило, произведены через 1,5–2,5 мес. после частичной резекции легких. Операции выполнялись из задне-бокового доступа и у большинства больных носили ограниченный, (3–4 ребрами) характер. При этом выкраивались межреберные мышечно-плевральные лоскуты на сосудистой ножке, которые укладывались и фиксировались узловыми атравматическими швами в остаточной полости. Результаты торакопластики и мышечной пластики оказались эффективными у 21 больного и способствовали полной облитерации остаточной плевральной полости. В ближайшем послеоперационном периоде умер 1 больной от легочно-сердечной недостаточности.

Таким образом, комплексное лечение остаточной полости должно включать раннее и последовательное применение пункционно-аспирационной терапии и plombировки остаточной полости аутокровью больных на фоне туберкулостатической химиотерапии, пневмоперитонеума и ЛФК. При неэффективности указанной консервативной терапии методом выбора является торакопластика с мышечной пластикой остаточной плевральной полости.

Хорошая клиническая эффективность терапевтического и повторного хирургического лечения остаточной плевральной полости достигнута у 92 больных (86,8%). Удовлетворительные результаты констатированы у 7 больных (6,6%), которые отказались от оперативного лечения и были выписаны с остаточной полостью без выраженных клинических проявлений. Неудовлетворительные результаты отмечены у 3 больных (2,9%) из-за реактивации туберкулезного процесса в оперированном легком. Умерло 4 больных (3,7%), из них 3 — от прогрессирования туберкулезного процесса, 1 — после торакопластики, осложненной легочно-сердечной недостаточностью.

Наш опыт свидетельствует о том, что остаточная плевральная полость после частичных резекций легких при туберкулезе представляет серьезную опасность из-за развития реактивации туберкулезного процесса и эмпиемы плевры, и подлежит обязательной ликвидации. Это в свою очередь повышает общую эффективность частичных резекций легких у больных туберкулезом.

Литература

1. Боронджиян Т.С., Головченко Р.Н. Исходы лечения больных с остаточными полостями после резекции легких по поводу туберкулеза. // *Современные методы хирургического лечения туберкулеза легких. / Труды МНИИТ-М., 1983. С.49–53.*
2. Богуш Л.К., Калинин Г.А. Корригирующие операции при резекции легких, Тбилиси, 1979.
3. Ибрагимов М.А. Частичные резекции легких в современной комплексной терапии больных распространенными формами туберкулеза. Автореферат дисс. ... доктора мед.наук-М-1987. С.3.
4. Кабанов А.Н., Ситко Л.А. Лечение эмпиемы плевры // *Грудная хирургия. -1985. № 4. -С.27–31.*

5. *Кариев Т.М., Ибрагимов М.А. Способ лечения остаточной плевральной полости. Авторское свидетельство № 116628, зарегистрировано 01.04.1985.*
6. *Малицкий А.Т. Профилактика остаточной полости при формировании "малого легкого" после частичных резекций // Грудная хирургия - 1984, №6 С.42-47.*
7. *Никулина Т.Д. Профилактика и лечение остаточной плевральной полости и связанных с ними осложнений после резекции легких у больных туберкулезом. Автореф.дисс. ... канд.мед.наук. - М-1977-С.6-7.*

8. *Перельман М.И. Резекции легких при туберкулезе. М.1962.С-12.*
9. *Процюк Р.Г. Остаточные плевральные полости после резекций легких // Профилактика и лечение туберкулеза. Вып.7-Киев-1974, С.51-55.*
10. *Gaensel E.A. The surgery for pulmonary tuberculosis // Am.Rev.Resp.Dis.-1982-125.73-84.*
11. *Reed C.I., Parker E.F., Crawford F.A. Surgical resection for complication of pulmonary tuberculosis // Ann/Thorac.Surg.-1989.vol.49. #2-p.165-167.*

*Ш.И.Каримов,
Б.Д. Бабаджанов,
О.Р.Тешаев.*

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОВ

Второй Ташкентский Государственный медицинский институт

Как известно, острые разлитые перитониты являются одним из грозных осложнений острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и согласно данным последних лет, все еще отмечается достаточно высокий показатель летальности, что составляет 34,8% с колебаниями от 25,9 до 69%. Сохранение такого уровня летальности в настоящее время привело к внедрению в клиническую практику целого ряда методов перитонеальной санации, из которых можно выделить 4 достаточно большие группы. К ним относится: перитонеальный диализ, плановая релапаротомия, лапаростомия и метод глухого зашивания с введением в брюшную полость различных антибиотиков [1,3,4,5,8].

При анализе литературных данных за последние 19 лет (1981-2000 гг.) из 131 источника мы обнаружили, что из 10926 больных, которым проводилось лечение, погибло 2864, колебание диапазона летальности составило от 6,7 до 71%, средний показатель летальности составляет 26,2%. При сопоставлении величин летальности при различных методах санации, можно отметить, что наименьшая летальность была отмечена у больных с перитонеальным диализом (21,7%), наибольшая - в группе больных с глухим ушиванием живота с введением антибиотиков (34,7%) [1,3,4,5,6].

Самыми тяжелыми среди них являются больные с послеоперационным перитонитом. Летальность в этой группе больных по литературным данным достигает 46- 90% [7,2].

Учитывая наличие колебаний среди различных методов лечения, сохранение большого количества больных с различными формами перитонитов, высокую частоту и высокую летальность, нами был проанализирован опыт лечения при острых разлитых перитонитах.

При этом целью нашего исследования было провести сравнительную оценку результатов лечения различных форм ОРП и разработать принципы дифференцированной хирургической тактики.

Материал и методы

Нами анализируется опыт лечения 658 больных с ОРП, из них гастроудоденальные перитониты -203 случаев (30%), послеоперационные перитониты (ПОП) -110 больных (16,7%), гинекологических перитониты 116 больных (17,6%) и т.д.

Анализ больных по полу и возрасту показал, что наибольшее количество больных приходится на воз-

раст от 21 до 50 лет. По полу соотношение мужчин и женщин составляет приблизительно два к одному. По продолжительности перитонита подавляющее большинство больных поступило в сроки от 25 часов и выше. В более ранние сроки (до 1 суток) поступило 166 пациентов. 75% больных поступили с тяжелыми осложнениями, в токсической и терминальной стадии разлитого перитонита. При этом необходимо отметить, что почти 300 больных поступили с продолжительностью перитонита свыше 72 часов в терминальной стадии перитонита, а остальные в токсической и реактивной стадии. По характеру экссудата, больше половины пациентов были с гнойно-фибринозным перитонитом -330 пациентов. В 141 случае был выявлен каловый и ихорозный, анаэробный перитонит (21,4%).

Всем больным произведена операция - лапаротомия и в зависимости от формы перитонита и локализации источника применены различные методы санации брюшной полости. Большинству больных произведено дренирование брюшной полости и в послеоперационном периоде нами применялась оригинальная методика перитонеального диализа.

При использовании методов открытого ведения, которые отличаются от методики перитонеального диализа тем, что здесь имеется возможность регулирования течения воспалительного процесса брюшной полости визуально и в зависимости от этого контролировать интенсивность проводимых непосредственных санационных мероприятий. Нами применены два метода, открытого ведения брюшной полости - это лапаростомия при которой лапаротомная рана остается открытой, органы брюшной полости закрываются марлевыми салфетками смоченными водорастворимыми мазями. При этом, первая санация брюшной полости производится через 24 часа, а последующие, в зависимости от состояния брюшной полости и общего состояния больных через 24, 48 или 72 часа.

При втором способе -плановой релапаротомии, после ликвидации источника перитонита и интраоперационной санации брюшной полости, мы укрывали органы брюшной полости полиэтиленовой пленкой, затем лапаротомную рану ушивали либо на бантиках через все слои, либо на застёжку-молнию. Первую плановую санацию также производили через 24 часа, а последующие санации производили в зависимости от состояния брюшной полости и состояния больного.

В плане ведения во время операции и послеоперационном периоде энтеральной среды мы разработали схему этапной энтеральной терапии, которая заключается в том, что интраоперационно производится назоинтестинальная интубация кишечника, интраоперационная декомпрессия кишечника и интраоперационный кишечный лаваж. В послеоперационном периоде продолжается через энтеральный зонд декомпрессия кишечника, а после появления кишечной перистальтики производится кишечный лаваж в режиме аутоперфузии мономерноэлектролитными растворами и после восстановления всасывательной деятельности переходим на энтеральное зондовое питание специальными питательными средами, так называемыми энтеральными смесями.

Принципиальной позицией нашей клиники является отказ от открытых методов декомпрессии кишечника таких как наложение различных видов стом.

Одним из важных компонентов комплексного лечения ОРП, особенно при тяжелых формах мы считаем проведение длительной внутриартериальной катетерной терапии (ДВАКТ) и осуществляемой за счет пункции и катетеризации одной из висцеральных артерий, это чревный ствол или верхняя брыжеечная артерия, в отдельных случаях просто аортальное введение препаратов. При этом для лечения применяли состав препаратов позволяющий обеспечить максимальное количество лекарственных веществ, в частности антибиотиков, непосредственно в патологическом очаге брюшной полости.

Принципы антибактериальной терапии заключается в создании максимальной концентрации антибиотиков непосредственно в брюшной полости и для реализации этой задачи активно используется внутриартериальное введение. В качестве антибиотиков выбора нами используется комбинация цефалоспоринов третьего поколения с метронидазолом и аминогликозидами. Для внутрибрюшинной санации применяем раствор диоксида, а для открытых методов санации - водорастворимые мази в частности левомиколь.

В последние годы мы активно начали заниматься разработкой принципов этиотропного или дифференцированного лечения, которые предусматривают воздействие на воспалительный процесс брюшной полости и при этом целенаправленное воздействие на патологический очаг, на первопричину перитонита, так как известно, что различные причины перитонита имеют свою специфику. Материал предложенный нами

можно условно разбить на 5 групп в зависимости от локализации источника перитонита (Таблица 1).

Результаты исследований

Первую группу составили больные с гастродуоденальными перитонитами, специфика которых заключается в необходимости проведения радикальной хирургической коррекции язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Надо отметить, что паллиативные операции заключающиеся в ушивании перфоративного отверстия, устраняют только источник перитонита, но не устраняет болезнь. Мы считаем, что в случаях раннего поступления больных обязательным атрибутом воздействия должна быть радикальная коррекция - это первые 6 часов. Применение последних достижений в области лечения перитонита, в частности озонотерапия, ДВАКТ и их широкое использование, позволяет увеличить этот временной диапазон на несколько часов и даже при более поздних сроках, также обеспечить радикальную коррекцию по поводу патологии желудка и 12-перстной кишки. И только при поздних сроках свыше 9-12 часов следует применять паллиативную операцию. В нашей клинике из 203 пациентов у 160 была выполнена паллиативная (Таблица 1) операция, радикальная операция в полном объеме выполнена в 3 случаях и в 40 случаях выполнена стволовая ваготомия с пилоропластикой.

В этой группе из 203 пациентов мы отметили осложнения в 42.4 % и было всего 9 летальных исходов, причем летальные исходы пришлось именно на долю паллиативных операций, так как эти больные поступили в тяжелом состоянии, в терминальной стадии перитонита.

В последние годы мы вплотную занимаемся данным вопросом и намерены и в дальнейшем делать акцент именно на увеличение удельного веса радикальных операций при гастродуоденальных перитонитах.

У больных с перитонитом, который возник на почве акушер-гинекологической патологии, одним из интересных аспектов является возможность сохранения детородной или фертильной функции женщин детородного возраста. В зависимости от генеза различали перитониты акушерские и гинекологические. В каждом случае предлагается дифференцированная тактика лечения, которая включает в себя ДВАКТ, тот или иной метод перитонеальной санации и энтеральной терапии. Из 116 пациентов, которые находились у нас на лечении, 38 больных с перитонитом акушерского генеза, а 78 - гинекологического.

Таблица 1

Результаты дифференцированной хирургической тактика лечения острых разлитых перитонитов

Нозологические группы	Количество больных (%)
1. Гастродуоденальные перитониты	203 (30.9)
2. Акушер-гинекологические перитониты	116(17.6)
3. Послеоперационные перитониты	110(16.7)
4. Панкреатобилиарные перитониты	30 (4.6)
5. Острые разлитые перитониты	199(30.2)
ВСЕГО:	658(100)

Летальные исходы были отмечены в 7 случаях (6%) и осложнения в 36.2% наблюдений.

Наиболее тяжелым контингентом больных являются больные с послеоперационными перитонитами. При этом, в зависимости от характера послеоперационного перитонита, тактика лечения также различная. В частности, у больных с эвентерацией органов брюшной полости, кишечными свищами, флегмоной и некрозами передней брюшной стенки нами применяется лапаростомия с мазевыми санациями брюшной полости, ДВАКТ и ЭТ.

При наличии массивного спаечного процесса, множественных межпетлевых гнойников, неликвидированных источников перитонита, кишечных свищей и межкишечных анастомозов, за состоянием которых необходимо наблюдать, применяется методика регулируемой лапаротомии или же с наложением временных швов с мазевыми санациями брюшной полости, внутриартериальной и энтеральной терапии.

В случае, когда имеются ограниченные гнойники брюшной полости и неудалимые источники перитонита, применяется методика дренирования брюшной полости с мазевыми санациями и длительной внутриартериальной катетерной терапии.

При анализе результатов лечения послеоперационных перитонитов было отмечено, что большинство этих больных поступали к нам из других клиник нашей Республики и до поступления неоднократно были оперированы. Из 110 больных у нас была летальность в 41 случае и наибольший процент летальности приходится на больных с множественными гнойниками брюшной полости - 12 случаев и несостоятельностью швов и анастомозов ЖКТ - это 14 случаев (41.2%). В остальных же случаях послеоперационного перитонита показатель летальности колеблется от 28 до 33%. Осложнения в этой группе наблюдались в 135 случаях, и зачастую у одного больного было несколько осложнений. Наиболее часто осложнения наблюдались у больных с несостоятельностью швов и анастомозов ЖКТ и у больных с множественными гнойниками брюшной полости. Переход на дифференцированный подход к лечению послеоперационных перитонитов который выполняется в нашей клинике в последние годы позволил нам выйти на уровень летальности порядка 10-15%.

Достаточно серьезным и тяжелым контингентом являются больные с панкреатобилиарными перитонитами. Специфика которых заключается в выраженной агрессивности желчи и панкреатического сока и часто в вынужденном отграничении источника перитонита. Это особенно касается панкреонекроза, когда применяется дренирование сальниковой сумки. В комплекс лечения обязательно необходимо включить ДВАКТ и весь комплекс перитонеальной, энтеральной терапии. Аналогичная тактика разработана нами и в отношении абсцессов печени и перитонита, связанного с деструктивными холециститами. При анализе результатов лечения этих больных хотелось бы отметить, что из 30 больных у нас было всего 2 летальных исхода (6.7%) и в подавляющем большинстве случаев нам удалось спасти больных с панкреатобилиарными перитонитами.

Наибольшее количество больных пришлось на группу, которую мы условно обозначили просто ост-

рым разлитым перитонитом (ОРП), когда источник перитонита обычно устраняется. К ним относятся перитониты которые развиваются на фоне острого аппендицита, ОКН, патологических или травматических разрывов кишечника, ущемленных грыж и др. В этом случае, после ликвидации источника перитонита, производится стандартная перитонеальная и энтеральная терапия, а это стандартное дренирование брюшной полости с перитонеальным диализом и этапная энтеральная терапия, а также по показаниям, проводится ДВАКТ. При этом наибольшая летальность была в группе больных с ущемленными грыжами и ОКН 28.6% и 22.6% соответственно, так как эти больные поступали в основном в поздние сроки в терминальной стадии перитонита и в основном в пожилом возрасте с множественными сопутствующими заболеваниями. Более доброкачественное течение было у больных с травматическими разрывами кишечника. В целом, в данной группе из 199 больных летальный исход в 31 случае, что составило 15.6%. Количество осложнений в этой группе больных наблюдалось всего в 37.7% (75 случаев).

При сравнительном анализе осложнений в различных группах было выявлено 180 абдоминальных осложнений на 658 больных. Наибольшее количество осложнений пришлось на нагноение послеоперационных ран, парезы кишечника и инфильтраты брюшной полости, в 15 случаях мы имели эвентерацию кишечника, в 17 - констатирован продолжающийся перитонит и в 12-13 случаях несостоятельность швов ЖКТ и спаечная кишечная непроходимость. Остальные осложнения встречались менее часто. Характер осложнений был достаточно тесно связан с этиотропным фактором и в каждой группе имеются специфические осложнения.

В зависимости от генеза перитонита причины летальности также значительно менялись. Наибольшее число летальных исходов было связано с полиорганной недостаточностью, либо нарастающим перитонитом и менее часто встречались остальные виды. Всего было констатировано 90 летальных исходов, что в целом составило 13.7%.

Надо отметить, что к ближайшим перспективам исследований при ОРП мы относим:

1. Профилактика и лечение полиорганной недостаточности и в этом плане у нас продолжается исследование по патогенезу перитонита и разработка методов лечения данного состояния.

2. Разработка методов регуляции фаз воспалительного процесса брюшной полости. При этом активно используют возможности перитонеальных и эндоваскулярных воздействий на фазы воспалительного процесса.

Литература

- 1.Бытка П.Ф., Хотиян В. Ф., Гладун Е. В. Лечение послеоперационного перитонита /1997. С. 63-65
- 2.Брюсов П.Г., Ефименко Н.А. Послеоперационный перитонит актуальная проблема абдоминальной хирургии. /Военно-медицинский журнал, №9. 1998 . С.25-29
- 3.Буянов В.М., Родоман Г. В., Лаберко Л. А. Хирургический перитонит, от единой классификации — к единой тактике лечения./Российский медицинский журнал № 4. 1998. С.3-10
- 4.Власов А.П. О патогенезе несостоятельности швов межкишечного анастомоза при перитоните. /Клиническая хирургия.

1998. С.19-21

5. Каримов Ш.И., Бабаджанов Б.Д. Лечение и диагностика острого перитонита. Ташкент. 1994. С. 390.

6. Комаров Н.В., Бушуев В.В., Маслагин А.С. Применение лапароскопии и дренирования при лечении перитонита. /Вестник хирургии им. И.И.Грекова. Том 157. №3. 1998. С.58-60

7. Матвеев Д.В., Кауфман О.Я., Мишнев О.Д., Ракша А. П.,

Щеголев А. И. О классификации стадий полиорганной недостаточности при разлитом перитоните /Анналы хирургии, №3, 1996. С.29-32

8. Савельев В.С., Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р., Подачин П. В., Бурневич С. З., Гиткович В. Е., Гайнулин Ш. М. Программируемый перитонеальный лаваж в лечении распространенного перитонита. /Анналы хирургии, № 2, 1996. С.25-29

Н.М.Курбанов,
М.Ш.Хамидов,
К.Т.Худойбердиев,
Б.С.Мамажонов,
Н.Т.Ботиров.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА.

Андижанский Государственный медицинский институт.

Н.М.Курбанов, К.Т.Худойбердиев, М.Ш.Хамидов, Б.С.Мамажонов, Н.Т.Ботиров.

Умуртқа поғонаси бел қисмининг остеохондрозини жарроҳлик йўли билан даволашда орган сақлаб қолувчи операциялар

Бел остеохондрозини клиник кўринишларининг таҳлилларига асосланиб, муаллифлар 120 беморда янги жарроҳлик услубини татбиқ этишди. Бу услуб орқа таянч комплексининг эконом резекциясини ўз ичига олиб, умуртқа канали ҳамда орқа мия илдизча каналига бир лахзалик киришни амалга оширишдан иборат. Аъло ва яхши натижалар 98 (81,8%) беморда кўзатилди.

Analysing clinical manifestations of lumbar osteochondrosis of the spine the authors of this article used new method of surgical treatment of patients with hernia of intruder tabular disks. It includes economic resection of the back operative complex and realisation of single access to the spinal channel and to the spinal cord root channel. The excellent and good results were at 98 (81,8%)patients.

В настоящее время с улучшением оснащенности и техники оперативного лечения грыж межпозвонковых дисков при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника наметилась тенденция к более экономной резекции заднего опорного комплекса позвоночника [1,2,3]. В 1977 году Каспар предложил микрохирургическую методику оперативного лечения поясничного остеохондроза [4]. Однако, она требует использования специального оборудования и обучения медперсонала.

При встрече с больным, страдающим патологией межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника, перед ортопедами и нейрохирургами, прежде всего, встает основной вопрос о показаниях к оперативному лечению или к консервативной терапии. Вопрос этот достаточно сложен и как показывают данные литературы различными специалистами решается неоднозначно. На фоне доминирующей тенденции к расширению показаний к оперативным вмешательствам некоторые авторы [5] являются сторонниками длительной, многоэтапной консервативной терапии.

В данной статье мы представляем опыт хирургического лечения грыж межпозвонковых дисков в модификации нашей клиники. Данный подход малоинвазивен, и позволяет улучшить результаты хирургического лечения, сократить число послеоперационных осложнений и сроки стационарного лечения.

Материал и методы:

В нейрохирургическом отделении клиник Анд Гос-МИ являющемся базой кафедры травматологии, ортопедии, ВПХ и нейрохирургии с 1989-по 2000 г.г. хирургическому лечению по поводу грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника подвергнуто 120 больных. Из них мужчин-71, женщин-49. По возрастным группам пациенты распределялись следующим образом: 20-30 лет-24 больных, 30-40 лет-64 больных, 40-50 лет-32 больных. По длительности заболевания : до 5 лет-52 больных, 5-10 лет-48 , свыше 10 лет-20 больных. У подавляющего числа пациентов длительность последнего обострения составляла свыше 3-4 месяца и консерватив-

ная терапия была неэффективной.

До операции больные обследовались по стандартной клинической методике: детальное выяснение жалоб, уточнение анамнеза и динамики заболевания, ортопедо-неврологическое обследование, обзорная спондилография в стандартных проекциях, компьютерная томография и магнитно-резонансная томография.

Поражение диска на уровне сегмента L₃-L₄ имело место у трех больных, сегмента L₄-L₅ у 53, сегмента L₅-L₁ у 60 больных. В 7 случаях было выявлено полисегментарное поражение (на двух и более уровнях). Распределение грыж по поперечнику позвоночного канала было следующим: срединные 9, парамедиальные 48, задне-боковые 63. Локализация грыж под задней продольной связкой отмечена у 83 больных, транслигаментарное расположение у 25, секвестрация со смещением свободных фрагментов диска по длиннику позвоночного канала у 12 больных.

Методика операции модифицированной дискэктомии заключается в следующем: осуществляется доступ к остистым отросткам и дужкам пораженных позвонков. Производится резекция дужки и иссекается желтая связка. Специальным инструментом производится резекция внутреннего края суставного отростка нижнего позвонка и часть её дужки, т.е. осуществляется одномоментный доступ к позвоночному каналу и каналу спинно-мозгового корешка. Хирург из этого экономного доступа осуществляет контроль межпозвонкового диска, а также спинно-мозгового корешка на протяжении до входа в межпозвонковое отверстие. Таким образом, достигается полная декомпрессия дурального мешка и спинномозгового корешка путем дискэктомии и фораминомии. Одним из важных моментов этой методики является то, что исключается ущемление отечного спинно-мозгового корешка в межпозвонковом отверстии в послеоперационном периоде, что не предусмотрено другими известными методами дискэктомии.

В ближайшем послеоперационном периоде (до 10 суток) всем больным проводилась медикаментозная, сосудистая и противовоспалительная терапия, профи-

лактическая антибактериальная терапия, УВЧ на операционную рану. Постельный режим у подавляющего числа больных составлял 3 дня. В дальнейшем больные соблюдали ортопедический режим в течении 3^х месяцев с получением реабилитационного медикаментозного лечения. В среднем срок пребывания больных в стационаре составил 8,2-койко-дня.

Результаты и их обсуждение

Изучая результаты выполненных нами 120 оперативных вмешательств, мы констатировали малое количество интра- и послеоперационных осложнений. Только в 8 случаях во время операции мы столкнулись со значительным кровотечением из варикозно-расширенных эпидуральных вен. Последнее ликвидировалось электрокоагуляцией и тампонадой гемостатической губкой. Повреждения твердой мозговой оболочки, спинномозговых нервов, о которых пишут другие авторы [5, 6], мы не наблюдали. В ближайшем послеоперационном периоде нами не отмечены гнойно-воспалительные осложнения со стороны операционной раны.

Оценка результатов хирургических вмешательств производилась нами на основании критериев, учитывающих регресс болевого синдрома и восстановление трудоспособности.

Отличные и хорошие результаты отмечены у 98 (81,8 %) больных. Эта группа лиц при контрольных осмотрах (спустя 6-12 месяцев после операции) отмечала боли нерезкие, эпизодические в поясничной области или радикулярного характера. Все эти больные сохранили трудоспособность, правда с определенными ограничениями физических нагрузок.

У 20 больных (16,6 %) результат оценен как удовлетворительный. В этой группе пациентов боли в поясничной области и радикулярного характера беспокоили достаточно часто, но по интенсивности были значительно слабее, чем до операции. Больные были вынуждены или вообще оставить работу или перейти на легкий труд.

В 2 случаях (1,6 %) в послеоперационном периоде отмечено постепенное нарастание неврологических расстройств, что указывало на прогрессирующее нарушение функции соответствующего корешка, по нашему мнению, могло быть результатом развивающейся сосудистой патологии. У этих больных результат оперативного лечения рассматривался как неудовлетворительный.

Опыт работы нашей клиники позволяет высказать по данному вопросу следующие суждения.

Выбор метода лечения должен основываться на точной диагностике с учетом данных МРТ и КТ исследований, сопоставляемых с анамнестическими и объективными клиническими данными.

Невыполнение этого условия при последующей консервативной терапии может привести (особенно при проведении мануальных приемов) к увеличению протрузии диска, переводу его в пролапс с перфорацией задней продольной связки, а в ряде случаев и к секвестрации грыжи. В этих случаях консервативная

терапия малоэффективна, а отсрочка операции ведет к прогрессированию эпидурита, развитию варикоэпидуральных вен, затрудняет в дальнейшем выполнение вмешательства, делает проблематичным регресс симптоматики в послеоперационном периоде. Незначительные протрузии (сублигаментарные) дисков у пациентов с коротким анамнезом заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом при отсутствии неврологического дефицита, в ряде случаев поддаются комплексной консервативной терапии (включая стационарное и санаторно-курортное лечение) с достаточно длительными ремиссиями и почти полным регрессом болевого синдрома. Однако такое улучшение состояния вовсе не означает полное выздоровление. Любые неблагоприятные воздействия (подъем тяжестей, падение, резкое движение), как правило приводят к увеличению протрузии, обострению заболевания, значительному нарастанию показаний к оперативному вмешательству.

Абсолютным показанием к операции мы считаем наличие грыжи диска значительных размеров, грубо деформирующий позвоночный канал и клинически проявляющийся выраженным болевым синдромом, нарушениями в рефлекторной сфере, и особенно признаками начинающихся расстройств функций тазовых органов.

Считаем целесообразным подчеркнуть, что эффективность хирургического лечения остеохондроза зависит от таких факторов, как давность заболевания, выраженность не только механического, но и воспалительного и сосудистого компонентов патологического процесса в дооперационном периоде.

Как показывает наш опыт, на особенности и объем операции влияет не только локализация грыжи, но и, главным образом, размеры межламинарного отверстия, суставных отростков, выраженность спаянного процесса (эпидурита) и состояние эпидуральных вен. Мы считаем, что объем операции во всех случаях должен быть адекватным поставленной цели и вести не только к удалению грыжи диска, но и к ликвидации стеноза позвоночного канала, выполнению менингорадикулолиза.

Литература

1. Н.М.Курбанов, Б.М.Исаков, А.А.Махмудов. Оперативное лечение грыж межпозвоночного диска. //Мед. журн. Узбекистана// -1990.-№ 3.- с 27-28.
2. Н.М.Курбанов, Н.Т.Ботиров, К.Т.Худойбердиев. Дифференциальная диагностика клинических проявлений поясничного остеохондроза и стеноза поясничного отдела позвоночника.// Мед.журн. Узбекистана//.- 2000.- № 4. -с 39-40.
3. Перфильев Ю.Ф., Сабуренко, З.С.Кариева. Диагностические возможности компьютерной томографии в вертебродологии. // Журн. Теор. и клин. мед.//.- 2000.- № 3.- с 145-147.
4. Caspar W// Advancas in Neurosurgery - 1977- vol. 4.- p. 74-77.
5. Продан А.И. Радченко В.А. Титов Ю.Д. //Ортопед.травматол.//.-1996.-№ 4-с.5-8.
6. Радченко В.А. Оптимизация хирургической тактики и техники операций при дистрофических заболеваниях поясничного отдела позвоночника. Автореф.дисс.докт.мед.наук. - Харьков.-1996-44с.

А.М.Мехманов,
С.У.Джумабаев,
Э.С.Джумабаев

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА В ХИРУРГИИ РЕЦИДИВНЫХ И ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ
Андижанский Государственный медицинский институт

А. Мехманов, С.У. Джумабаев, Э.С. Джумабаев
"Ваготомиядан сўнги 12-бармокли ичакнинг қайталанувчи ва анастомознинг пептик яраларини ошқозон резекци-
яси усули билан даволаш"

Мақолада ваготомиядан сўнги 12-бармокли ичак яра касаллелининг қайталанганини ва анастомозда ҳосил бўлган пептик яраларни ошқозон резекцияси усули билан такрорий операция қилиш натижалари келтирилган. Хаммаси бўлиб 104 бемор операция қилинган. Шулардан Бильрот -I усули билан 46,2%ни, Бильрот-II усули билан операция қилинган беморлар сони эса 53,7%ни. Танланган асосий усул сифатида ошқозоннинг 1/2 қисмини кичик эгриликни юқори қисми билан биргаликда резекция қилиш усули қўлланилган. Бу усул билан 81,1% беморлар ташрих қилинган. Беморларнинг 66,4%ини қайталанувчи ва пептик яраларнинг асоратланган турлари бўлган беморлар, 18%ини аралаш (сочетание) яралари бўлган беморлар ва қолган 16% консерватив даволаш усули натижа бермаганлиги операцияга кўрсатма бўлган беморлар ташкил этган. Умумий леталлик 4,8%ни ташкил қилган. Шундан 3,8%-ни Бильрот-II операциясидан кейин кузатилган.

Даволаш натижаларининг таҳлили юқорида кўрсатилган усулга курсатмаларни кенгайтириш ҳамда 12 бармокли ичакнинг ваготомиядан сўнг қайталанувчи ва анастомознинг пептик яраларида улурнинг асоратланган формаларини кутмай, актив хирургик усулни қўллаш мақсадга мувофиқ эканлигини кўрсатади.

А.М.Мехманов, С.У.Джумабаев, Э.С.Джумабаев
Resection of stomash in surjery of recidivation and peptic ulcer of anastomose after vagotomy.

The description of experience: The execution of repeated operations of recidivating and peptic ulcers of anastomose after vagotomy. 104 patients were operated on the subject of resection of stomash: by the way of Billroth-1 - 46,2%, by the way of Billroth-2 - 53,8%. The main variant of operatin was the resection of 1/2 (half part) of stomach with a high section of small curvatur, i.l the economical resection of stomach of selective stomach vagotomy, which was made for 81,7% of patients. The results of operations: 64% of patients had complicated forms of recidivation of peptic ulcers, 18% had the combination of ulcer of stomach or peptic ulcer of anastomose and recidivation ulcer of duodenu. The rest of patients (16%) were operaafter repeated useless conservative therapy by the modern H-2 - blochators. The death rate on the whole was 4,8%, in the main after resection by the way of B-P (3,8%). The analysis of the peculiarities of surgical interfearence is carring out with recidivating and peptic ulcers of anastoosse connected with localiztion of ulcer by operations which anastomose the stomach and by the variant of vagotoy in the conditions of the strong lesion process, which is connected with denervation and devascularization of organ - stoach and prophylactic of possible coplications.

Анализ отдаленных результатов различных спосо-
бов ваготомии с органосохраняющими операциями
на желудке или в изолированном виде, в частности,
селективной проксимальной ваготомии (СПВ), наи-
более популярной и патогенетически обоснованной в
плане хирургического лечения язвенной болезни двена-
дцатиперстной кишки и ее осложнений, показало,
что около 15% оперированных больных в отдаленном
периоде страдают рецидивом язвенной болезни или
пептической язвой анастомоза [1,2,4,6,12,13,15,17,
19,20].

Если учесть, что пептическая язва анастомоза или
тощей кишки является сложной патологией, развива-
ющейся у больного после операции на желудке, чаще
всего по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной
кишки, хирургу не так редко приходится иметь дело с
этим контингентом тяжелых больных.

Материал и методы.

За последние 20 лет в клинике Андижанского ме-
дицинского института различные варианты вагото-
мии выполнены 705 больным по поводу язвенной
болезни двенадцатиперстной кишки и ее осложнений
(табл.1). Из них у 87 (12,7%) в различные сроки после
операции имели место рецидив язвенной болезни
(РЯ) двенадцатиперстной кишки или пептическая
язва (ПЯ) анастомоза. Кроме того, нами обследовано

и повторно оперировано 33 больных, ранее перенес-
ших операции на желудке в других больницах Фер-
ганской долины.

Из 120 больных РЯ двенадцатиперстной кишки и
ПЯ анастомоза у 35 пациентов обнаружены в течение
первого года после операции. Среди этих больных у
10 «светлого» промежутка после операции не было,
т.е. имела место незажившая язва двенадцатиперст-
ной кишки.

У 57 - в течение двух лет, а у остальных 28 паци-
ентов в течение трех лет и более после первой опера-
ции на желудке он имел место.

Соответственно разработанной нами классифика-
ции (7), больные с РЯ двенадцатиперстной кишки и
ПЯ анастомоза после ваготомии распределялись сле-
дующим образом:

1. Рецидивная язва двенадцатиперстной кишки -
у 40 больных.
2. Пептическая язва анастомоза - у 31.
3. Сочетанная язва желудка или пептическая язва
анастомоза и рецидивная язва двенадцатиперстной
кишки - у 29.
4. Незаживающая язва двенадцатиперстной киш-
ки - у 10 больных.

По клиническому течению:
1. Хроническая рецидивирующая форма 15 (12,5%).

Таблица 1

Вид ваготомии и дренирующих желудок операций

Вид ваготомии	Всего больных	Д	
		ГДА	
ТВ с дрен.желудок опер.	105	15	
СПВ с дрен.желудок опер.	360	210	
СПВ в изолиров.виде	250	-	
ВСЕГО	705	225	

Таблица 2

Характер осложнений рецидивных и пептических язв

Характер осложнений	Количество больных
Перфорация пептической язвы	5 (4,4 %)
Пенетрация	30 (25 %)
Сужение ГДА и стеноз привратника	11 (9,7 %)
Кровотечение	21 (17,5%)
Желудочно-ободочный фист (преф)	3 (2,6 %)
Всего	70

Примечание: у 39 больных обнаружены сочетания 2-х и более осложнений (из них у 5 обнаружены гигантские язвы желудка)

2. Хроническая непрерывно-текущая форма - у 35 (29,1%).

3. Осложненные формы РЯ двенадцатиперстной кишки и ПЯ анастомоза - у 70 (59,4%) больных.

Следует отметить, что у 39 больных имело место сочетание 2-х и более осложнений. Количество больных и характер осложнений представлены в таб. 2.

Полученные результаты и их обсуждение.

Установлено, что РЯ двенадцатиперстной кишки и ПЯ анастомоза после ваготомии часто плохо поддаются консервативному лечению и склонны к осложнениям [1,2,4-6,9,10,13,20]. В отличие от рецидива язвы после резекции желудка органические осложнения ваготомии лучше поддаются хирургической коррекции [14]. Однако, проведенная консервативная терапия, включая санаторно-курортное лечение, позволяет улучшить состояние больного, купировать обострения и таким образом благоприятствует проведению повторных операций на желудке. Указанный подход считаем неотъемлемым звеном в системе подготовки больных к сложному повторному хирургическому лечению.

Показаниями к повторному хирургическому лечению больных с РЯ двенадцатиперстной кишки и ПЯ анастомоза у наших пациентов были следующие:

1. Малоэффективность неоднократно проведенной консервативной терапии в условиях стационара с последующим санаторно-курортным лечением в течение 3-4 лет и более с неосложненными РЯ двенадцатиперстной кишки.

2. Хроническая непрерывно-текущая форма РЯ двенадцатиперстной кишки и ПЯ анастомоза с выраженным болевым синдромом после 3-4 кратной малоэффективной консервативной терапии современными противоязвенными средствами включающими Н-блокаторы в условиях стационара (10 человек).

3. Сочетанные язвы желудка или пептическая язва анастомоза и рецидивная язва двенадцатиперстной кишки (19 человек).

4. Осложненные формы РЯ двенадцатиперстной кишки и ПЯ анастомоза (69 больных).

Из всех больных с РЯ двенадцатиперстной кишки и ПЯ анастомоза после ваготомии, по вышеизложенным показаниям повторно оперированы 104

(86,1%) больных. Остальные 15 пациентов воздержались от операции, изъявив желание продолжать консервативное лечение. В основном это больные с неосложненным течением РЯ двенадцатиперстной кишки (14 больных).

Для хирургического лечения РЯ двенадцатиперстной кишки и ПЯ анастомоза в литературе предложен целый ряд корригирующих паллиативных операций, начиная с иссечения язвы, кончая иссечением язвы с анастомозом и наложением другого желудочно-кишечного соустья [2,4,9,12,14]. Мы не являемся сторонниками подобного подхода и выполняем эти операции в исключительных случаях.

Выбор способа повторного хирургического лечения больных с РЯ двенадцатиперстной кишки и ПЯ анастомоза представляет порою значительные трудности для хирурга.

Основными факторами, определяющими виды повторных вмешательств, наряду с качеством и вариантом ваготомии [2,4,5,6,20,12,13] являются локализация и вид язвы, вариант дренирующих желудок операций и анатомо-морфологические изменения в пилорoduodenальной области, связанные с язвенным процессом и дренирующими желудок операциями:

1. Повторные операции по поводу рецидивных язв двенадцатиперстной кишки и сочетанных язв желудка, а также РЯ двенадцатиперстной кишки после СПВ в изолированном виде. Известно, что повторные операции по поводу РЯ двенадцатиперстной кишки и ПЯ анастомоза после ваготомии производятся в условиях, резко измененных топографо-анатомических соотношений органов брюшной полости. Эти изменения нередко сопровождаются тяжелыми патофизиологическими нарушениями в организме больного, в результате предыдущих операций и вновь развившихся тяжелых патологических процессов в желудке, двенадцатиперстной и тощей кишке, передней брюшной стенке и других соседних органах. Эти операции отличаются большой сложностью и вариабельностью, требуют от хирурга, проводящего повторную операцию, большого опыта, безупречного владения методикой и техникой выполнения сложных вмешательств [12,18,20].

Наряду с другими факторами, определяющими вариант повторных вмешательств, при рецидивных язвах двенадцатиперстной кишки после СПВ, имеется ряд причин. Основной причиной возобновления язвенной болезни после СПВ является неполная и неадекватно выполненная ваготомия [2,1,4,5,6,12]. В таких ситуациях оптимальным вариантом повторной операции было бы реваготомия с дренирующей желудок операцией. Однако, практика показывает, что не всегда удается уточнить качество перенесенной ваготомии с одной стороны, а с другой произвести реваготомию не всегда возможно в условиях выраженного спаечного процесса, который всегда наблюдается после СПВ, как компенсаторная реакция органа на денервацию и диваскуляризацию (7).

В связи с этим у больных с рецидивными язвами двенадцатиперстной кишки и сочетанными язвами желудка и рецидивной язвой двенадцатиперстной кишки (59) после СПВ выполняем экономную резекцию 1/2 желудка с высоким иссечением малой

кривизны желудка, которая является одним из вариантов селективной желудочной ваготомии [3,10].

Основной особенностью повторных операций после СПВ является выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости. Рубцово-спаечный процесс особенно выражен в области тела и кардии желудка, т.е. там где при выполнении СПВ была произведена денервация и деваскуляризация органа. Печень как «панцырь» прикрывает тело и кардию желудка. Поэтому выделение органа из сращений всегда начинаем от дистальной части желудка. Затем мобилизуем желудок по большой и малой кривизне с перерезкой нисходящей ветви левой желудочковой артерии. По большой кривизне желудок всегда мобилизуем до стыка желудочно-сальниковых артерий. Затем по намеченной линии резекции накладываем гемостатические швы кетгутом (№ 3-4) через все слои стенки желудка, оставляя отверстия диаметром примерно до 3 см со стороны большой кривизны. После этого пересекаем желудок с иссечением малой кривизны 1,5-2 см ниже пищеводно-желудочного перехода. При этом мы не пользуемся желудочными жомами, которые нарушают кровоснабжение в области анастомоза. Пересечение желудка позволяет визуально выделить от сращений пилородуоденальный отдел желудка и двенадцатиперстную кишку по обеим кривизнам, переднюю и заднюю её стенки, предупреждая повреждения элементов гепатодуоденальной связи.

Особенные трудности возникают во время резекции желудка при сочетанных язвах желудка и РЯ двенадцатиперстной кишки после СПВ, когда язвенный инфильтрат переходит в верхнюю часть малой кривизны желудка, вплоть до пищевода. Последнее обстоятельство затрудняет перевязку левой желудочковой артерии и формирование малой кривизны культи желудка. В подобных случаях малая кривизна культи желудка формировалась открытым методом - отдельными швами через все слои с последующим наложением ряда серо-серозных швов. Во всех случаях при сочетанных язвах желудка и РЯ двенадцатиперстной кишки производилась лестничная резекция желудка по вышеизложенной методике, с границей резекции по большой кривизне на уровне стыка желудочно-сальниковых артерий. Таких больных было 19.

Из 59 больных с РЯ двенадцатиперстной кишки, сочетанными язвами желудка и РЯ двенадцатиперстной кишки а так же вторичными язвами желудка после изолированной СПВ, у 27 операция завершалась наложением прямого гастродуоденоанастомоза. У остальных 34 больных выполнены различные варианты резекции желудка по второму способу Бильрота. Количество больных и виды повторных операций после изолированной СПВ представлены в таблице 3.

Основным фактором, определяющим варианты повторных и реконструктивных операций при ПЯ анастомоза, наряду с качеством ваготомии, локализацией язвы, является вид дренирующих желудок операций и анатомические изменения пилородуоденальной области, связанные с рубцово-язвенным процессом или заживлением язвы.

При пептической язве переднего гастроэнтероа-

Таблица 3

Виды повторных операций на желудке после СПВ

Виды резекции желудка	Число больных
1.Резекция желудка с СВ	49
В том числе: Бильрот-1	21
Финстереру	20
Ру-Ридигеру	4
Бальфур	2
Мойниген	2
2.Резекция желудка	12
В том числе: Бильрот-1	6
Финстереру	4
Ру-Ридигеру	1
Бальфур	1
	61

настомоза (ГЭА) после ваготомии (16) операцию начинаем с выделения желудка из сращений с соседними органами, особенно с печенью, затем переходим к мобилизации желудка по большой и малой кривизне до намеченного уровня резекции. Пересекаем желудок формированием малой кривизны ее культи одним из способов, т.е. открытым или по С.С.Юдину, с оставлением устья по большой кривизне.

Следующим этапом является резекция желудка вместе с анастомозом, пептической язвой и тощей кишкой, и Брауновским соустьем. Затем восстанавливаем непрерывность тощей кишки конец в конец и завершаем операцию по первому способу Бильрота (8 больных), Финстереру на короткой петле (4 больных).

Возможен и другой вариант операции: культи желудка анастомозируют с отводящей петлей пересеченной тощей кишки в виде соустья по Ру. Приводящий конец тощей кишки анастомозируем в бок отводящей на расстоянии 35-40 см от желудочно-кишечного анастомоза методом инвагинации, что устраняет рефлюкс содержимого двенадцатиперстной кишки в культи желудка [11]. Подобная операция была произведена у 4 больных.

У 7 больных с пептическими язвами ГДА по Джабулею операцию завершили по первому способу Бильрота у 7, терминолатеральным гастродуоденоанастомозом по Бильрот-1 - Габареру в модификации Л.Г.Хачиева у 2 больных [4,10] Остальным 8 больным выполнена экономная резекция 1/2 желудка с иссечением малой кривизны в модификации Финстереру (3), Ру-Ридгера с инвагинационным анастомозом - (3), Бальфура - (1), Мойнигена - (1).

Больным с рецидивными язвами двенадцатиперстной кишки после пилоропластики по Гейнеке-Микulich (8) и Финнею (2) произведена экономная резекция 1/2 желудка с иссечением малой кривизны по Бильрот - 1 (4), Финстереру - 3, Ру-Ридигеру - 1, Бальфуру -1, Мойнигену - 1.

Осложнения во время операции возникли у 10 больных (9,6%). Так, у 3 поврежден желчный пузырь (2) и общий желчный проток (1), стенка поперечной ободочной кишки - у 2, печень - у 5 больных. Возникшие осложнения устранены во время операции, все больные выздоровели.

Послеоперационные осложнения наступили у 25 (24,1%) больных. Кровотечение в просвет желудка - у 3, несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки - у 5, послеоперационный панкреатит - у 3, пневмония - у 5, анастомозит - у 2 больных, оперированных по первому способу Бильрота, нагноение послеоперационной раны у 4, ранняя спаечная непроходимость - у 1, внутрибрюшные гнойники - у 2. Умерло 5 (4,8%) больных от перитонита, развившегося на почве несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки - 2, панкреонекроза - 2 и от тромбоэмболических осложнений - 1 больной.

Заключение.

Таким образом, на основании собственного опыта и сведений из литературы можно отметить, что число больных и повторных оперативных вмешательств по поводу рецидивной язвы двенадцатиперстной кишки после ваготомии и пептических язв анастомоза, имеет тенденцию к увеличению. Длительное консервативное лечение рецидивных и пептических язв анастомоза после ваготомии нерационально, т.к. часто сопровождается возникновением осложнений, усугубляющих состояние больных и повышающие риск повторных операций.

Показаниями к операции у наблюдаемых больных были неэффективность консервативной терапии современными противоязвенными средствами в течение нескольких лет. Хроническая непрерывнотекущая форма рецидивных и пептических язв, сочетанные язвы желудка с рецидивными язвами двенадцатиперстной кишки, а так же осложненные формы ПЯ анастомоза и РЯ двенадцатиперстной кишки.

Выраженный спаечный процесс в верхнем этаже брюшной полости, особенно после СПВ, как компенсаторная реакция организма на денервацию и деваскуляризацию - желудка, нарушение топографо-анатомических взаимоотношений желудка и двенадцатиперстной кишки с соседними органами значительно затрудняет проведение повторных операций.

Выбор способа повторных операций и вид восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта после резекции должны быть строго индивидуальными в зависимости от вида, локализации язвенного процесса, проведенной ранее операции на желудке и анатомических изменений в пилорoduodenальной области

Диспансерное наблюдение за больными, перенесшими ваготомию по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, рационально проводить хирургу, с целью своевременного выявления неудовлетворительных результатов операции.

Литература

1. Алиев М.А., Кашкин К.Н., Абикулов К.А. и др. Диагностика и лечение рецидива язвы после ваготомии // Хирургия - 1988 - № 5 - с.10-13.
2. Березницкий Я.С., Кириченко В.И., Спивак В.П. и др. Диагностика и лечение постваготомических нарушений. // Хирургия - 1992, - № 2, - с.21-25.
3. Василенко В.И., Папазов Ф.К. Трубчатая резекция желудка с селективной ваготомией в лечении гастродуоденальных язв. // Хирургия - 1991, - №3, - с.48-51.
4. Вахидов В.В., Хачиев Л.Г., Хаджибаев А. Корректирующие и реконструктивные операции при постваготомических синдромах. // Хирургия - 1990, - №3, - с.73-78.
5. Джумабаев С.У., Мехманов А., Сухотерин В.Г. и др. Диагностика и лечение рецидивных и пептических язв после ваготомии. // Вестник хирургии - 1990, - №5, - с.34-38.
6. Джумабаев С.У., Мехманов А. Ангиоархитектоника и микроциркуляторное русло желудка после селективной проксимальной ваготомии. // Хирургия - 1991, - №3, - с.44-47.
7. Джумабаев С.У., Мехманов А. Рецидивные и пептические язвы анастомоза после ваготомии. // Хирургия - 1999, - № 4, - с.25-28.
8. Дуденко Г.И., Зыбин В.М. Последствия ваготомии. Киев, 1987.
9. Ибадов И.Ю., Мехманов А. Хирургическое лечение рецидивных и пептических язв после ваготомии // Вестник хирургии - 1990, - № 8, - с.47-48.
10. Ибадов И.Ю. Модификация резекции желудка по Ру-Ридигеру. // Хирургия - 1991, №3, - с.76-78.
11. Калиш Ю.И. Болезни оперированного желудка. М.-1984, - 32 с.
12. Кириченко В.И. Диагностика и хирургическое лечение рецидива язвы после ваготомии. Автореф.дисс.канд.мед.наук. Днепрпетровск, 1986.
13. Чернышев В.Н., Поляков П.В. Хирургическое лечение язвенной болезни 12 перстной кишки у больных молодого возраста / Вестник хирургии - 1992, - №4, - с.15-20.
14. Матросова Е.М., Курыгин А.А. Гройсман С.Д. Ваготомия: последствия и их механизмы. Л., - 1981.
15. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Хирургическая коррекция постваготомических синдромов при гастродуоденальных язвах. // Хирургия - 1987, - № 11, - с.19-22.
16. Нечай А.И., Курыгин А.А., Волков В.Г. В кн.: Хирургия язвенной болезни и заболеваний оперированного желудка. Ташкент. - 1982, - с.201-202.
17. Панцырев Ю.М., Гринберг А.А. Ваготомия при осложненных дуоденальных язвах. М.-1979.
18. Черноусов А.Ф., Ануфриев А.М., Корчак А.М. и др. Селективная проксимальная ваготомия язв 12 перстной кишки. // Хирургия - 1988, - №3, - с.14-19.
19. Хаджибаев А.М. Постваготомические синдромы и их хирургическая коррекция. Автореф.дисс.докт.мед.наук. - М.1989.

Н. Б. Мирзаева,
Д. Д. Курбанов

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ
ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ) СРЕДИ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ЕЁ РОЛЬ В РАЗВИТИИ
ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии МЗ РУз.

Н.Б. Мирзаева, Д.Д. Курбанов
Одам папиломаси вирусининг (ОПВ) репродуктивлик ёшидаги аёллар орасида тарқалишини баҳолаш ва бачадон бўйни дисплазиясининг ривожланишида унинг аҳамияти

Репродуктивлик ёшидаги аёлларда бачадон бўйни касалликларининг кўзга кўринарли белгилари кузатилмаганда, онкогинекологик хасталикларининг цитологик скрининг текшируви ўтказилганда ОПВ инфекциясининг цитологик белгилари билан ассоциацияланган, адекват даво чоралари ўтказилишини талаб қиладиган, симптомсиз дисплазия ва бачадон бўйнининг преинвазив раки каби касалликларнинг нисбатдан кўп учраши аниқланди (4%).

Бачадон бўйним касалликлари эндоцервикал бўлган репродуктивлик ёшдаги аёлларда бачадон бўйни дисплазиясининг ОПВ инфекциясининг цитологик белгилари билан биргаликда кузатилиши бачадон бўйнининг кўзга кўринарли хасталиклари бўлмаган аёлларда (4%) ($p=0,01$) нисбатдан анча кўп эканлиги аниқланди (13,3%).

Промискуитет гуруҳига кирган аёлларда умумий текширилган скрининг гуруҳига кирган (4%) аёлларга нисбатан ОПВ инфекциясининг кўп учраши (15,8%) аниқланди, лекин бачадо бўйнининг кўп каватли ясси эпителиysi (ҚҚЯЭ) дисплазиясининг ОПВ инфекцияси билан биргаликда кузатилиш кўрсаткичи катта ёшдаги скрининг гуруҳида промискуитет гуруҳидаги шундай курсаткичга нисбатан юқори бўлди (7,6%), бу эса ўз навбатида ОПВ инфекциясининг бачадон бўйни дисплазиясининг ривожланишига тўртти бўлувчи таъсирини амалга ошириш учун керак бўлади вақт омилини кўрсатиши мумкин.

Промискуитет гуруҳида ясси кондиламанинг бачадон бўйни кўп каватли ясси эпителиysinинг диспластик ўзгаришлари билан биргаликда кўп учраши (15,8%) ОПВ инфекциясининг бачадон бўйни ясси кондиломаси, бачадон бўйни кўп каватли ясси эпителиysi дисплазияси ва ўсма олди трансформациясидаги этиологик аҳамиятини этироф этишга имкон беради.

Современные данные молекулярной онкологии с достаточной убедительностью показали, что диспластические (предопухолевые) изменения многослойного плоского эпителия шейки матки (МПЭ) (дисплазия, плоские кондиломы шейки матки, койлоцитоз) вызываются вирусом папилломы человека (ВПЧ). Основным механизмом вирусного канцерогенеза служит включение ДНК одного из генотипов этого вируса, содержащего в себе информацию злокачественности (16,18 генотипы) в геном нормальной клетки, что может вызывать её опухолевую трансформацию и, со временем, прогрессию в про- и инвазивный рак [1,2,3].

Цель настоящего исследования изучить частоту выявления папилломовирусной инфекции (ВПЧ) среди женской популяции в условиях городской промышленной среды, а также её взаимосвязи с развитием плоских кондилом, дисплазии и преинвазивного рака шейки матки (cervical intraepithelial neoplasia - CIN).

Материалы и методы исследования.

Клинические материалы настоящего проспективного исследования представлены данными цитологического скрининга, проведенного у 1646 женщин репродуктивного возраста (средний возраст $37,4 \pm 1,2$ года), проживающих в г. Ташкенте.

Из этого числа обследованных, первую группу со-

ставили 1444 практически здоровых женщин, репродуктивного возраста, обратившихся в женские консультации города и поликлиники по разным поводам. Вторая группа представлена 202 женщинами, обратившихся в один из КВД города по поводу генитальной инфекции и имевшими факторы риска возможного инфицирования ВПЧ, а именно: раннее начало половой жизни, частая смена сексуальных партнеров, перенесенные венерические заболевания (промискуитетная группа).

Методы обследования включали: анкетирование женщин, отражавших их репродуктивный анамнез, цитологическое исследование мазков, взятых со слизистой экто-эндоцервикса, проведение простой и расширенной кольпоскопии, гистологическое исследование материалов прицельной биопсии, взятой с поверхности эктоцервикса и полученного в результате конусовидной электроэксцизии шейки матки, выполненной по различным показаниям.

Статистический анализ материала проводился с помощью методов параметрической статистики, с использованием критерия Стьюдента.

Полученные результаты и их обсуждение

Из 1444 обследованных общей популяции женщин репродуктивного возраста, у 1203 (83,3%) слизистая шейки матки визуально определялась неизменной (первая подгруппа). У этого числа женщин в

Таблица 1
Частота выявления дисплазии многослойного плоского эпителия шейки матки и цитологических признаков ВПЧ-инфекции у женщин репродуктивного возраста

Группы обследованных	Средний возраст	Отсутствие дисплазии	Дисплазия признак ВПЧ
Слизистая шейки матки не имеет видимых изменений	$32,2 \pm 1,2$	1108(92,1)	49 (4,
Фоновые заболевания шейки матки	$30,5 \pm 2,0$	195(80,9)	32 (13,
Всего:		1303(90,2)	81(5,1)

Примечание: Вскобках приводятся процентные величины

92 (7,5%) наблюдениях были выявлены цитологические признаки дисплазии разной степени выраженности, включая 7 наблюдений преинвазивного рака шейки матки. Из 92 наблюдений дисплазии, последняя сочеталась с цитологическими признаками ВПЧ-инфекции у 49 (53,2%) пациенток.

У 241 (16,7 %) из 1444 обследованных женщин общей популяции первой группы, визуально выявлены фоновые заболевания шейки матки (псевдоэрозия, эритроплакия, лейкоплакия шейки матки и др.) (вторая подгруппа). Из этого числа у 42 (17,4%) при цитологическом исследовании выявлена дисплазия и преинвазивный рак [3]. У 32 (76,2%) пациенток этой группы были выявлены цитологические признаки ВПЧ-инфекции. Причем, при кольпоскопическом исследовании этой группы у 22 (68,8%) больных выявлены плоские кондиломы влагалищной порции шейки матки.

Весь объем полученной информации в первой группе женщин, относимой к общей популяции (1444), в зависимости от характера изменений, определявшихся на видимой порции шейки матки, представлен в таблице 1.

В целом, по всей группе обследованных женщин (1444 человек) частота визуально выявляемой патологии шейки матки составила 16,79% (241 человек). В этой группе женщин частота выявления дисплазии в сочетании с признаками ВПЧ инфекции оказалась достоверно выше - 13,3% против 4,0% в группе женщин без фоновых заболеваний шейки матки. ($\chi^2=18,7$ $P=0,01$). Другими словами, патологические неопухолевые изменения МПЭ эктоцервикса (например, выраженная эктопия цилиндрического эпителия) могут способствовать развитию персистенции вирусной инфекции в этих участках.

Последнее подтверждается и данными, что частота выявления дисплазии без признаков ВПЧ-инфекции, оказалась ниже в группе женщин, не имевших фоновых заболеваний шейки матки, 3,5% против 4,1%, соответственно. Правда, статистически, различия характеризуются только тенденцией ($P > 0,05$).

Как видно из данных приводимых в таблице 1., частота выявления тяжелой дисплазии, переходящей в преинвазивный рак шейки матки, определялась достоверно, все-таки, более высокой в группе женщин имевших диспластические изменения МПЭ в сочетании с ВПЧ-инфекцией (1,6% против 0,2%. $\chi^2 = 22,8$ $P=0,01$), что может свидетельствовать о перmissive роли вирусной инфекции в прогрессии дисплазии в преинвазивную карциному, а может быть, и переходу в инвазивный рак шейки матки.

Следует отметить, что эти данные совпадают с показателями, характеризующими взаимосвязь ВПЧ-инфекции и развитием предопухолевых изменений эктоцервикса, полученными в ходе проведения скрининговых программ в многоцентровых исследованиях последнего времени [4,5].

Частота выявления папилломовирусной инфекции у женщин, относимых к промискуитетной группе изучалась по данным обследования 202 пациенток, обратившихся в один из КВД города по поводу скрытой генитальной инфекции.

Данные цитологического скрининга промискуи-

тетной группы свидетельствуют, что среди 202 обследованных цитологические признаки инфекции ВПЧ (койлоцитоз), сочетавшиеся с плоскими кондиломами шейки матки, выявлены у 32 (15,8%). Средний возраст этих женщин составил $24,1 \pm 1,8$ года. С целью сравнительного изучения распространенности ВПЧ в промискуитетной группе женщин и в группе профилактического обследования общей популяции, сопоставлены данные по частоте выявления койлоцитоза в этих двух выборках. При этом установлено, что в общей популяции женщин, из 1203 обследованных с визуально не измененной шейкой матки, койлоцитоз выявлен у 49 (4%), тогда как в промискуитетной группе у 32 (15,8%) из 202. $P=0,01$.

Вместе с тем, из 202 обследованных промискуитетной группы, дисплазия определялась только у 7 (3,4%) женщин. Из этого числа с признаками ВПЧ-инфекции у 4 (1,9%) и без признаков ВПЧ-инфекции - у 2 (0,9%), что оказалось достоверно ниже, чем частота выявления дисплазии у женщин более старшего возраста, не имевших фоновых заболеваний шейки, соответственно - у 92 (7,6%) из 1203. ($P=0,01$). Последнее может указывать на фактор времени, который требуется для реализации канцерогенного эффекта вирусной инфекции и, который должен быть достаточно продолжительным, если учесть, что средний возраст женщин промискуитетной группы был меньше - 24,1 год. Этим же можно объяснить и отсутствие случаев выявления преинвазивной карциномы шейки матки у данной группы женщин.

С целью изучения возможной связи между ВПЧ-инфекцией и патологическими изменениями МПЭ экто-эндоцервикса проанализированы виды: патологических состояний МПЭ шейки матки у 96 женщин трех обследованных подгрупп с признаками койлоцитоза, установленными путем цитологического обследования. (Табл. 2.). При выполнении настоящего раздела исследования использовалось комплексное обследование женщин, включавшее кроме цитологического исследования мазков, применение простой и расширенной кольпоскопии, завершавшейся по показаниям прицельной биопсией шейки матки.

Пораженный ВПЧ МПЭ шейки матки обычно кажется неизменным при визуальном осмотре. Иногда, при расширенной кольпоскопии можно увидеть плоские или слегка возвышающиеся кондиломы на фоне неизменной слизистой. Ввиду того, что кольпоскопически, эпителий при койлоцитозе характеризуется помутнением и сосудистой атипией, его часто расценивают как проявление *Ca in situ*, хотя кольпоскопический дифференциальный диагноз между двумя этими формами возможен, они чаще всего сочетаются между собой. Непрозрачный, белый при обработке уксусной кислотой эпителий, при *Ca in situ* обычно имеет тусклый сероватый оттенок. Атипичный сосудистый рисунок образует хорошо различимую пятнистость или мозаику в строго локализованных участках эпителия. Поражение полностью ограничено зоной трансформации.

Напротив, светлый при обработке 3% уксусной кислотой, эпителий плоских кондилом обычно блестящий, часто определяется кератоз. Отмечается разно-

Таблица 2

Виды патологических изменений многослойного плоского эпителия шейки матки у женщин с цитологическими признаками ВПЧ-инфекции

Виды патологических изменений МПЭ шейки матки	Число обследованных
Всего обследовано из них:	96
Эндоцервикоз	27
Папилломатозные кондиломы	4
Плоские кондиломы	38
Слабая дисплазия	12
Умеренная дисплазия	5
Тяжелая дисплазия	3
Преинвазивный рак шейки матки	7

образии кольпоскопических контуров от диффузной шершавой поверхности до микрососочков, извилин и борозд. Последние два изменения патогномичны для плоских кондилом. Сосудистая атипия имеет пятнистый или мозаичный вид. Удлинение коротких точечных сосудов способствует образованию глубокого капиллярного рисунка, который может иметь вертикальную или горизонтальную ориентацию. Сосудистая атипия при воздействии уксусной кислотой отчетливо видна как округлая зона плоского светлого эпителия.

Патогномичным признаком ВПЧ-инфекции являются койлоциты или “воздушные” клетки. Это клетки промежуточного или поверхностного слоя плоского эпителия с большой прозрачной отчетливо отграниченной перинуклеарной зоной. Ядро обычно округлое, темное, часто встречаются двухядерные или многоядерные клетки. Койлоцитоз может сочетаться или предвещать широкий спектр неопластических изменений шейки матки: от интраэпителиальной неоплазии шейки матки 1 степени с признаками инфекции ВПЧ, до классической карциномы in situ инвазивного рака. Поэтому обнаружение койлоцитоза в мазках должно стимулировать поиск дисплазии и рака. Важно учесть, что ко времени выявления рака шейки матки признаки инфекции ВПЧ часто могут отсутствовать.

Как видно из данных табл.2, из 96 женщин, инфицированных ВПЧ, выявленных нами во время проведения профилактического осмотра и обследования промискуитетной группы, у 69 (71,9%) выявленная ВПЧ-инфекция сочеталась с диспластическими изменениями МПЭ шейки матки, включая преинвазивный рак шейки матки, и только у 27 (28,1 %) определялось фоновое заболевание шейки матки в виде эндоцервикоза

У 58 пациенток с дисплазией шейки матки и признаками ВПЧ-инфекции, у 28 с дисплазией, но без признаков ВПЧ-инфекции и у 7 больных преинвазивным раком шейки матки, составивших первые две подгруппы обследованных, была выполнена электрохирургическая конизация шейки матки позволившая сопоставить информативность цитологических заключений относительно патологических изменений экто-эндоцервикса с данными гистологического исследования удаленного “конуса” шейки матки (табл.3).

Как видно из данных табл.3, из 58 пациенток обеих групп, у которых электрохирургическая конизация шейки матки была выполнена по поводу выраженной дисплазии и цитологических признаков ВПЧ-инфекции, установленной цитологическим методом, диагноз при морфологическом исследовании был подтвержден у 39(67,3%). Во второй группе пациенток из 28 человек, у которых дисплазия определялась без цитологических признаков вирусной инфекции, при

Сопоставление информативности цитологических и гистологические заключения, у больных диспластическими изменениями шейки матки

Таблица 3

Цитологический диагноз	Гистологический диагноз			
	Эндоцервикоз	Лейкоплакия	Папиллома	Д
Дисплазия с признаками ВПЧ (58)	17	2	18	
Дисплазия без признаков ВПЧ(28)	10	1	4	
Ca in situ (7)	-	-	-	
Всего	27	3	22	

морфологическом исследовании ткани диагноз был подтвержден у 17 (60,7%). Еще выше точность цитологического диагноза при установлении рака шейки матки, из 7 наблюдений гистологический диагноз совпал с цитологическим у 7 (100%).

При дифференцированной оценке результатов лечения больных дисплазией шейки матки (CIN) в сочетании с ВПЧ-инфекцией, установлена высокая эффективность лазерной деструкции с излечением - 92,3% и криодеструкции с излечением - 85,75%. Электрохирургическая конизация шейки матки, проводимая у больных CIN в сочетании с ВПЧ-инфекцией, в значительной степени уступает в лечебной эффективности лазерной или холодовой деструкции, так как у половины леченных больных (50,0%) к 6 месяцу наблюдения появились признаки рецидива ВПЧ-инфекции.

Выводы:

1. При проведении цитологического скрининга онкогинекологической патологии у женщин в репродуктивном периоде без видимых признаков патологии шейки матки установлена сравнительно высокая частота выявления бессимптомной дисплазии и преинвазивного рака шейки матки, ассоциирующихся с цитологическими признаками ВПЧ-инфекции (4,0%), требующих проведения адекватного лечения.

2. У женщин репродуктивного возраста с фоновыми заболеваниями шейки матки (эндоцервикоз и др.) частота выявления дисплазии в сочетании с цитологическими признаками ВПЧ-инфекции определялась достоверно выше (13,3%), чем у женщин без

видимой патологии эктоцервикса (4,0 %). ($P=0,01$).

3. У женщин, относимых к промискуитетной группе, определялась высокая частота выявления ВПЧ-инфекции (15,8%) по сравнению с общей популяцией обследованных женщин группы скрининга (4,0%), но частота развития дисплазии МПЭ в сочетании с инфекцией ВПЧ была выше в группе скрининга старшей по возрасту (7,6%), по сравнению с этим показателем в промискуитетной группе, что может указывать на фактор времени, необходимый для реализации инициирующего влияния ВПЧ-инфекции на развитие дисплазии шейки матки.

4. Высокая частота сочетания плоских кондилом с диспластическими изменениями МПЭ шейки матки (15,8%), установленная в промискуитетной группе, позволяет признать этиологическую роль ВПЧ в развитии плоских кондилом, дисплазии и опухолевой трансформации МПЭ шейки матки.

Литература:

1. Бохман Я.В. *Руководство по онкогинекологии*. - Л.: Медицина. - 1989. С. 463.
2. Blair J., Smith B.H. *Screening for genital human papilloma virus: results from an international validation*. // *Diagn. Mol. Pathol.*, 1999, 8 (1), P. - 26-31.
3. Nobbenhius M.A. *Relation of human papilloma virus status to cervical lesions and consequences for cervical cancer screening: a prospective study*. // *Lancet*, 1999, Jul 3. N354 (9172). - P. 20-25.
4. Zur Hausen H. *Papillomaviruses in anogenital region. The role of viruses in human cancer* // *Cancer Res.* - 1989 - vol. 49 - P. 4677 - 4681
5. Zur Hausen H. *Papillomaviruses as carcinomaviruses. In: Advances in viral oncology* (G. Klein Ed.). - 1989 - vol. 8 - P. 3-26

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Д.Д. Абдуллаева, С.Н. Султанов ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С МНОГОПЛОДИЕМ ПРИ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ОДНОГО ИЗ ПЛОДОВ. 102

Д.Ш.Азизова ОПТИМИЗАЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОЙ ОВАРИЭКТОМИИ 104

Х.А. Акилов, Р.Р. Кадыров, И.М. Байбеков КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ 108

Н.А.Исламова, М.Х.Каттаходжаева, А.П. Ризопулу, Т.У.Арипова, Д.Э.Ишанходжаева, Л.Е. Кейнова СОСТОЯНИЕ ИММУНОРЕАКТИВНОСТИ И СИСТЕМЫ ЕСТЕСТВЕННОЙ ЦИТОТОКСИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ 110

Т.М.Кариев, Б.Т.Бабамурадов РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕ-

ЧЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ПЛЕВРАЛЬНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЕГКИХ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ 113

Ш.И.Каримов, Б.Д. Бабаджанов, О.Р.Тешаев. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ПЕРИТОНИТОВ 115

Н.М.Курбанов, М.Ш.Хамидов, К.Т.Худойбердиев, Б.С.Мамажонов, Н.Т.Ботиров. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА. 118

Мехманов А.М., Джумабаев Э.С. РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА В ХИРУРГИИ РЕЦИДИВНЫХ И ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ВАГОТОМИИ 120

Н. Б. Мирзаева, Д. Д. Курбанов ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА (ВПЧ) СРЕДИ ЖЕНСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ЕЕ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ДИСПЛАЗИИ ШЕЙКИ МАТКИ 124