

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д.14.10.415

На правах рукописи
УДК 616.36-002.951.21-06-07-089

АКЕШОВ АЗАМАТ ЖЭЭНБЕКОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

14.01.17 – хирургия

Автореферат

диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2012

Работа выполнена на кафедре общей хирургии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации и городской клинической больницы № 1 г. Бишкек

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Мусаев Акылбек Инаятович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Ахунбаева Нелли Исаевна

доктор медицинских наук, профессор
Бейшеналиев Алымкадыр Савирдинович

Ведущая организация: Международный университет Кыргызстана

Защита диссертации состоится «03» мая 2012 года в 14⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д.14.10.415 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, г. Бишкек, ул. И. Абдраимова, 25.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. И. Абдраимова, 25).

Автореферат разослан «26» марта 2012 года

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор**

А.А. Сопуев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Эхинококкоз – довольно распространенное паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени (Б.А. Акматов, 1994; А.А. Мовчун и соавт., 1997; Ф.Г. Назыров и соавт., 2001; Р.Х. Шангареева и соавт., 2007; Р.А. Оморов и соавт., 2010; J. Hernandez, M. Hernandez, 2007;). При этой локализации, по данным многочисленных исследователей, осложненные формы наблюдаются в 48-60% случаев (нагноение, прорыв кисты в брюшную полость, плевральную полость и желчные протоки).

Возникновение осложнений существенно усугубляет состояние больных и значительно затрудняет диагностику и выполнение оперативного лечения (А.З. Магомедов и соавт., 1997; Р.М. Агаев, 2001; М.А. Хамидов, 2001; П.С. Ветшев и Г.Х. Мусаев, 2006; A. Bedirli et al., 2004), особенно при осложнении кист, расположенных в поддиафрагмальных сегментах печени (А.Т. Казакбаев и соавт., 1996; И.К. Акылбеков и соавт., 1998; Р.И. Фунлоэр, 2000; М. Айтназаров, 2008; J. Gogas et al., 2007).

Несмотря на то, что к настоящему времени предложено множество методов обеззараживания содержимого кист и способов ликвидации полости фиброзной капсулы при осложненном эхинококкозе печени процент осложнений после любого метода эхинококкэктомии остается высоким (М.Г. Кенжаев и Б.А. Акматов, 2001; М.Е. Нечитайло и соавт., 2001; А.И. Мусаев и соавт., 2004; Н.Н. Багмет и соавт., 2005; С.О. Ордабеков и Е.С. Ордабеков, 2007; А.А. Valik et al., 2009) и существенно не изменилась частота рецидива болезни.

Наиболее часто из послеоперационных осложнений имеет место нагноение остаточной полости, возникновение абсцессов в брюшной полости, формирование гнойных и желчных свищей, плеврит, что требует разработки методов, направленных на предотвращение их возникновения, на что указывают многие исследователи (А.В. Вахидов и соавт., 1991; У.Б. Очилов и А. Мирходжаев, 2000; Р.М. Ахмедов и соавт., 2002; Р.М. Агаев и соавт., 2005; Б.Р. Бабаджанов и соавт., 2005; Ш.И. Каримов и соавт., 2005; K. Becker et al., 1997; С. Azar, 2005).

До сих пор нет единого мнения у хирургов о значимости фиброзной капсулы в возникновении рецидива эхинококкоза при нагноении кист, не обоснована перицистэктомия при нагноившихся кистах печени и не представлен оптимальный метод обеззараживания плодоносных элементов эхинококка при осложненных формах эхинококкоза, не представлены меры профилактики осложнений, что и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы: Улучшить результаты оперативного лечения больных с осложненными формами эхинококкоза печени (нагноение, желчные свищи, прорыв кист в брюшную полость).

Задачи исследования.

1. Определить удельный вес осложнений при осложненных формах эхино-

коккоза печени.

2. Провести гистологическое исследование фиброзной капсулы и перикапсулярной ткани печени для определения наличия или отсутствия в них плодоносных элементов эхинококка у больных с нагноившимся эхинококкозом печени.

3. Обосновать использование озонированных растворов и бетадина при обеззараживании полости фиброзной капсулы в лечении больных с нагноившимися кистами печени.

4. Усовершенствовать методику ушивания желчных свищей и ликвидации полости фиброзной капсулы при нагноении кист и прорыве в желчные пути.

5. Разработать меры профилактики осложнений после эхинококкэктомии, выполненной по поводу осложненных форм эхинококкоза печени.

Научная новизна:

1. Обосновано использование озонированных растворов в сочетании с бетадином в обеззараживании плодоносных элементов эхинококка.

2. Впервые проведено морфологическое исследование фиброзной капсулы и перикапсулярной ткани печени при нагноившихся кистах до и после обеззараживания плодоносных элементов эхинококка озонированными растворами и раствором бетадина, доказана их эффективность.

3. Усовершенствована методика ушивания желчных свищей, ликвидации полости фиброзной капсулы в зависимости от характера осложнения эхинококкоза печени (нагноение, прорыв в желчные пути, наличие цистобилиарных свищей).

Практическая значимость полученных результатов:

Применение разработанного и обоснованного метода антипаразитарной обработки полости фиброзной капсулы обеспечивает гибель плодоносных элементов эхинококка и направлено на снижение рецидива болезни.

Учет состояния фиброзной капсулы до и после антипаразитарной обработки позволит избежать такой травматичной операции как тотальная перицистэктомия.

Разработанные и внедренные меры профилактики гнойно-воспалительных осложнений и ликвидация желчных свищей позволяют улучшить результаты оперативного лечения больных с осложненными формами эхинококкоза.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффективности за счет снижения частоты осложнений после операций, выполненных по поводу осложненных форм эхинококкоза печени.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Разработанный метод антипаразитарной обработки полости эхинококковой кисты, осложненной нагноением, озонированными растворами в сочетании

с обработкой 10% водным раствором бетадина оказывает губительное действие на плодоносные элементы эхинококка и не влияет на ткань печени.

2. Морфологические исследования показали, что при осложненных формах эхинококкоза в фиброзной капсуле до обработки лишь во внутреннем слое выявляются элементы эхинококка, но в основном погибшие, а в перикапсулярной ткани не определяются как до, так и после обеззараживания.

3. Использование усовершенствованных этапов операций (обеззараживание, ушивание желчных свищей и ликвидация полости фиброзной капсулы) позволяет улучшить результаты оперативного лечения осложненных форм эхинококкоза печени.

4. Учитывая данные гистологического исследования, тотальную перицистэктомию при нагноившемся эхинококкозе печени осуществлять не всегда целесообразно, выполнение операций с сохранением фиброзной капсулы не является высоким риском для рецидива болезни.

Личный вклад соискателя. Обследование больных до операции и в послеоперационном периоде осуществлял лично, принимал участие в операциях у 80% больных в качестве ассистента или оператора. Материал, представленный в диссертации, обработан и проанализирован лично автором.

Апробация результатов диссертации. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на конференции молодых ученых КГМА им. И.К. Ахунбаева (2006, 2007, г.Бишкек), на совместном заседании сотрудников кафедры общей хирургии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации (КГМИиПК) и кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА им. И.К.Ахунбаева и хирургов городской клинической больницы № 1 (г.Бишкек, 2011).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 9 работ, утверждены четыре рационализаторских предложения, выданные патентным отделом КГМА им.И.К.Ахунбаева (№ 9/10 от 02.03.2010; № 10/10 от 03.03.2010; №19/10 от 22.03.2010; № 57/10 от 10.12.2010).

Внедрение результатов исследования. Методика антипаразитарной обработки полости фиброзной капсулы и меры профилактики осложнений внедрены в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г.Бишкек и используются на практических занятиях и лекциях студентов IV и VI курсов КГМА им. И.К.Ахунбаева.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 116 страницах компьютерного набора на русском языке, шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14; интервал 1,5). Работа состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Диссертация иллюстрирована 10 таблицами, 26 рисунками. Библиография включает 193 источника, из них 58 работ авторов дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, представлены цель и задачи, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе «Современное состояние вопросов диагностики и лечения осложненных форм эхинококкоза печени» систематизированы и обобщены данные научной литературы по вопросам диагностики, обеззараживания и оперативным методам лечения при осложненном эхинококкозе печени. Эти данные позволили обосновать актуальность проблемы.

Во второй главе «Клиническая характеристика больных и методики исследования» дана характеристика клинического материала и описаны методы исследования. Для реализации цели и задач помимо общеклинических методов исследования (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, определение функционального состояния печени и почек) использовали и специальные методы исследования: реакцию Казони, УЗИ печени и органов брюшной полости, которое выполнялось аппаратом «Sonoace X 6 Medison», осуществляли исследование содержимого кист на наличие плодоносных элементов эхинококка, морфологическое исследование фиброзной капсулы и перикапсулярной ткани печени до и после обеззараживания полости фиброзной капсулы.

Под наблюдением находилось 118 больных, которые были оперированы по поводу осложненных форм эхинококкоза печени в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек в период с 2005 по 2010 год включительно.

Среди поступивших преобладали женщины (63,5 против 36,5%). Как женщины, так и мужчины в подавляющем числе были в наиболее трудоспособном возрасте (от 21 до 50 лет), но и до 20 лет с осложненной формой было 8 пациентов (рис.1).

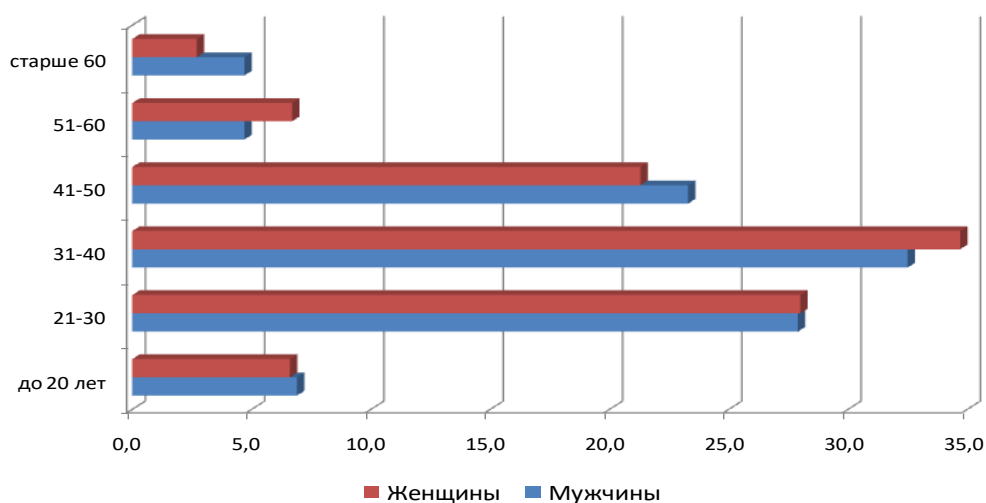


Рис.1. Распределение больных по полу и возрасту

Значительно чаще заболевание осложнялось нагноением кист (83,0%), реже прорывом в желчные пути (13,6%) и еще реже отмечен прорыв кист в брюшную полость (3,4%) (рис.2).

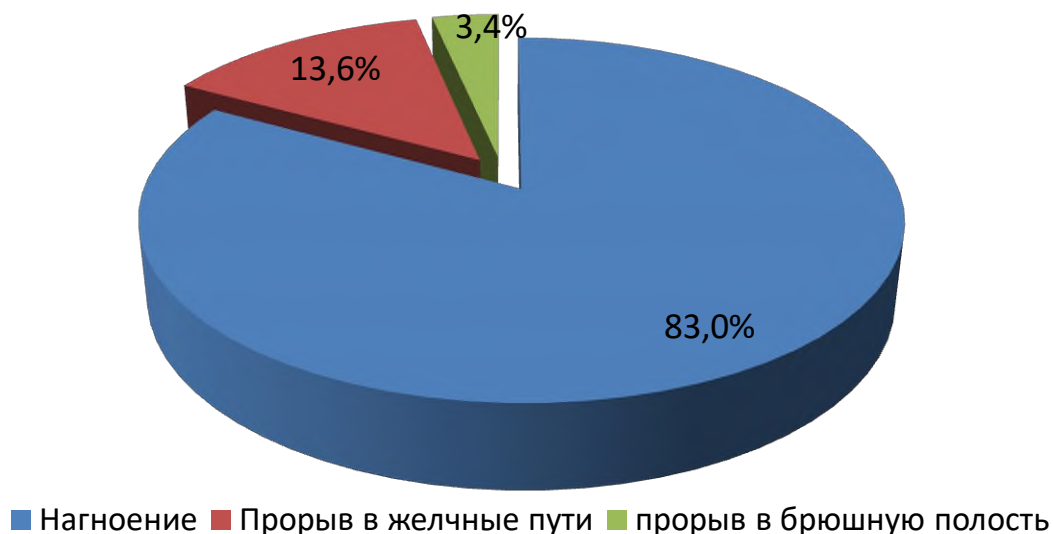


Рис.2. Характер осложнений эхинококкоза печени (в %)

Немаловажное значение имела диагностика количества кист и при этом обнаружено, что у большинства имели место одиночные кисты, но и по две кисты выявлялись довольно часто (24,6%) (рис.3).

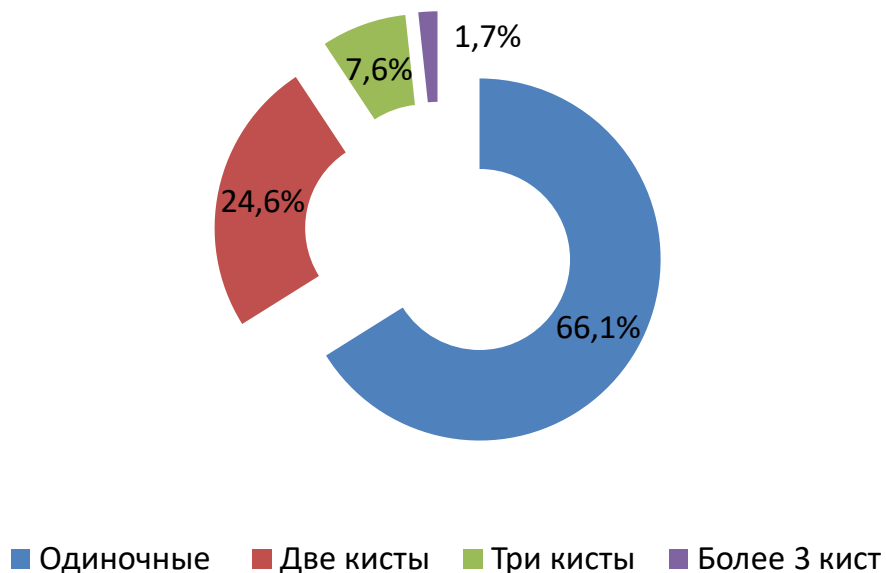


Рис.3. Распределение больных по количеству эхинококковых кист (%)

Полученные данные по результатам исследования подвергнуты обработке с определением относительных показателей.

В третьей главе «Оценка эффективности обеззараживания при использовании озонированных растворов и бетадина при нагноившемся эхинококкозе печени» даны результаты гистологического исследования фиброзной капсулы и перикапсулярной ткани до и после обеззараживания плодородных элементов эхинококка с применением озонированного физиологического раствора поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл с последующим использованием водного 10% раствора бетадина. Мы остановились на этом способе обеззараживания, так как многие исследователи отмечают высокий сколексоцидный эффект озона и кроме того озон обладает и бактерицидным эффектом, который был подтвержден Асылбашевым Р.Б.(2005), выполнившим серию исследований по определению оптимальной концентрации.

Анализируя полученные данные гистологического исследования мы выявили два варианта морфологической картины.

При первом варианте фиброзной капсулы до обработки при нагноившемся эхинококкозе не имела четких границ всех трех слоев, соединительно-тканная оболочка гомогенизирована, во внутреннем слое капсулы имеется погибший сколекс (рис. 4).

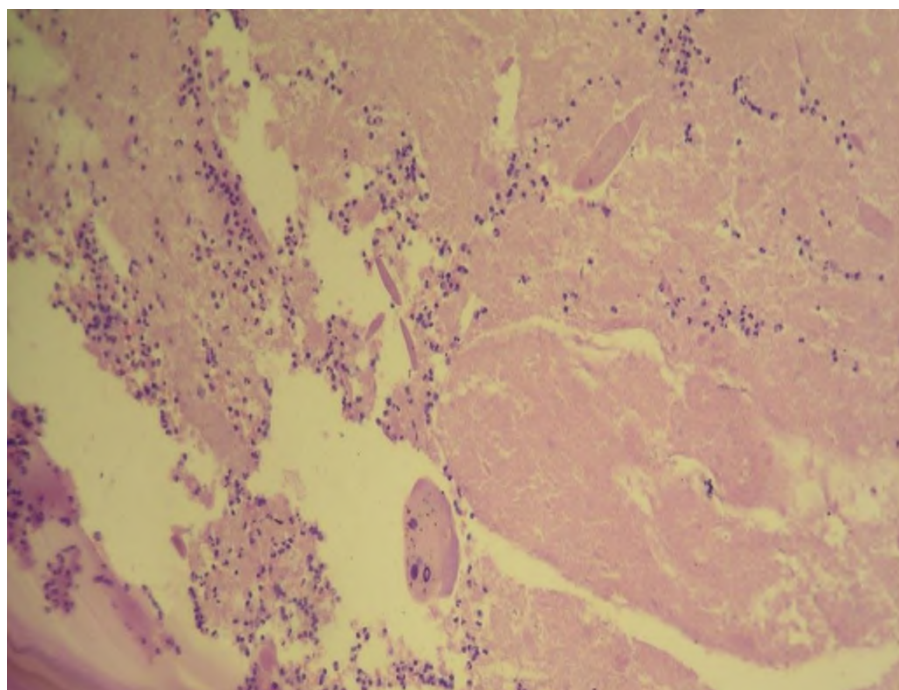


Рис.4. Микрофото фиброзной капсулы до обработки. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x100 (первый вариант).

В перикапсулярной ткани преобладал очаговый фиброз с лимфолейкоцитарной инфильтрацией с образованием лимфоидных фолликулов, дистрофия гепатоцитов, местами до некроза (рис. 5).

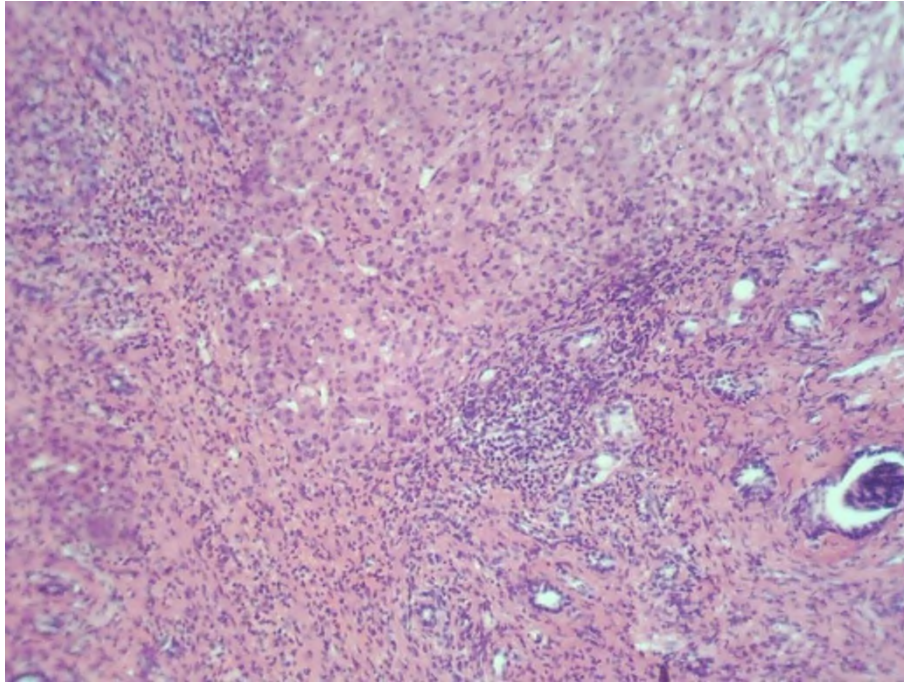


Рис.5. Микрофото перикапсулярной ткани до обработки. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x 100 (первый вариант).

При втором варианте внутренний слой соединительно-тканной оболочки с некробиозом, фрагментацией волокон, в среднем слое диффузная массивная инфильтрация лейкоцитами и эозинофилами с очагами скопления лимфоцитов (рис. 6).

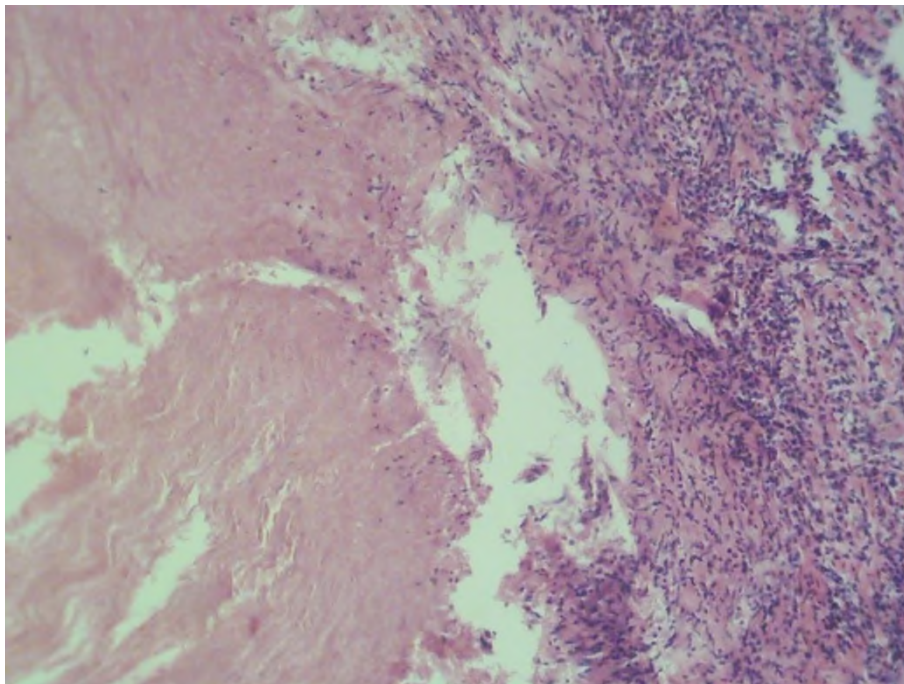


Рис.6. Микрофото фиброзной капсулы до обработки. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x100 (второй вариант морфологической картины)

В окружающей печеночной ткани обнаруживалась диффузная воспалительная инфильтрация (рис. 7).

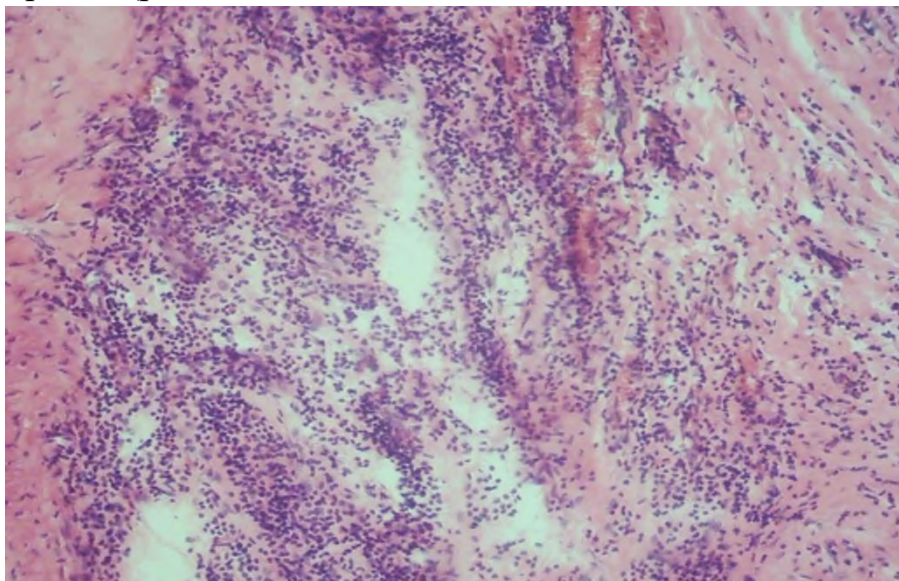


Рис.7. Микрофото перикапсулярной ткани до обработки. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x 100 (второй вариант)

Из 51 обследованных первый вариант имел место у 24, а второй – у 27. В каждой из этих групп погибшие зародышевые элементы выявлены в фиброзной капсуле, а в перикапсулярной ткани зародышевых элементов не обнаружено.

После обеззараживания озонированными растворами и бетадином при первом и втором варианте отмечалось разволокнение и уплотнение соединительной ткани в первом и втором слоях фиброзной капсулы, а в третьем дистрофические и некробиотические изменения (рис.8).

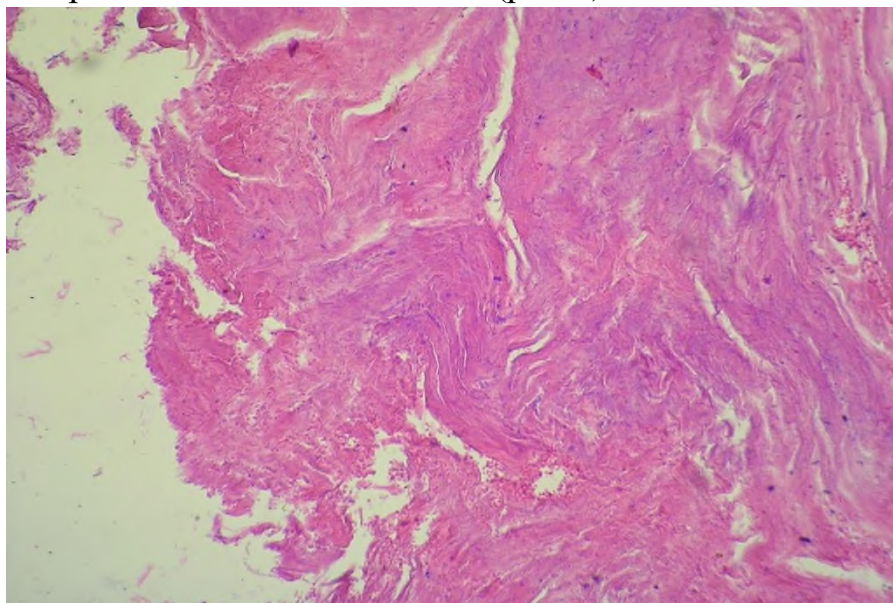


Рис.8. Микрофото фиброзной капсулы после обработки. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x 100

В перикапсулярной ткани печени после обеззараживания определялась периваскулярная и очаговая лимфогистиоцитарная инфильтрация (рис. 9).

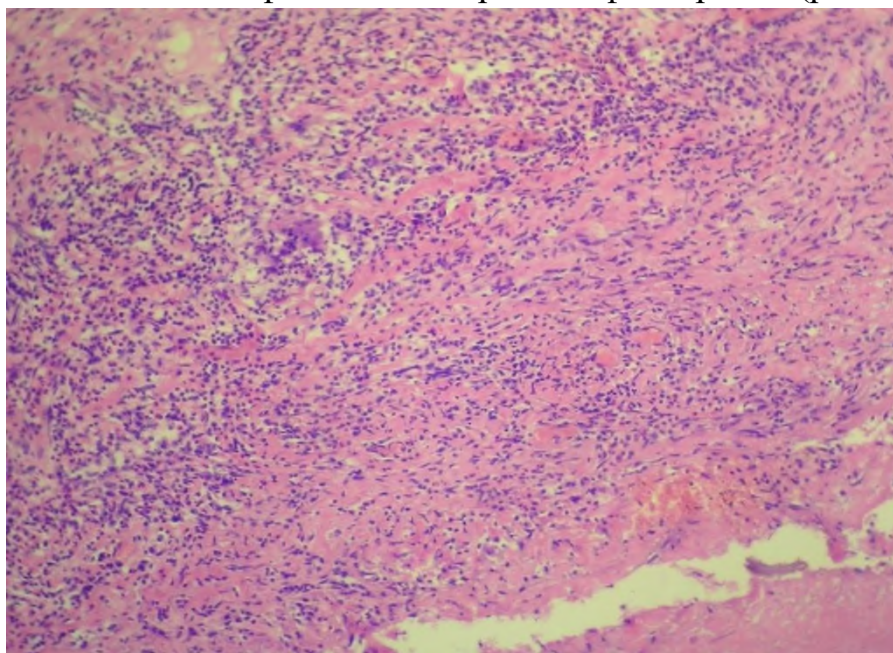


Рис.9. Микрофото перикапсулярной ткани после обработки. Окраска гематоксилин-эозином, увеличение x100

Четвертая глава «Оперативное лечение больных с нагноившимся эхинококкозом печени» посвящена оперативным методам и их результатам при осложнении эхинококкоза нагноением. Все поступившие больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Первую группу (98 чел.) составили пациенты с нагноившимся эхинококкозом печени. В их лечении наиболее часто использовали полузакрытый метод эхинококкэктомии (у 78 из 98) и очень редко закрытый – в основном при небольших и периферически расположенных кистах (табл. 1).

Таблица 1. - Методы эхинококкэктомии и частота осложнений при нагноившемся эхинококкозе.

Метод	Всего		из них возникли осложнения			Всего осложнений	
	абс.ч.	%	плеврит	нагноение ран	остаточная полость	абс.ч.	%
Закрытый	3	3,1	-	-	-	-	-
Полузакрытый	78	79,5	2	-	3	5	6,4
Открытый	14	14,3	2	2	2	6	-
Резекция печени (краевая)	3	3,1	-	-	-	-	-
	98	100,0	4	2	5	11	11,2±3,18

Открытый метод использован нами в 14 случаях, при этом мы всегда стремились уменьшить в объеме полость, а затем ее дренировать. Краевая резекция была выполнена у трех больных – это при небольших кистах и краевом их расположении. При закрытом способе осложнений в послеоперационном периоде не наблюдали, а также после краевой резекции печени течение было благоприятным, без осложнений. При полузакрытом способе осложнения были отмечены у 5 больных, что составило 5,1% - это плеврит у 2, остаточная полость у 3. При открытом методе из 14 больных, осложнения имели место у 6 (6,1%). А всего осложнения выявлены у 11 пациентов, что составило $11,2 \pm 3,18\%$.

При ликвидации полости фиброзной капсулы исходили из основных характеристик: расположение кист, их размеры и характера осложнений, но все же чаще всего выполняли капитонаж по Дельбе и частичную перицистэктомия с наложением сквозных П-образных швов, а если этим методом полость ликвидировать не удавалось, то дополняли оментопластикой с фиксированием впереди сальника микроирригатора для выполнения региональной лимфостимуляции – это являлось хорошей профилактикой остаточных полостей и возникновения гнойно – воспалительных осложнений. Инвагинацию выполняли сравнительно редко, лишь при небольших и периферически расположенных кистах, так как эта методика ведет к деформации ткани печени и желчных протоков с последующим развитием нарушений гемодинамики печени (табл. 2).

Таблица 2. - Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при нагноившемся эхинококкозе печени (n-98).

Способ	Всего	
	абс.ч.	%
Капитонаж по Дельбе	31	31,6
Инвагинация	16	16,3
Оментопластика	6	6,1
Частичная перицистэктомия + П-образные швы	20	20,4
Частичная перицистэктомия + оментопластика	8	8,2
Краевая резекция	3	3,1
Открытое дренирование	14	14,3
	98	100,0

В лечении нагноившихся кист использованы были различные методы ликвидации полости фиброзной капсулы и при этом осложнения возникли у 11 из 98, а пребывание в стационаре составило $10,8 \pm 0,71$ к/дней.

В пятой главе «Лечебная тактика при эхинококкозе печени, осложненном желчными свищами и прорывом кисты в брюшную полость» представлены методы оперативного лечения при осложнении эхинококкоза печени

прорывом кисты в желчные протоки и в свободную брюшную полость. Больных с поражением желчных путей было 16 человек. Из 16 у 2 имел место прорыв кист в холедох и у 2 в долевые протоки, а у остальных выявлены внутрипеченочные цистобилиарные свищи. Эта была тяжелая группа больных с явлениями эндотоксикоза, механической желтухой и холангитом. При прорыве кисты в холедох или долевые желчные протоки мы использовали методику, разработанную А.И.Мусаевым. Вокруг свища поверхность осушали и наносили у 2 цианокрилатный клей, а у 2 клей «Sunson» и на эту поверхность укладывали выкроенный лоскут париетальной брюшины, а затем ликвидировали полость фиброзной капсулы наиболее приемлемым способом.

Наши наблюдения за больными с прорывом кист в протоки показали, что цианокрилатный клей менее эффективен, здесь возникают трудности при фиксации лоскута париетальной брюшины, так как его можно использовать только на тщательно осушенную поверхность, чего добиться трудно, а клей «Sunson» можно наносить и на влажную поверхность. Преимущество клея «Sunson» доказано Д.У. Молдоташевым (2010), это явилось основанием для рекомендаций и использования его в более широком плане.

Нужно отметить, что в послеоперационном периоде состояние больных было тяжелым, обусловленным желтухой и холангитом, но в результате проводимой дезинтоксикационной и противовоспалительной терапии состояние больных постепенно улучшилось и ни у одного не возник рецидив свища.

У остальных больных (12 чел.) цистобилиарные желчные свищи выявлены были в момент операции. У 4 из 12 желчные свищи были ушиты наложением кисетного шва, а затем полость фиброзной капсулы ликвидирована наиболее приемлемым способом. У всех использован полужакрытый тип эхинококкэктомии, в полости оставляли микродренаж, который выводили через дополнительный разрез брюшной стенки и осуществляли активную аспирацию. Брюшную полость также дренировали. У одной больной при нагноившейся кисте после ушивания желчного свища полость фиброзной капсулы полностью ликвидировать не представилось возможным и поэтому была использована прядь большого сальника.

У 8 больных желчные свищи были ушиты по методике, в основу которой взят метод, разработанный Р.А. Хасановым (2010) для ушивания бронхиальных свищей, который оказался приемлемым в ряде случаев и для ликвидации желчного свища при эхинококкозе печени. При ушивании свищей кисетным или П-образным швом всегда есть риск повреждения сосудов и желчных путей при глубоком проколе иглой, а при поверхностном проколе иглы швы прорезаются, особенно при плотной, утолщенной стенке фиброзной капсулы и это способствует возникновению желчных свищей или кровотечения в момент операции, а после операции продолжительное желчеистечение. Учитывая эти недостатки,

мы использовали несколько иную методику (рацпредложение № 19/10 от 22.03.2010). Суть ее заключается в следующем.

При выявлении желчного свища вверху него и внизу, отступая на 2-3 мм, рассекаем капсулу параллельно, а затем под рассеченными участками атравматичной иглой нерассасывающейся нитью накладываем 1 или 2 П-образных шва и затягиваем их, а поверх них ушиваем узловыми швами рассеченные края фиброзной капсулы. Полость фиброзной капсулы ликвидируем наиболее приемлемым способом для каждого случая (у 7 капитонаж по Дельбе), а у трех в связи с большой полостью ликвидировать её не удавалось, поэтому нами полость была заполнена прядью большого сальника и при этом сальник фиксировали еще к краям рассеченного участка фиброзной капсулы вокруг свища и по краям капсулы, и в полости оставляли микродренаж для аспирации содержимого и введения антибиотиков (рис. 10).

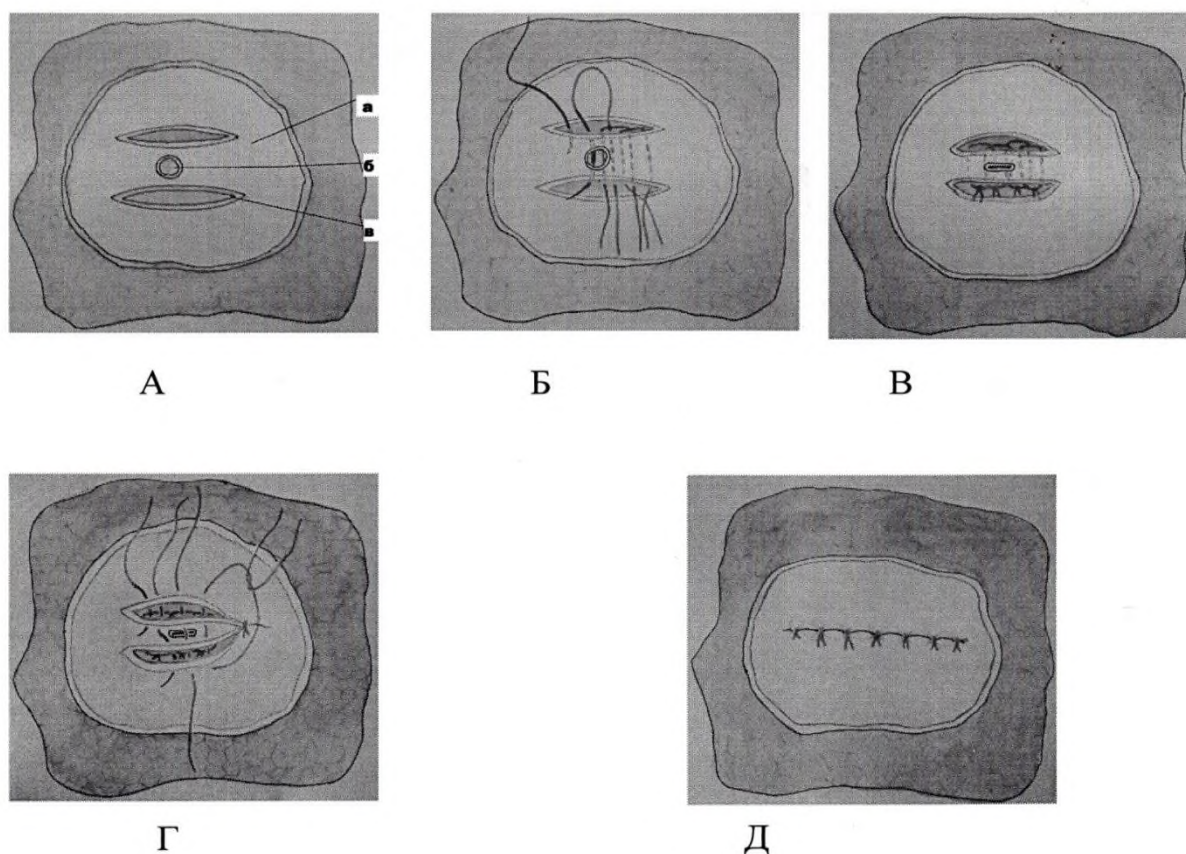


Рис. 10. Схема ушивания желчного свища

При использовании этого метода послеоперационный период протекал благоприятно, ни у одного больного не наблюдалось желчеистечения, лишь у одного имел место инфильтрат в области операционной раны, но он не связан с методикой ушивания свища.

Из 16 оперированных с эхинококкозом печени с наличием желчных свищей осложнения в ближайшие сроки после операции возникли у 3 (у 2 желче-

истечение и у 1 инфильтрат), которые были излечены, что подтверждает надежность избранной нами тактики лечения. Пребывание в стационаре в этой группе составило $12,6 \pm 0,38$ к/дней.

Анализируя наш материал по желчным свищам, мы разработали алгоритм их лечения (рис. 11).

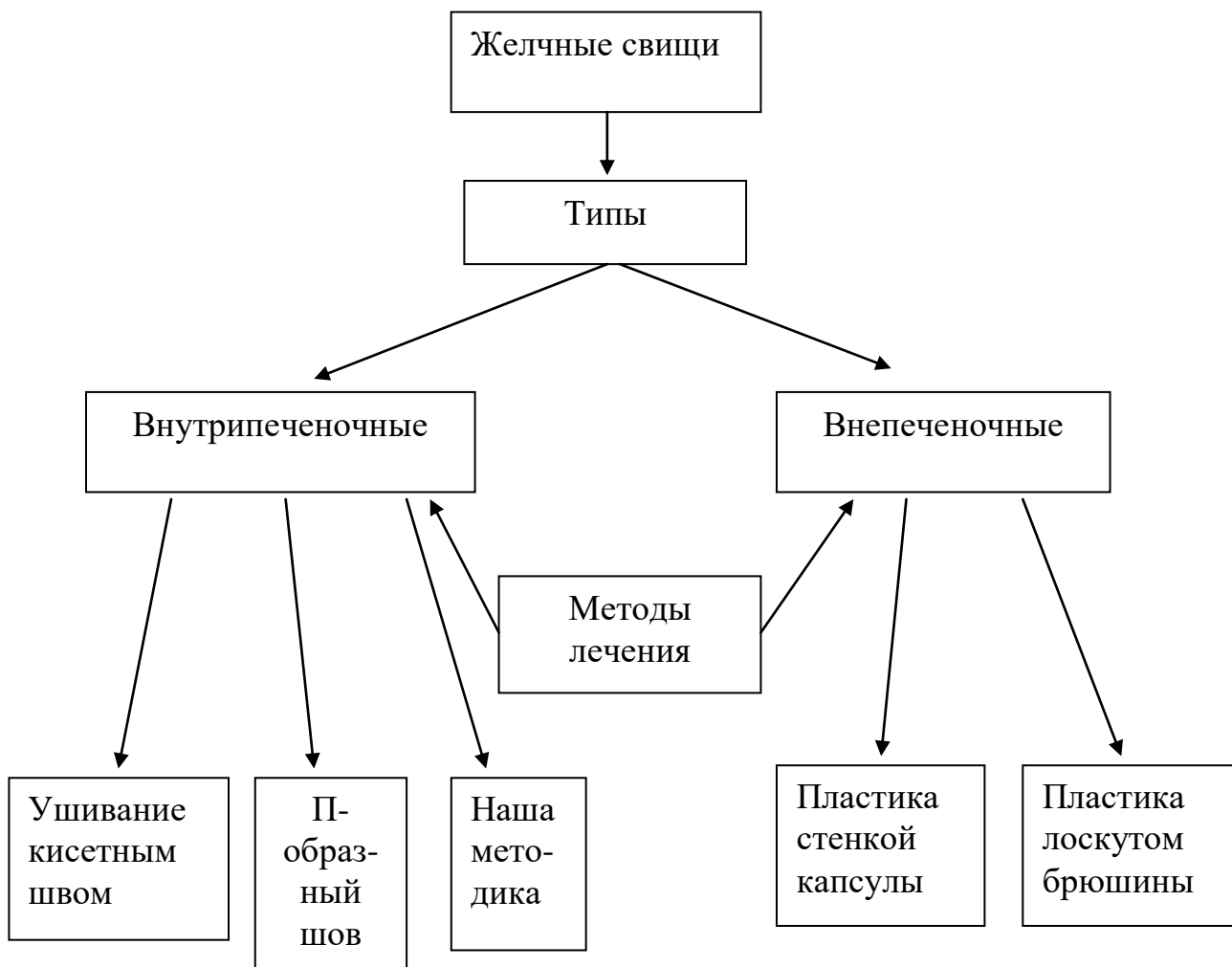


Рис.11. Алгоритм ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени

Из 118 поступивших в клинику с осложнениями эхинококкоза печени, у 4 наблюдали прорыв в свободную брюшную полость (3,4%). Все они были в возрасте от 18 до 30 лет. У 2 из них это осложнение развилось внезапно с появлением сильных болей в животе, снижением артериального давления до уровня 80/60 мм. рт. ст., частым нитевидным пульсом. После появления болей сразу же появилась уртикарная сыпь по всему телу, а у двух заболевание развивалось постепенно, боль в животе была в начале умеренной, но затем постепенно нарастала и носила в начале локальный характер, а затем разлитой по всему животу. Ни один из них о существовании эхинококкоза печени у них не знал

При поступлении у всех выявлены явления разлитого перитонита, и после объективного исследования взяты на УЗИ, при котором у всех обнаружены

объемные образования печени и, учитывая клинику, поставлен диагноз эхинококкоза печени.

Вопрос об операции решался однозначно, что больные нуждаются в оперативном лечении, но учитывая, что двое поступили с явлениями анафилактического шока, то срочно начата инфузионная терапия, включавшая десенсибилизирующие средства, гормоны, полиглюкин, комплекс витаминов и после улучшения состояния они были взяты на УЗИ, а затем на операцию.

Сущность операции заключалась в лапаротомии, ревизии органов брюшной полости. При выявлении эхинококковых кист и перфоративного отверстия, последнее расширяли, удаляли хитиновую оболочку, обеззараживание полости осуществляли многократным введением в полость озонированного раствора с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и последующей обработкой бетедином. У всех были большие кисты – от 10,0x12,5 см до 13,5x15,5 см. После обработки полости фиброзной капсулы осуществлялась тщательная ревизия на наличие желчных свищей и у одного из них был выявлен цистобилиарный желчный свищ, который был ушит по усовершенствованной нами методике, а затем полости ликвидированы полузакрытым методом: у 3 – капитонажем, а у одного выполнена частичная перицистэктомия с наложением П-образных швов, у всех остаточную полость дренировали микродренажем.

Особое внимание нами было обращено на обработку брюшной полости. Учитывая механизм действия озонированных растворов, мы после удаления жидкости из брюшной полости дважды обрабатывали озонированным раствором с экспозицией в 10 минут, затем полость осушали и повторно обрабатывали озонкислородной смесью. А в послеоперационном периоде продолжали орошать этим же раствором брюшную полость.

После операции состояние больных было тяжелым, получали противовоспалительную и детоксикационную терапию, в брюшную полость через все дренажи брюшной полости вводили по 20 мл озонированного раствора на протяжении 3-4 дней. Несмотря на проводимое нами лечение, у двух из них отмечены осложнения: у одного – плеврит, а у второго – пневмония. Осложнения были излечены до выписки из стационара. Среднее пребывание в клинике в этой группе больных составило 12 – 14 койко-дней. Нужно отметить, что перфорация кисты не всегда сопровождалась внезапными болями, это затрудняло своевременную диагностику этого осложнения.

Представляло интерес изучение отдаленных результатов в сроки от 6 мес. до 3 лет, которое выполнено у 98 из 118 оперированных(83,5%).

При обследовании в отдаленные сроки мы выделили 3 категории больных: -хорошие результаты – жалоб нет, при обследовании патологий не выявлено;

-удовлетворительные – периодически появляющиеся боли в правом подре-

берье, быструю утомляемость, но при обследовании патологий со стороны печени и органов брюшной полости не обнаружено;

-плохие – выявлен рецидив болезни.

Из 98 обследованных хороший результат отмечен у 89 (90,82%), удовлетворительный у 8 (8,16 %) и рецидив эхинококкоза у одного больного (1,02%) (Рис. 12).



Рис.12. Отдаленные результаты (в %)

В заключении обобщен весь материал и показано, что улучшение результатов лечения больных с осложненными формами эхинококкоза печени можно добиться с использованием озонированных физиологических растворов поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и последующей обработкой 10% водным раствором бетадина для обеззараживания плодоносных элементов эхинококка, тщательным ушиванием свищей и ликвидацией полости фиброзной капсулы. При осложненных формах эхинококкоза печени операцию типа тотальной перицистэктомии выполнять не целесообразно, риск возникновения рецидива эхинококкоза после органосохраняющих операций не велик.

ВЫВОДЫ

1. Среди больных с осложненными формами эхинококкоза печени нагноение кист составило 83,0%, наличие желчных свищей – 13,6% и перфорация кист в брюшную полость – 3,4%.

2. Выполненное морфологическое исследование фиброзной капсулы и перикапсулярной ткани печени показало, что при нагноившихся кистах лишь в первом слое капсулы обнаруживаются протосколексы, но погибшие, а в других слоях и в перикапсулярной ткани зародышевых элементов эхинококка не обна-

ружено.

3. Разработанный способ антипаразитарной обработки, включающий озонированные физиологические растворы поваренной соли (0,9%) с концентрацией озона 8-10 мкг/мл с последующей обработкой 10% раствором бетадина, обеспечивает глубокое проникновение применяемых растворов. Данные гистологического исследования фиброзной капсулы и перикапсулярной ткани печени до и после обеззараживания являются основанием для ограничения применения тотальной перицистэктомии при нагноившемся эхинококкозе печени, риск возникновения рецидива при оставленной фиброзной капсуле преувеличен.

4. Применение усовершенствованной методики ушивания желчных свищей с заполнением полости фиброзной капсулы прядью сальника с фиксированным микроирригатором для выполнения региональной лимфостимуляции является надежной мерой профилактики осложнений в послеоперационном периоде.

5. Использование региональной лимфостимуляции, обработка не только полости фиброзной капсулы, но и операционной раны озонированными растворами обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода у больных с осложненными формами эхинококкоза печени.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При нагноившемся эхинококкозе печени для обеззараживания полости фиброзной капсулы использовать озонированные растворы поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл с последующей обработкой 10% водным раствором бетадина.

2. При нагноении эхинококковых кист целесообразнее использовать органосохраняющие операции, они менее травматичны, но с обязательным обеззараживанием полости фиброзной капсулы озонированными растворами и раствором бетадина.

3. Тотальную перицистэктомию не следует выполнять при нагноении кист, а лучше использовать органосохраняющие операции.

4. Для профилактики рецидива эхинококкоза при перфорации кист брюшную полость дважды орошать озонированными растворами поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл с экспозицией не менее 5 минут и рекомендовать три курса приема альбендазола в послеоперационном периоде.

5. Если возникает необходимость для ликвидации полости фиброзной капсулы использовать прядь большого сальника, но нужно фиксировать в нем микроирригатор для выполнения региональной лимфостимуляции в послеоперационном периоде, что является хорошей профилактикой осложнений.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ ТРУДОВ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Профилактика рецидива эхинококкоза печени [Текст] / [А.Ж. Акешов, А.И. Мусаев, М.Б. Усубалиев и др.]. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2008. – Том XIV. – Прил.2. – С.25-26.
2. **Акешов А.Ж.** Хирургическое лечение цистобилиарных свищей при эхинококкозе печени [Текст] / А.Ж. Акешов, А.И. Мусаев, Максут уулу Э. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2008. – Том XIV. – С.26-28.
3. Химиопрофилактика рецидива эхинококкоза [Текст] / [А.Ж. Акешов, М.Г. Кенжаев, Б.С. Ниязов и др.]. // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2009. - №1. – С.18-21.
4. **Акешов А.Ж.** Оперативное лечение эхинококкоза печени, осложненного нагноением [Текст] / А.Ж. Акешов // Здравоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2009. - № 2. – С.21-22.
5. **Акешов А.Ж.** Лечение нагноившегося эхинококкоза печени [Текст] / А.Ж. Акешов // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2009. – Том XV. – С.114-115.
6. Способы ушивания желчных свищей при эхинококкозе печени и их эффективность [Текст] / [А.Ж. Акешов, А.И. Мусаев, Р.А. Хасанов и др.]. // Здравоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2010. - № 2 – С.53-54.
7. **Акешов А.Ж.** Эффективность хирургического лечения эхинококкоза печени, осложненного нагноением [Текст] / А.Ж. Акешов // Вестник хирургии Казахстана – Алматы, 2010. - № 2,(22). – С.17-18.
8. Совершенствование способов ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени [Текст] / [А.Ж. Акешов, А.И. Мусаев, М.С. Айтназаров и др.]. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2010. № 3 – С.29-31.
9. Поиск и пути решения повышения эффективности оперативного лечения эхинококкоза печени [Текст] / [А.Ж. Акешов, А.И. Мусаев, М.С. Айтназаров и др.]. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – Бишкек, 2011. – Том XVII. - Прил.3. – С.42-44.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Акешова Азамата Жээнбековича на тему: «Совершенствование диагностики и лечения осложненных форм эхинококкоза печени» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, осложнение, оперативное лечение,

обеззараживание, озонированные растворы.

Цель работы: улучшить результаты оперативного лечения больных с осложненными формами эхинококкоза печени (нагноение, желчные свищи, прорыв кист в брюшную полость).

Объект исследования: 118 больных с осложненным эхинококкозом печени.

Методы исследования: реакция Казони, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, морфологическое исследование фиброзной капсулы и перикапсулярной ткани до и после обеззараживания плодоносных элементов эхинококка.

Результаты исследования: на основании исследований установлено, что из числа поступивших с осложненными формами эхинококкоза печени нагноение составило 83,0%, прорыв в желчные пути 13,6% и прорыв в брюшную полость 3,4%. Обеззараживание полости фиброзной капсулы выполняли озонированными растворами поваренной соли (0,9%) с концентрацией озона 8–10 мкг/мл и бетадином. Гистологическое исследование фиброзной капсулы и перикапсулярной ткани показало, что в капсуле и перикапсулярной ткани печени до обеззараживания обнаруживались лишь погибшие сколексы, а после обеззараживания установлено, что озонированные растворы способствуют разрыхлению всех слоев фиброзной капсулы и способствуют проникновению бетадина. При наличии внепеченочных свищей для их ликвидации применяли париетальную брюшину, а при единичных, мелких ушивали кистным или П-образным швом, а при множественных – использовали лоскут париетальной брюшины. Если полость не удавалось полностью ликвидировать традиционными методами, дополняли оментопластикой с фиксированным микроирригатором для выполнения региональной лимфостимуляции. При перфорации кист в брюшную полость использовали многократное промывание озонированным раствором.

Область применения: хирургия.

Библиография -193 источников. Иллюстрации 10 таблиц и 26 рисунков.

Акешов Азамат Жээнбековичтин 14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын изденүүгө «Боор эхинококкозунун кабылдоолорун диагноздоосун жана дарылоосун жакшыртуу» темасындагы диссертацияга

КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, кабылдоолор, операция жолу менен дарылоо, жугушсуздандыруу (өлтүрүп жок кылуу), озондолгон эритмелер.

Изилдөөнүн максаты: боор эхинококкозунун кабылдоолору менен (ириңдөө, өт кулгунасы, ыйлаакчанын ич көңдөйүнө жарылышы) ооругандардын операция жолу менен дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: боор эхинококкозунун кабылдоолору менен жабыркаган 118 оорлулуу.

Изилдөөнүн ыкмалары: Казони реакциясы, УДИ (ультра добуш изилдөөсү), компьютердик томография, эхинококкоз ыйлаакчасын каптап турган фиброздук баштык жана анын тегерегиндеги боордун, мите курттарын өлтүргөнгө чейинки жана андан кийинки абалын морфологиялык изилдөө.

Изилдөөнүн жыйынтыгы: изилдөөнүн негизинде боор эхинококкозунун кабылдоолору менен түшкөн оорулулардын 83% - ириңдөө, 13,6% - өт кулгунасы жана 3,4 – ыйлаакчанын ич көңдөйүнө жарылышы аныкталган. Эхинококкоз ыйлаакчасын каптап турган фиброздук баштыктын көңдөйүндөгү мите курттарын өлтүрүү 8-10 мкг/мл озон концентрациясы менен озондолгон физиологиялык(0,9%) туздун эритмеси менен аткарылды. Ыйлаакчаны каптап турган фиброздук баштык жана анын сыртындагы боор этинин гистологиялык изилдөөсү көрсөткөндөй, мите курттарын өлтүрүүгө багытталган ыкмаларга чейин фиброздук баштыкта өлгөн сколекстер гана болгон, ал эми андан кийин озондолгон эритмелер ыйлаакчаны каптап турган фиброздук баштыкты жумшартып, бетадиндин сүңгүп киришине өбөлгө болору аныкталды. Боордон тышкары өт кулгунасы бар болсо, аларды жок кылуу үчүн париеталдык бүлкүлдөктүн кесиндиси пайдаланды. Эгер көңдөйдү толугу менен традициялык метод аркылуу жок кылуу мүмкүн болбосо, биз аймактык лимфостимуляция жасоо үчүн бекитилген микроирригаторлуу оментпластика менен толуктадык. Ич көңдөйүнө ыйлаакчалар жарылганда озондолгон эритмелер менен бир катар жууп тазалоо пайдаланылды.

Колдонуу чойросу: хирургия

Библиография: 193 адабий булак. Иллюстрациялар 10 таблица жана 26 сүрөт.

RESUME

for dissertation thesis by Akeshov Azamat Jeenbekovich in the theme: “Improvement of diagnosis and treatment of liver echinococcosis complicated forms” for degree of candidate of science on the medicine in speciality 14.01.17 – Surgery

Key words: liver, echinococcosis, complications, surgical treatment, disinfection, ozonized solutions.

Work objective: to improve the surgical treatment results of the patients with

the complicated forms of the liver echinococcosis (suppuration, biliary fistula, break of cyst into the peritoneal cavity).

Object of research: There were 118 patients with complicated liver echinococcosis.

Research methods: Kazony reaction, ultrasonic examination, computer tomography, morphologic examination of fibrous capsule and pericapsular tissue before and after disinfection of fibrous capsule cavity.

Results of research: In virtue of researches it was established that suppuration was in 83.0%, break into the biliary pathways was in 13.6%, and break into the abdominal cavity was in 3.4% of the patients with complicated liver echinococcosis form. Disinfection of the fibrous capsule cavity was executed by ozonized physiologic salt solutions (0.9%) with the ozone concentration 8-10 mkg/ml end betadin. Histological examination of the fibrous capsule and pericapsular tissue showed that before disinfection there were only killed scolexes in the capsule and pericapsular liver tissue. And after disinfection it was established that the ozonized solutions promote the looseness all the layers of the fibrous capsule and they help betadin to penetrate into them. Abdominal peritoneum was used in the patients with extrahepatic fistulas to liquidate them; in single and small fistulas perestring and Π -shape sutures were applied; in multiple fistulas the abdominal peritoneum graft was used. If we couldn't completely liquidate the cavity by the traditional methods we fulfilled the regional lymphostimulation with the help of omentoplasty and fixed microirrigator in addition. When the cyst had perforated into the peritoneal cavity we used repeated bathing with ozonized solution.

Area of use the application: surgery.

Bibliography: The dissertation contains 193 works and it's illustrated with 10 tables and 26 figures.

Подписано к печати 20.03.2012г. Формат бумаги 60х90/16.
Бумага офс. Печать офс. Объем 1,0 п.л. Тираж 120 экз. Заказ 193.

г.Бишкек, ул. Полярная 11, ИЦ «Илим-Басмась»