

На правах рукописи

МОЛДОТАШЕВ ДОГДУРБАЙ УРКАСЫМОВИЧ

***ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ
ГИДАТИДОЗНОМ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ***

14.01.17 – хирургия

А в т о р е ф е р а т
Диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек – 2010

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им.И.К.Ахунбаева (база Городская клиническая больница № 1, г. Бишкек) и Иссык-Кульской областной больнице (г.Каракол).

Научные руководители:

Доктор медицинских наук, профессор

Джоробеков Абдылас Джоробекович

Доктор медицинских наук, профессор
Мусаев Акылбек Инаятович

Официальные оппоненты:

Ведущее учреждение: ФГУ Институт хирургии им.А.В.Вишневского
Росмедтехнологий

Защита состоится « _____ » _____ г. в _____ часов, на заседании диссертационного совета Д.730.001.03 при Кыргызско-Российском Славянском университете (720000, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. Киевская 44) e-mail: dissovet@mail.ru.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызско-Российского Славянского университета (720000, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. Киевская 44).

Автореферат разослан « _____ » _____ 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,

доктор медицинских наук,
профессор

Ахунбаева Н.И.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АЛТ	- аланинаминотрансфераза
АСТ	- аспартатаминотрансфераза
КГМА	- Кыргызская государственная медицинская академия
КТ	- компьютерная томография
ЛИИ	- лейкоцитарный индекс интоксикации
МРТ	- магнитно-резонансная томография
УЗИ	- ультразвуковое исследование

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Гидатидозный эхинококкоз печени – одно из тяжелых паразитарных заболеваний человека, поражающее все возрастные группы населения (И.К.Ахунбаев и Н.И.Ахунбаева, 1977; Б.А.Акматов, 1994; У.А.Арипов и соавт., 2000; J.Eckert et al., 2001; A.Zaonche et al., 2001; G.D.Wagholikar et al., 2002) с преимуществом лиц трудоспособного возраста. Но в последние годы наблюдается неуклонный рост заболеваемости не только среди взрослых, но и среди детей, это связано с тем, что профилактические меры на всех уровнях проводятся недостаточно, на что обращают особое внимание многие исследователи (М.Ю.Гилевич и соавт., 1990; А.Т.Пулатов, 1996; К.А.Адамалиев и соавт., 2002; Т.О.Омурбеков, 2002).

Кроме того, значительно увеличилось число больных с множественными, большими, сочетанными и осложненными кистами, диагностика и лечение которых более сложные (С.Bartolozzi et al., 1997; Н.G.Schipper et al., 1997). Это положение наблюдается и в Центрально-Азиатском регионе, в частности, в Кыргызской Республике (Н.И.Ахунбаева, 1994; А.А.Рыскулова, 1995; А.И.Мусаев, 1999; Б.А.Акматов и соавт., 2002; Х.С.Безезов и соавт., 2002; И.С.Фунлоэр и соавт., 2002; Р.А.Оморев и соавт., 2008).

Лечение эхинококкоза хирургическое и несмотря на множество исследований, посвященных диагностике и лечению этого заболевания, многие вопросы остаются до сих пор не решенными. Это относится к выбору объема операции, который обеспечивал бы по возможности более радикальное удаление эхинококковых кист, выполнению мер профилактики возникновения осложнений в момент операции и после нее в ближайшем и отдаленном периодах.

Особо стоит проблема улучшения ближайших результатов хирургического лечения, которая заключается в предупреждении и своевременном выявлении и адекватном лечении послеоперационных осложнений, частота которых достигает 40-45% (М.А.Алиев и соавт., 2005; Ф.Г.Назыров и соавт., 2005; И.О.Травин, 2007; G.Altun, 2006), а летальность – 1-8% (В.К.Чернышов и С.А.Иванов, 2005).

Необходимо отметить, что, несмотря на наличие значительного количества работ по данной проблеме, до сих пор не решен вопрос о роли фиброзной капсулы в возникновении осложнений и рецидива болезни, не определены оптимальные методы операций при прорыве кист в желчные пути, окончательно не решен вопрос о выборе метода ликвидации полости фиброзной капсулы.

В последние годы появились сообщения о том, что при эхинококкозе печени лучшие результаты наблюдаются после радикальных операций

(резекция печени, тотальная перицистэктомия), так как рецидив после них не возникает (В.А.Вишне夫斯基 и соавт., 2005; М.А.Алиев и соавт., 2006; A.Cirenei et al., 2001). Но радикальные операции травматичны и показания к ним ограничены, после них наблюдаются тяжелые осложнения, поэтому возникает необходимость в совершенствовании методов выполнения как радикальных, так и традиционных эхинококкэктомий и разработке мер профилактики осложнений.

Многие исследователи отмечают, что при эхинококкозе печени у большинства больных имеет место нарушение ее функций, которые после операции усугубляются и нередко причиной смерти является печеночная недостаточность (Б.А.Акматов, 1994; А.А.Мовчун и соавт., 1997; Э.М.Эседов, Х.А.Хамидов, 2002), поэтому возникает необходимость в предотвращении прогрессирования этого грозного осложнения.

В оперативном лечении заболеваний печени используется ряд веществ, способствующих ускорению заживления ран печени, но до сих пор не выявлена значимость применения клея “Suncon” в хирургическом лечении эхинококкоза печени.

Неудовлетворенность хирургов результатами оперативного лечения эхинококкоза печени обусловлена высокой частотой послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания. Поиск путей улучшения исходов остается актуальным и в настоящее время.

Все вышеизложенное явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы – улучшение результатов оперативного лечения больных с эхинококкозом печени на основе совершенствования отдельных этапов операции эхинококкэктомии.

Задачи исследования:

1. Определить эффективность использования клея “Suncon” (КНР) для ликвидации полости фиброзной капсулы и желчных свищей.
2. Изучить функциональное состояние печени при эхинококкозе печени и оценить эффективность применения гепатотропных препаратов.
3. Усовершенствовать отдельные этапы операции при эхинококкозе печени.
4. Дать сравнительный анализ результатов лечения эхинококкоза печени с применением усовершенствованных этапов операции и традиционным лечением.

Научная новизна:

1. Определена эффективность использования клея “Suncon” в ликвидации полости фиброзной капсулы и желчных свищей.

2. Усовершенствована методика ликвидации полости фиброзной капсулы (использование сальника, методика ликвидации желчных свищей, перицистэктомия).

3. Представлена эффективность использования гепатотропных препаратов (тиоктовая и урсодезоксихолевая кислоты) для улучшения нарушенных функций печени в послеоперационном периоде.

4. Результаты сравнительного анализа оказали преимущества нашего усовершенствованного метода операции по сравнению с традиционными методами лечения гидатидозного эхинококкоза печени.

Практическая значимость полученных результатов:

- Применение клея «Sunson» в ликвидации полости фиброзной капсулы и желчных свищей позволило снизить процент послеоперационных осложнений и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

- Использование гепатотропных препаратов дает возможность предотвратить развитие печеночной недостаточности, а при ее наличии исключить прогрессирование.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Использование усовершенствованных методов ликвидации полости фиброзной капсулы с применением клея «Sunson» позволяет существенно снизить частоту осложнений после операций, выполненных по поводу гидатидозного эхинококкоза печени.

2. Гепатотропные препараты (тиоктовая и урсодезоксихолевая кислоты) улучшают функциональное состояние печени и предотвращают развитие печеночной недостаточности и могут быть использованы в послеоперационном периоде.

3. Сравнительный анализ традиционных мер лечения эхинококкоза печени с усовершенствованными этапами показал возможность улучшения оперативного лечения гидатидозного эхинококкоза печени.

Личный вклад соискателя.

Обследовал больных до операции с применением инструментальных методов исследования, усовершенствовал этапы оперативного лечения, принимал участие в операциях, в оценке результатов в послеоперационном периоде. Анализ полученных результатов выполнен лично автором.

Апробация результатов диссертации:

Основные разделы диссертации доложены на XII (г.Ташкент, 2005) и XIII (г.Алматы, 2006) международных конференциях хирургов-гепатологов стран СНГ, совместном заседании сотрудников кафедры факультетской хирургии, кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА им.И.К.Ахунбаева и хирургов городской клинической больницы № 1 (г.Бишкек, 2010).

Внедрение результатов исследования.

Результаты исследований внедрены в хирургическом отделении Иссык-Кульской областной больницы (г.Каракол), в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 (г.Бишкек). Материалы диссертации используются в учебном процессе на кафедре факультетской хирургии, хирургии общей практики КГМА им.И.К.Ахунбаева и клинических ординаторов.

Публикации по теме диссертации: По теме диссертации опубликовано 7 научных работ, получены 3 удостоверения на рационализаторские предложения, выданные патентным отделом КГМА им.И.К.Ахунбаева.

Структура и объем диссертации:

Диссертационная работа изложена на 108 страницах электронного набора, шрифтом Times New Roman, кириллица (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованных литературных источников. Диссертация иллюстрирована 12 таблицами и 13 рисунками. Библиография включает 185 источников, из них 57 работ авторов дальнего зарубежья и 128 работы авторов отечественных и стран ближнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методики исследования: при выполнении данного исследования помимо общеклинического обследования больных (анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки) использовали УЗИ для определения локализации, размеров, количества кист, определение показателей функционального состояния печени (билирубин, тимоловая проба, АЛТ, АСТ по общепринятым методам), лейкоцитарный индекс интоксикации по Я.Я.Кальф-Калифу для определения степени тяжести воспаления и интоксикации. Эти исследования выполняли в динамике.

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (M), средней квадратичной величин (δ) и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по таблице Стьюдента. Различия считали достоверными при $P < 0,05$.

Под наблюдением находилось 128 больных эхинококкозом печени, которые были оперированы в период с 2003 по 2009 год включительно. Их распределение по полу и возрасту дано на рисунке 1.

Среди поступивших женщин было 73 (57,1%) и мужчин – 55 (42,9%), в основном поступали больные в наиболее трудоспособном возрасте, а их возраст колебался от 17 до 76 лет.

Давность заболевания имела место от двух месяцев до 5 лет. Одиночные кисты выявлены у 86 (67,2%), по две кисты – у 28 (21,9%) и более двух – у 14

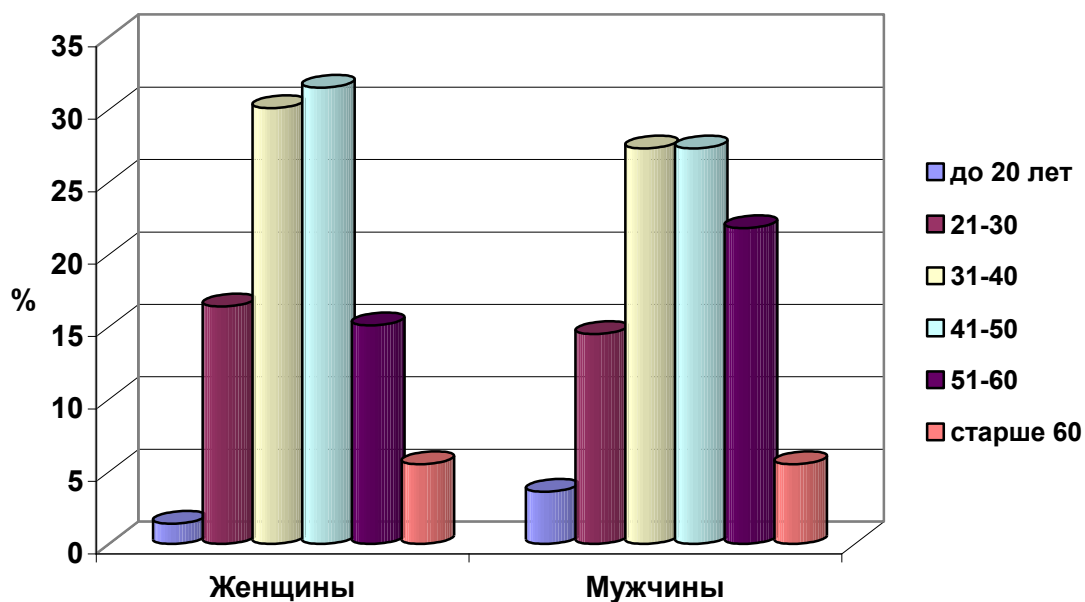


Рис. 1. Распределение больных эхинококкозом печени по полу и возрасту

(10,9%). Из числа поступивших у 28 был рецидив эхинококкоза, причем у большинства с наличием множественных кист, что затрудняло выполнение эхинококкэктомии.

Результаты исследования: Размеры кист, которые имели место у больных при поступлении, даны в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по размерам кист

Величины кист	Всего	
	абс.ч.	%
Малые (до 5 см)	5	3,9
Средние (от 5 до 10 см)	44	34,4
Большие (от 10 до 20 см)	61	47,6
Гигантские (более 20 см)	6	4,7
Сочетание размеров кист	12	9,4
Итого:	128	100,0

Малые кисты (до 5 см в диаметре) были у 5 (3,9%), средних размеров (от 5 до 10 см) – у 44 (34,4%), большие – у 61 (47,6%) и гигантские кисты (более 20 см) отмечены у 6 больных (4,7%). Кроме того, сочетание кист различных размеров было обнаружено у 12 (9,4%).

У большинства кисты локализовались в правой доле печени (88 чел. – 68,7%), реже – в левой (27 чел. – 21,1%) и обе доли были поражены у 13 больных (10,2%).

Анализ симптоматики (табл.2) эхинококкоза печени показал, что у всех поступивших отмечался ведущим болевой синдром, иногда наблюдалась и иррадиация болей в спину, грудную клетку, поясницу. Также довольно часто больные отмечали общую слабость (88,3%), быструю утомляемость (94,5%) и потерю веса (88,3%), увеличение печени имело место у 59,4%, желтуха – в 14,8%. В общем анализе крови эозинофилия (более 5%) отмечена в 78,9%.

Таблица 2

Симптомы эхинококкоза печени

Симптомы	Всего	
	абс.ч.	%
Боль в правом подреберье	102	79,7
Боль в эпигастрии	26	20,3
Иррадиация болей:		
в спину	25	19,5
поясницу	18	14,1
в грудную клетку	9	7,8
Общая слабость	113	88,3
Быстрая утомляемость	121	94,5
Снижение аппетита	117	91,4
Тошнота	19	14,8
Исхудание	113	88,3
Увеличение печени	76	59,4
Желтуха	19	14,8
Анемия	61	47,6
Лейкоциты до $6,0 \times 10^9/\text{л}$	41	35,9
до $8,0 \times 10^9/\text{л}$	32	25,0
до $10,0 \times 10^9/\text{л}$	29	22,6
более $10,0 \times 10^9/\text{л}$	21	16,5
Эозинофилия (более 5%)	101	78,9
СОЭ более 14 мм/час	57	44,5

Наиболее выраженная симптоматика наблюдалась при возникновении таких осложнений, как нагноение кисты, желтуха и при гигантских кистах. Здесь был более сильный болевой синдром, повышение температуры и увеличение лейкоцитов более $8,0 \times 10^9/\text{л}$.

В результате исследования функции печени при поступлении были отмечены ее нарушения (табл.3), которые зависели от размеров кист. Чем больше величина, тем более выраженные нарушения, а также более заметные нарушения отмечены при локализации кист в зоне IV и V сегментов печени. Эти изменения были нами учтены в процессе ведения больных после операции.

Таблица 3

Показатели функционального состояния печени в зависимости от размера кист

Группы обследованных	Всего обследовано	Стат. показатели	Показатели функции печени			
			общий билирубин, мкмоль/л	тимоловая проба, ед	АЛТ, мккат/л	АСТ, мккат/л
Средние кисты	44	$M_1 \pm m_1$	18,6±0,91	8,5±0,15	0,19±0,03	0,17±0,02
Большие	61	$M_2 \pm m_2$	21,4±0,82	7,9±0,18	0,27±0,03	0,25±0,04
Р		$M_1 - M_2$	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01
Гигантские	6	$M_3 \pm m_3$	34,5±1,11	9,4±0,21	0,34±0,05	0,31±0,04
Р		$M_2 - M_3$	<0,001	<0,05	<0,01	<0,05
Практически здоровые	20	$M_4 \pm m_4$	11,2±0,91	3,81±0,80	0,08±0,01	0,07±0,01
Р		$M_1 - M_4$	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001
		$M_2 - M_4$	<0,001	<0,01	<0,001	<0,001
		$M_3 - M_4$	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Все 128 больных были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Из 128 поступивших мы выделили группу в количестве 65 человек, которым оперативное лечение осуществлялось традиционно, и 63 – у которых мы использовали усовершенствованные нами этапы операции и ведение послеоперационного периода.

Обеззараживание содержимого кист и полости фиброзной капсулы у 72 осуществлялось термическим способом, предложенным Б.А.Акматовым (1989), у 20 – повидоном и 96° спиртом, а у остальных – гипертоническим раствором (30%) поваренной соли. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы и частота осложнений после них даны в таблице 4.

В первой группе, где применялись традиционные методы оперативного лечения, полость фиброзной капсулы ликвидирована капитонажем у 10, из них у 4 возникли осложнения, инвагинация – у 13 – осложнения выявлены у 3, капитонаж в сочетании с инвагинацией у 4 – осложнения у 1, перицистэктомия

Таблица 4

Способы ликвидации полости фиброзной капсулы и частота осложнений после них

Операции	Усовершенствованные методы n-63		Традиционные n-65		Всего больных n-128		
	всего оперировано б-ных	из них возникли осложнения	всего оперировано б-ных	из них возникли осложнения	абс. ч.	из них возникли осложнения	
Капитонаж	9	-	10	4	19	4	
Инвагинация	-	-	13	3	13	3	
Капитонаж+ инвагинация	5	-	4	1	9	1	
Перицистэктомия	31	1	20	2	51	3	
Резекция печени	5	1	-	-	5	1	
Энуклеация	3	-	-	-	3	-	
Открытое дренирование	-	-	10	2	10	2	
Оментопластика	10	-	8	1	18	1	
Итого	абс.ч.	63	2	65	13	128	15
	%		3,2		20,0		11,7

с наложением сквозных П-образных швов из 20 – осложнения были у 2, оментопластика по Р.П.Аскерханову выполнена у 8 и у одного из них возникло осложнение. При открытом дренировании у 10 оперированных осложнения выявлены у двух больных. Из 65 у 13 (20,0%) имели место осложнения, чаще всего это было возникновение остаточной полости и легочные осложнения (плеврит, пневмония).

В процессе работы, наблюдая возникающие осложнения после традиционных подходов, мы пытались усовершенствовать отдельные этапы операции и ведение послеоперационного периода.

Мы использовали абдоминальный Г-образный и торакоабдоминальный доступы, разработанные совместно с А.Д.Джоробековым и Д.Г.Ахметовым (2007), которые обеспечивают хороший доступ и в то же время являются менее травматичными для осуществления эхинококкэктомии паллиативной или радикальной на печени.

Применяя различные методы ликвидации полости фиброзной капсулы, мы обратили внимание, что после любого из них возникают остаточные полости, которые не лишены возможности нагноения в них. Основным моментом при ликвидации – это необходимость плотного соприкосновения

стенок и использование нерассасывающегося шовного материала, которые не всегда удается осуществить, особенно при наличии толстой, плотной, неподатливой стенки капсулы, поэтому выполняя капитонаж мы после наложения кисетных швов закапывали клей «Sunson» несколько капель, чтобы на стенке образовалась пленка и тут же затягивали кисетные швы (патент № 2156140 опубликован 20.09.2000). При этом стенки плотно соприкасаются и склеиваются, и нет условий для возникновения остаточной полости.

Также при выполнении тотальной перицистэктомии (31 чел.) после гемостаза электрокоагуляцией на раневую поверхность наносили клей и подводили прядь сальника и фиксировали его по краям. При частичной или дозированной перицистэктомии (20 чел.) полость осушали, наносили клей, а затем накладывали сквозные П-образные швы. Это также обеспечивало надежную ликвидацию полости фиброзной капсулы.

При использовании сальника для заполнения полости всегда есть угроза возникновения нагноения, если не ликвидированы желчные свищи, поэтому мы после обеззараживания содержимого и полости фиброзной капсулы тщательно проверяли на наличие свищей и если выявляли их, то выкраивали лоскут из париетальной брюшины, полость осушали, на подозрительные участки и там, где располагались мелкие желчные свищи наносили слой клея и фиксировали лоскут брюшины, а затем полость заполняли сальником и фиксировали его по краям капсулы. Ни у одного из 10, которым оментопластика произведена по нашей методике, осложнений мы не наблюдали.

Поскольку в ликвидации полости фиброзной капсулы мы использовали клей «Sunson», то мы проследили динамику лейкоцитарного индекса (ЛИИ) в группе больных, которым применяли клей (18 чел.) и сопоставили с результатами пациентов, которые оперированы традиционно (16 чел.). Мы включили в группу больных с однотипными операциями, чтобы обе группы были равнозначными. Так, в первой группе из 18 больных у 9 выполнен капитонаж полости фиброзной капсулы и у 9 – оментопластика. Во второй группе – капитонаж у 8 и у 8 оментопластика. В качестве контроля обследовано 15 практически здоровых лиц и у них ЛИИ равнялся $0,8 \pm 0,01$.

Нас интересовало не вызывает ли применение клея более выраженную воспалительную реакцию и интоксикацию в сравнении с традиционными методами ликвидации полости фиброзной капсулы. В качестве контроля показателей мы остановились на лейкоцитарном индексе интоксикации, как на наиболее информативном и доступном для оценки состояния больных. Результаты исследования до операции, на 3, 5 сутки и при выписке представлены на рисунке 2.

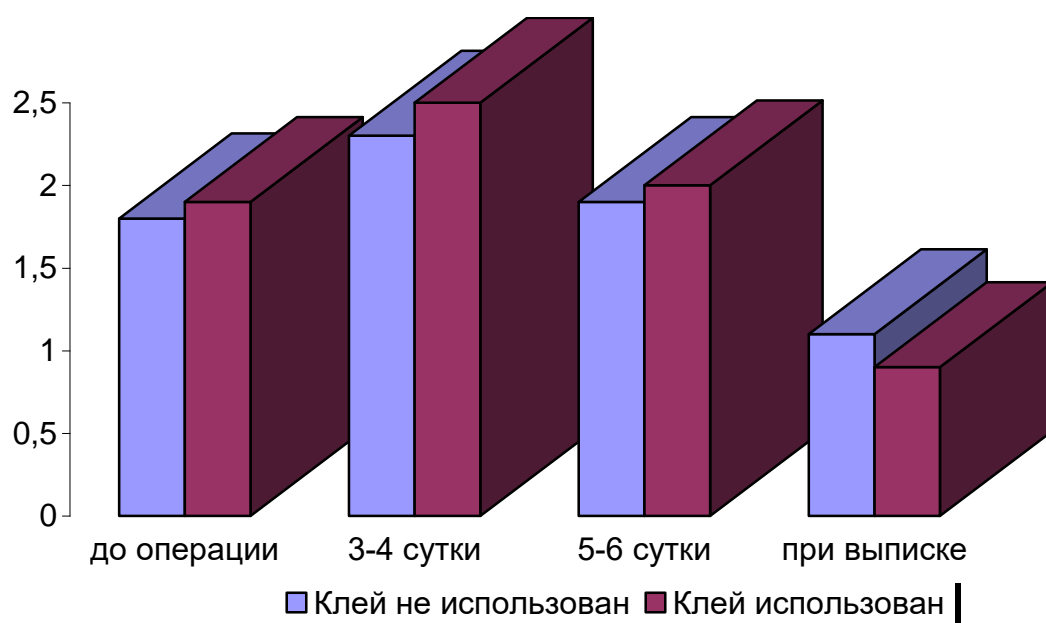


Рис. 2. Динамика ЛИИ при использовании клея и без него

До операции в обеих группах показатель ЛИИ был на одинаковом уровне, но он был выше в сравнении с нормой.

На 3 сутки после операции отмечено повышение ЛИИ в обеих группах, но различия в них незначительны. На 5 сутки наблюдалось снижение ЛИИ, которое продолжалось и к моменту выписки из стационара, но в группе больных, у которых мы использовали клей, ЛИИ достиг нормы, а у пациентов, у которых мы не применяли клей, ЛИИ был значительно повышен.

Полученные нами данные позволяют утверждать, что применение клея “Sunson” при операциях на печени, выполняемых по поводу эхинококкоза печени, не усиливает воспалительный процесс и не усугубляет интоксикацию в сравнении с методами ликвидации полости фиброзной капсулы, выполняемых традиционно.

Особое внимание было нами обращено на ведение больных после операции с целью предотвращения осложнений. При полузакрытом методе эхинококкэктомии мы сразу после операции налаживали активную аспирацию отделяемого, чтобы жидкость не скапливалась в полости и назначали антибиотики (цефазолин по 1,0 2 раза в сутки на протяжении не менее 4-5 дней), больные получали метрид по 100 мл два раза в сутки внутривенно и обязательно инфузионную терапию, объем которой определяли с учетом состояния больных.

Учитывая то обстоятельство, что у больных эхинококкозом имеет место нарушение функции печени, что нашло отражение в работах многих исследователей (Б.А.Акматов, 1994; Б.И.Альперович, 2005; Ж.Кочконбаев, 2005), и что одной из основных причин летальности после эхинококкэктомии

является печеночная недостаточность (М.Ю.Гилевич, 1990; А.А.Мовчун и соавт., 1997; Р.З.Икрамов и соавт., 2002), мы в своей работе обратили внимание на коррекцию нарушенных функций печени.

Первая группа состояла из 15 больных, которые в послеоперационном периоде получала традиционную инфузионную терапию, включавшую комплекс витаминов, глюкозу, реополиглокин. Во вторую группу вошли 18 пациентов, которые, помимо традиционной терапии, получали тиоктовую кислоту по 1,0 внутримышечно один раз в день на протяжении 10 дней и урсодезоксихолевую кислоту две капсулы утром и две капсулы на ночь. Мы включили в комплекс терапии эти препараты, так как они обладают желчегонным, гиполипидемическим, иммуномодулирующим действием и мы проследили, какова их эффективность.

Для сопоставления двух групп больных мы взяли тех, у которых были более выраженные нарушения функции печени (табл.5).

Таблица 5

Динамика показателей функции печени у больных эхинококкозом

Группы обследованных	Всего обследовано	Сроки	Стат. показатели	Показатели функции печени			
				общий билирубин, мкмоль/л	тимоловая проба, ед.	АЛТ, мккат/л	АСТ, мккат/л
Не получали гепатотропные препараты	15	до операции	$M_1 \pm m_1$	20,5± 0,71	8,4± 0,17	0,23± 0,04	0,22± 0,02
		при выписке	$M_2 \pm m_2$	15,3± 0,63	5,2± 0,12	0,20± 0,03	0,18± 0,01
P			$M_1 - M_2$	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05
Получали гепатотропные препараты	18	до операции	$M_3 \pm m_3$	22,8± 0,19	8,6± 0,01	0,25± 0,01	0,23± 0,01
		при выписке	$M_4 \pm m_4$	12,9± 0,13	4,1± 0,02	0,12± 0,01	0,11± 0,01
P			$M_3 - M_4$	<0,001	<0,01	<0,001	<0,01
Норма	20		$M_5 \pm m_5$	11,2± 0,91	3,81± 0,80	0,08± 0,01	0,07± 0,01
P – степень достоверности			$M_2 - M_4$	<0,05	>0,05	<0,001	<0,001
			$M_4 - M_5$	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05

До операции показатели функционального состояния печени в обеих группах были на одинаковом уровне, но все они достоверно отличались от нормы. Существенно был повышен уровень билирубина, АЛТ и АСТ.

После традиционного лечения наблюдалось снижение уровня билирубина и тимоловой пробы, снижались показатели АЛТ и АСТ, но к моменту выписки они не достигали нормы, что указывало на нарушения функции гепатоцитов (рис.3 и 4).

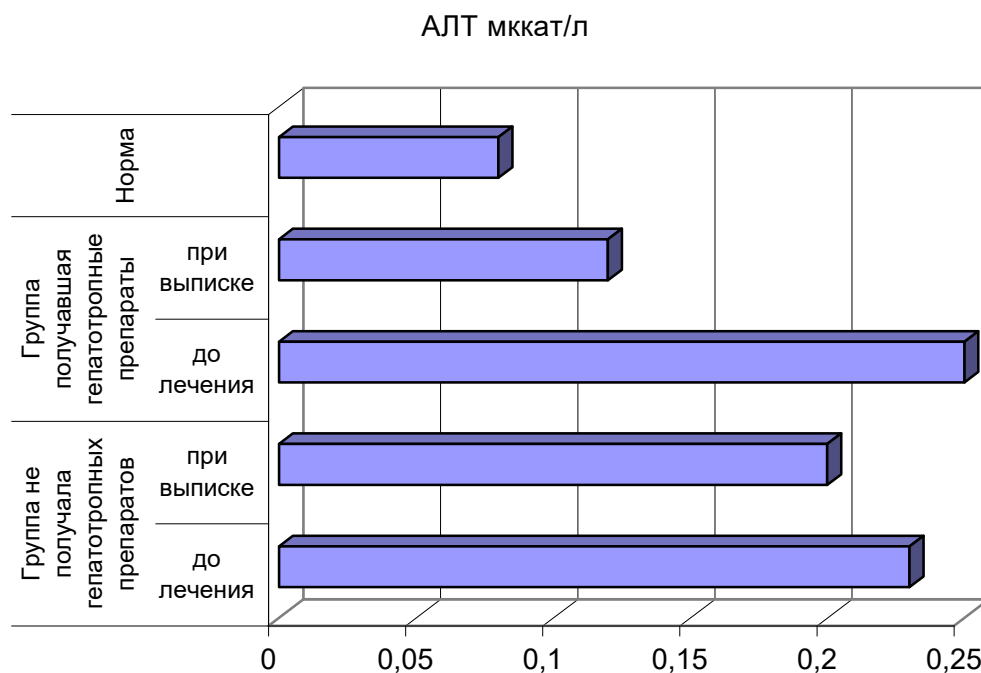


Рис.3. Показатели АЛТ до и после лечения

В группе больных, получавших традиционное лечение и гепатотропные препараты, более существенно снизился уровень билирубина и тимоловой пробы в сравнении с контрольной группой, не получавших гепатотропных препаратов.

Если в группе больных с традиционным лечением АЛТ составила $0,20 \pm 0,03$, а АСТ – $0,18 \pm 0,01$ мккат/л, то во второй группе АЛТ была $0,12 \pm 0,0$, а АСТ – $0,11 \pm 0,01$. Различия эти достоверны. Следовательно, использованные нами препараты дают наиболее выраженный коррегирующий эффект. Из 18 больных, которые получали гепатотропные препараты, ни у одного не отмечено ухудшения функционального состояния печени. У двух больных после операции резко ухудшились печеночные тесты, мы сразу же назначили эти препараты и предотвратили прогрессирование печеночной недостаточности. Но больные выписывались с еще не восстановленными показателями, особенно

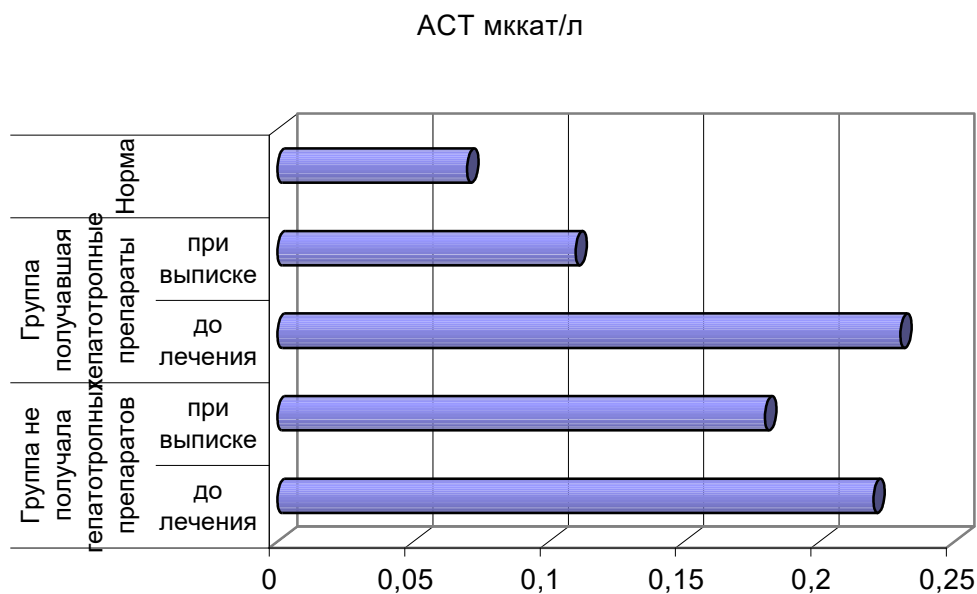


Рис.4. Показатели АСТ до и после лечения

АЛТ и АСТ, поэтому мы рекомендовали после выписки продолжить лечение этими препаратами.

Обобщая полученные результаты оперативного лечения больных эхинококкозом обеих групп, мы отметили осложнения у 13 из 65 больных, что составило 20%, в то время как в группе больных, где мы использовали усовершенствованные нами этапы лечения, из 63 больных осложнения выявлены у двух (3,2%) (рис.5).

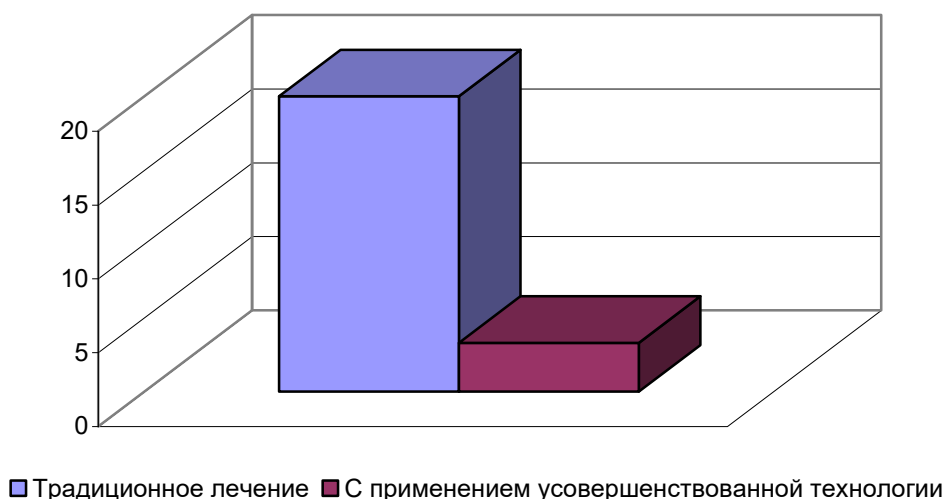


Рис. 5. Частота осложнений после операций по поводу эхинококкоза печени (в %)

Длительность пребывания в стационаре в первой группе составила $18,8 \pm 1,4$ койкодней, в основном за счет осложнений после операции, в то время как во второй - $11,9 \pm 1,3$ койкодней. Различия эти достоверны ($P < 0,05$).

Кроме этого мы сопоставили частоту осложнений после паллиативных и радикальных операций. К радикальным типам мы относили тотальную перицистэктомию (31 чел.), резекцию печени (5 чел.) и энуклеацию кисты (3 чел.) – всего 39 больных, что составило 30,5% от числа всех оперированных.

Частичную и дозированную перицистэктомию мы относили к паллиативным типам операции. Из 39 больных, которым мы осуществили радикальную операцию, осложнения в ближайшие сроки возникли у двух (5,1%), а при паллиативных из 89 оперированных осложнения имели место у 13 (14,6%).

Таким образом, улучшение результатов оперативного лечения гидатидозного эхинококкоза лежит на путях раннего выявления эхинококкоза, индивидуального подхода к выбору объема операции, использования клея «Sunson», усовершенствованной методики ликвидации желчных свищей и выполнения радикальных операций, а также использования гепатотропных препаратов в послеоперационном периоде. Радикальные операции не увеличивают частоту послеоперационных осложнений, а возникшие осложнения легко устранимы до выписки больных из стационара, но, к сожалению, удельный вес больных, которым можно выполнить радикальную операцию, остался не велик.

ВЫВОДЫ

1. Усовершенствованный метод ликвидации полости фиброзной капсулы с применением клея «Sunson» высокоэффективно и предотвращает возникновение остаточной полости и ее нагноение.

2. При эхинококкозе печени имеет место нарушения ее функций, требующие коррекции, особенно в послеоперационном периоде для предотвращения прогрессирования печеночной недостаточности. С этой целью эффективным является применение таких препаратов, как тиоктовая и урсодезоксихолевая кислоты, которые обладают желчегонным, гиполипидемическим, иммуномодулирующим действием и улучшают функцию гепатоцитов.

3. Усовершенствование этапов эхинококкэктомии в лечении больных эхинококкозом печени способствуют более благоприятному течению послеоперационного периода.

4. Сравнительный анализ результатов традиционных методов лечения гидатидозного эхинококкоза печени и усовершенствованного нами метода

операции показал преимущества последнего: осложнения удалось снизить с 20,0% до 3,2% и уменьшить сроки пребывания в стационаре с $18,8 \pm 1,4$ до $11,9 \pm 1,3$ койкодней.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При выполнении капитонажа, перицистэктомии для ликвидации полости фиброзной капсулы можно пользоваться клеем «Supson», который способствует облитерации полости и не усиливает воспалительную реакцию.

2. При больших кистах, когда полость капитонажем или инвагинацией ликвидировать не удастся, можно использовать прядь сальника, но обязательно его фиксировать клеем ко дну полости, а по краям - наложением узловых швов.

3. При эхинококкозе всегда имеет место нарушение функции печени, поэтому в послеоперационном периоде необходимо назначать корригирующую терапию: тиоктовую кислоту по 1,0 внутримышечно 1 раз в сутки и урсосан по 2 капсулы утром и вечером оба препарата на протяжении не менее 10 дней, если нарушения к моменту выписки полностью не ликвидированы, то рекомендовать получить повторный курс лечения через месяц.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1.Радикальные операции при гидатидозном эхинококкозе печени / Ахметов Д.Г. // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – Том 12. - № 3. – С.41-42.

2. Хирургическое лечение билиарных осложнений эхинококкоза печени / Ахметов Д.Г., Сарыгулова Т.А., Мадумаров А.Г. // Хирургия Кыргызстана. – 2007. - № 2. – С.106-109.

3. Классификация радикальных операций при гидатидозном эхинококкозе печени / Джоробеков А.Д., Ахметов Д.Г., Кутманбеков Э.А. // Хирургия Кыргызстана. – 2007. - № 2. – С.109-111.

4. Радикальные операции в хирургическом лечении гидатидозного эхинококкоза печени / Джоробеков А.Д., Ахметов Д.Г. // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2007. – Том 7. - № 7. – С.145-149.

5. Альвеококкоз печени: современные подходы к комплексной диагностике и хирургическому лечению / Джоробеков А.Д., Разакулов Р.О. // Медицинские кадры XXI века. – 2007. - С.86-87.

6. Преимущество радикальных операций в хирургическом лечении гидатидозного эхинококкоза печени / Джоробеков А.Д., Ахметов Д.Г., Баширов Р.М. // Вестник хирургии Казахстана. – 2008. – Том.13, № 3. – С.14-18.

7. Применение гепатотропных препаратов в комплексном лечении больных эхинококкозом печени / Мусаев А.И. //Наука и новые технологии. – 2009. – № 7. – С.36-37.