

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
имени И. К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

**Диссертационный совет Д 14.22.650**

На правах рукописи  
УДК 616.381-089.85:616.36-002.951.21-089-072.1

**Токтогазиев Бакыт Токтогазиевич**

**ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

14.01.17 – хирургия

**Автореферат**  
диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек – 2024**

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева.

**Научный руководитель:**

**Айтбаев Съездбек Айылчиевич**

доктор медицинских наук,  
доцент кафедры факультетской хирургии  
Кыргызской государственной медицинской  
академии имени И. К. Ахунбаева

**Официальные оппоненты:**

**Ниязов Батырхан Сабитович**

доктор медицинских наук, профессор, заведующий  
кафедрой общей хирургией факультета  
усовершенствования врачей Кыргызского  
государственного медицинского института  
переподготовки и повышения квалификации имени  
С.Б. Даниярова

**Нуржан уулу Уланбек**

кандидат медицинских наук, ученый секретарь  
Кыргызского научно-исследовательского  
института курортологии и восстановительного  
лечения

**Ведущая организация:** Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова, кафедра общей хирургии и топографической анатомии (050000, г. Алматы, ул. Толе Би 94).

Защита диссертации состоится «28» марта 2024 года в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.22.650 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева и Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале, Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: [https://vc.vak.kg/b/d\\_1-xar-5tx-9lo](https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте: [www.nsc.kg](http://www.nsc.kg).

Автореферат разослан «26» февраля 2024 года.

**Ученый секретарь**

**диссертационного совета,**

**кандидат медицинских наук, доцент**

**М. Б. Чапыев**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы диссертации.** Эхинококкоз продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой в странах с развитым животноводством. Эндемическими очагами эхинококкоза являются многие регионы и в том числе страны Центральной Азии, в экономике которых тонкорунное овцеводство продолжает играть существенную роль [З. А. Азиззода, 2019; Б. А. Акматов 1989; F. Rinaldi, 2014; P. Deplazes et al., 2017; S. Baumann, 2019]. В последние годы отмечается существенный рост заболеваемости эхинококкоза не только в очагах эндемии, но и там, где раньше наблюдали лишь единичные случаи и кроме того увеличилось число больных не только среди сельского населения, но и городского, что связано с большой миграцией населения [Е. В. Рябоконь, 2013; П. С. Ветшев, 2013; G. K. Charalambous, 2014; Т. Е. Мукантаев, 2017]. С ростом числа больных с эхинококкозом увеличивается и количество с осложненными формами эхинококкоза [К. М. Курбонов, 2002; М. Г. Кенжаев, 2001; В. А. Сипливый, 2005; K. Mohkam, 2005].

Анализ современных методов лечения эхинококкоза показывает, что имеются три направления в его лечении: первое - это традиционные оперативные вмешательства (органосохраняющие и радикальные), второе - это чрескожное пункционно-дренирующее лечение паразитарных кист под контролем УЗИ или КТ с проведением пред - и послеоперационной химиотерапии [V. Pelaez et al., 2000; В. Subramaniam, 2013; Т. Tuxun, 2014; Н. Wen, 2019]. Третье направление связано с применением эндовидеохирургических технологий. Но удельный вес радикально произведенных хирургических вмешательств при эхинококкозе не превышает 21-53% [М. Abbas, 2006; О. Г. Скипенко, 2011; K. Buttenschoen, 2004]. Актуальным представляется внедрение эндовидеохирургических методов оперативных вмешательств, способных повысить удельный вес больных с благоприятным исходом, но до настоящего времени разработали показания и противопоказания к использованию этого метода, не разработан метод герметичного аспирации содержимого кисты и не обоснован возможность абдоминализации, что и явилось основанием для выполнения данного исследования.

**Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями.** Научная работа инициативная.

**Цель работы:** улучшение результатов оперативного лечения больных эхинококкозом печени за счет использования усовершенствованных этапов эндовидеохирургического метода.

**Задачи исследования:**

1. Уточнить показания к эндовидеохирургическим вмешательствам при

первичном эхинококкозе печени.

2. Усовершенствовать метод аспирации содержимого кист и отдельные этапы лапароскопической эхинококкэктомии.

3. Обосновать возможность выполнения эхинококкэктомии с применением эндовидеохирургического метода.

4. Дать сравнительную оценку эндовидеохирургическому и лапаротомному доступам при условии равнозначном поражении печени.

#### **Научная новизна полученных результатов:**

1. Обоснованы и разработаны показания к выполнению лапароскопической эхинококкэктомии при первичном эхинококкозе.

2. Усовершенствована методика аспирации содержимого кисты предотвращающая обсеменение брюшной полости и отдельные этапы эхинококкэктомии.

3. Обоснована возможность выполнения абдоминализации полости фиброзной капсулы при лапароскопической эхинококкэктомии.

4. Представлены преимущества лапароскопической эхинококкэктомии.

#### **Практическая значимость полученных результатов:**

1. Уточнены показания к отбору пациентов для выполнения видеолaparоскопической эхинококкэктомии печени и разработан алгоритм показаний к лапароскопическим и лапаротомным операциям на которое было получено удостоверение на рационализаторское предложение «Внедрение усовершенствованного алгоритма показаний к лапароскопическим и открытым операциям при эхинококкозе печени» №89/2023 при КГМА им. И.К. Ахунбаева от 5 июня 2023 года.

2. Технически усовершенствована методика аспирации эхинококковой жидкости, на которое было получено удостоверение на рационализаторское предложение «Способ аспирации эхинококковой кисты при эндовидеохирургическом лечении эхинококкоза печени» №88/2023 при КГМА им. И.К. Ахунбаева от 5 июня 2023 года и его отдельные этапы при выполнении видеолaparоскопической эхинококкэктомии печени, позволяющая снизить травматичность, продолжительность операции, и сокращения пребывания в стационаре. Предложен эффективный способ предостережения желчных свищей после удаления эхинококковых кист печени.

3. Доказанное применение видеолaparоскопии в хирургическом лечении эхинококкоза печени, которая, благодаря минимальной инвазивности, уменьшает частоту послеоперационных осложнений, продолжительность и затраты на стационарное лечение.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Основными условиями для использования видеолaparоскопической операции при эхинококкозе печени являются: неосложненные формы первичного

эхинококкоза печени.

2. Усовершенствованные технические методики пункции эхинококковой кисты, обработки остаточной полости, абдоминализация остаточной полости с оментопластикой, частичной перицистэктомией, позволяют снизить травматичность и продолжительность операции, частоту послеоперационных осложнений, сократить сроки пребывания пациента в стационаре и затраты на лечение больных.

**Личный вклад соискателя.** Принимал активное личное участие в проведении большинства операций видеолaparоскопической эхинококкэктомии из печени, в сборе и статистической обработке клинического материала и анализе полученных результатов. Включает обследование больных, участие в оперативном лечении, использование мер профилактики и ведение послеоперационном периоде. Анализ результатов исследования и их статистическая обработка выполнены лично автором.

**Апробация результатов исследования.** Основные положения диссертации доложены и обсуждены: на научно-практической конференции молодых ученых КГМА им. И.К. Ахунбаева (2021, 2022 г. Бишкек). Круглый стол Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева «Междисциплинарные обсуждение проблем паразитарных заболеваний человека» 2022. XXIX Всемирный конгресс по эхинококкозу 2023г.

**Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.** Результаты диссертационной работы отражены в 5 научных статьях из них 2 статьи были опубликованы в журналах индексируемой SCOPUS, одна статья опубликован в журнале индексируемой Web of Science и 2 статьи индексируемой системами РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 105 страницах компьютерного набора на русском языке, Time New Roman, Кириллицей, шрифтом 14, междустрочный интервал 1,5. Состоит из введения, обзора литературы, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы и приложения. Диссертация иллюстрирована 22 таблицами, 22 рисунками, библиографический указатель включает 193 литературных источника, из них 96 работ авторов дальнего зарубежья.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

**Во введении** дана актуальность темы исследования, цель и задачи, изложена научная новизна и практическая значимость выполненной работы, и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

**В первой главе «Современные тенденции в лечении эхинококкоза печени (обзор литературы)»** изложена распространенность эхинококкоза печени и ее осложнений и даны основные методы лечения этой патологии. Также в этой главе

представлены литературные сведения о диагностических мероприятиях используемых при эхинококкозе печени. В обзоре литературы дана техническая характеристика ликвидации остаточной полости, после эхинококкэктомии, применяемые учеными всего мира. Анализируя особенности эндовидеохирургического лечения заболеваний, отмечено эффективность метода по отношению рецидива заболевания а также ликвидации остаточной полости.

В главе использованы литературные источники последних лет и обзор изложен достаточно критично.

Во второй главе «Методология и методика обследования» дана общая характеристика по методологиям и методам обследования пациентов.

## **2.1. Объект и предмет исследования, клиническая характеристика больных.**

**Объект исследования:** 123 больных эхинококкозом печени, 53 (основная группа), 70 (группа сравнения).

**Предмет исследования:** течение эхинококкоза печени и улучшение эндовидеохирургической эхинококкэктомии.

Критериями включения являются неосложненные формы эхинококкоза печени, а критериями исключения рецидивные кисты и осложненные формы.

Работа основана на результатах хирургического лечения 123 больных первичным эхинококкозом печени оперированных в городской клинической больнице №1 и в учреждении «учебно-лечебно-научном» медицинском центре КГМА им. И. К. Ахунбаева, г. Бишкек за период с 2018 по 2022 годы включительно.

Из общего количества пациентов у 53 (43,1%) выполнено оперативное вмешательство с применением видеолaparоскопического метода, которое составило основную группу, а у 70 (56,9%) пациентов в оперативном лечении использовали традиционный лапаротомный способ (группа сравнения). Их распределение по полу и возрасту дано в (таблице 2.1.1 и на рисунке 2.1.1).

Таблица 2.1.1 – Распределение больных по полу и возрасту

	Основная группа, n-53		Группа сравнения, n-70		Всего	
Возраст	жен.	муж.	жен.	муж.	абс.	%
0 – 20 лет	9	5	14	6	34	27,6
От 21 до 30 лет	2	4	7	5	17	13,8
От 31 до 40 лет	4	4	10	7	26	21,1
От 41 до 50 лет	5	8	7	2	22	17,9
От 51 до 60 лет	3	4	6	1	14	11,4
От 61 до 70 лет	3	2	5	-	10	8,2
Всего	26 (49,1%)	27 (50,9%)	49(70,0%)	21 (30,0%)	123	100,0

Среди всех поступивших, преобладали женщины 75 (61%), в сравнении с мужчинами 48 (39%) и большинство из них (90,0%) были в трудоспособном возрасте, а при рассмотрении групп в основном количество женщин и мужчин было равнозначным.

Из числа оперированных сельские жители составили 106 (88,3%).

При рассмотрении сроков заболевания установлено, что наибольший удельный вес занимали пациенты со сроком до 1 лет.

При анализе групп, в основной, сопутствующие заболевания имели место у 26,2% и в группе сравнения 27,0 %. В обеих группах основной сопутствующей патологией были заболевания сердечно - сосудистой системы (12,9%), их необходимо было учесть, так как они в свою очередь повышают риск оперативного вмешательства, особенно в условиях карбоксиперитонеума.

Из числа обследованных у 4 пациентов (7,5%) обнаружены заболевания, требующие оперативного лечения, которым были выполнены симультанные операции, из всех этих пациентов в 4-х случаях провели симультанные операции видеолапароскопическим способом.

Среди обследованных пациентов эхинококковые кисты чаще располагались в правой доле печени (табл. 2.1.5). Из 123 оперированных у большинства кисты располагались в зоне VI и VII сегментов, соответственно 26 и 25,2 % и существенно реже I и VIII сегментов печени.

Таблица 2.1.5 – Локализация эхинококковых кист в печени

Локализация кист в печени (сегмент печени)	Основная группа n=53	Группа сравнения n=70	Всего	
			абс.кол.	%
I	3	2	5	4,1
II	6	6	12	9,8
III	4	5	9	7,3
IV	6	4	10	8,1
V	7	10	17	13,8

При сегментарном разделении основными сегментами, где локализовались кисты, в VI (26%), VII (25,2%) и V сегментах печени (13,8%).

В основной группе локализация кист в I и VIII сегментах печени была у 7 пациентов, а в группе сравнения у пяти пациентов кисты располагались в I и VIII сегментах печени.

Всех поступивших больных мы разделяли по классификации ВОЗ.

Таблица 2.1.6 – Сонографическая классификация эхинококковой кисты по ВОЗ

Группа	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
CL	0	0	0	0
CE1	28	52,8	38	54,3
CE2	25	47,2	32	45,7
CE3	0	0	0	0
CE4	0	0	0	0
CE5	0	0	0	0
Всего	53	100	70	100

Из числа обследованных нами больных CE1 составило в основной и группе сравнения соответственно 52,8 и 54,3 %, а CE2 47,2% и 45,7%.

При обследовании также уделяли внимание размерам кист (табл. 2.1.7), которые колебались от 3 до 18 см. В оценке размера кист мы придерживались разработанной классификации, которую использовали Кенжаев М.Г., Акматов Б.А., (2001).: малые (до 5 см), средние (от 5 до 10 см), большие (от 10 до 20см) и гигантские (более 20 см).

Таблица 2.1.7 – Распределение больных по размерам кист

Диаметр кист в печени (см)	Основная группа		Группа сравнения		Всего	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Малые до 5см	6	11,3	—	—	6	4,9
Средние от 5 до 10 см	35	66,1	44	62,9	79	64,2
Большие от 10 до 20 см	12	22,6	26	37,1	38	30,9
Всего	53	100,0	70	100,0	123	100,0

На нашем метериале преобладали кисты средних и больших размеров в обеих группах.

## 2.2. Методы обследования больных с эхинококкозом печени

Во время диагностики пациентов с эхинококкозом печени мы использовали следующие методы: физикальные, лабораторные, инструментальные.

**Лабораторные методы исследования.** В пред- и послеоперационном периоде всем пациентам выполняли лабораторные исследования, которые включали: общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф –Калифу Я. Я. (1941).

$$\text{ЛИИ} = \frac{(4\text{М} + 3\text{Ю} + 2\text{П} + \text{Сегм.}) * (\text{Плазм. Кл.} + 1)}{(\text{Мон} + \text{Лимф.}) * (\text{Эоз.} + 1)}$$

где: Мц – миелоциты; Ю – юные; П-палочкоядерные; С- сегментоядерные;



Пл.к. – плазматические клетки; Мон- моноциты; Лимф – лимфоциты; Э- эозинофилы.

Мы использовали этот показатель, так как по данным многих исследователей ЛИИ является одним из наиболее достоверных показателей степени воспалительного процесса и интоксикации и в оценке эффективности лечения воспалительных заболеваний (Черемисов О.В 2005; Ширинов, З. Т., 2016).

Для оценки функционального состояния печени и почек выполняли биохимические исследования крови, печеночные тесты (билирубин, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, общий белок, белковые фракции), почечные тесты (мочевина, креатинин) по общепринятым методикам.

В диагностике использовали кожно-аллергическую реакцию Казони с апиногенным антигеном, разработанную Акматовым Б.А. и соавт. (1994), постановка не сопровождается лимфангоитом и лимфаденитом.

**Ультразвуковое исследование.** Одним из наиболее доступных, малозатратных и особенно эффективных методов исследования кистозных образований печени, тем более эхинококкоза печени, является УЗИ. Основными диагностическими критериями, которые направлены при этом методе исследования: уточнить размеры, локализацию, наличие дочерних кист, определить количество кист, чтобы выбрать наиболее оптимальный метод оперативного вмешательства (лапароскопический или лапаротомный).

УЗ исследование выполняли аппаратом под названием "Esoakt" производства Италия.

На основании результатов обследования до операции в сопоставлении с интраоперационным результатом эхинококкоза печени были получены следующие данные: чувствительность и специфичность метода оказались достаточно высокими: чувствительность - 89 %, специфичность - 95 %.

Необходимо отметить, что УЗИ является методом, который позволяет с большой точностью определить локализацию, характер кист, размеры.

В неясных случаях выполняли КТ или МРТ, которые дают возможность более точно оценить связь кисты с сосудистыми и протоковыми элементами печени.

### **Глава 2.3 Статистическая обработка данных.**

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью персонального компьютера по программе MS Excel 2010, с определением средней арифметической (м), средней квадраты (L) и ошибки ряда (м), а степень достоверности вычисляли по t-критерию таблицы Стьюдента.

**В третьей главе «Результаты эндовидеохирургического метода лечения больных первичным эхинококкозом печени».**

**3.1** При проведении эндовидеохирургических операций на органах брюшной полости, которые были выполнены у 53 больных основным условием являлось состояние позволяющее использовать пневмоперитонеум. С целью профилактики

госпитальных осложнений проводилось обследование пациентов амбулаторно, а недостающие исследования в условиях стационара, которым планировали лапароскопическую эхинококкэктомию.

Показанием к данному виду оперативного вмешательства было: наличие эхинококковых кист в печени, не находящихся в глубине паренхимы печени и неосложненные формы. Противопоказанием считали интрапаренхиматозное расположение кист и осложненные формы эхинококкоза (прорыв кисты в желчные ходы и свободную брюшную полость), а также сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации. Основную группу составили 53 больных, которым было выполнено лапароскопическая эхинококкэктомию. Из них женщин было 26 (49,1%) и мужчин 27 (50,9%), следовательно поступившие полу были почти в равном числе. Среди женщин наибольшее число было поступивших до 20 лет (9 человек) и по 5 пациентов в возрасте от 31 до 40 лет и от 41 до 51 лет. А среди мужчин наибольшее число было в возрасте от 41 до 50 лет (8чел.). Анализ возраст показал, что все они были в трудоспособном возрасте. Давность заболевания колебался в пределах от 6 месяцев до 5 лет, но наибольшую группу составили пациенты со сроком заболевания до одного года.

В результате обследования определены локализации кист (табл. 3.1.1).

Таблица 3.1.1 – Локализации кист у больных основной группы

Сегменты Печени	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Количество больных, абс.	3	6	4	6	7	15	8	4
%	5,7	11,3	7,5	11,3	13,2	28,3	15,2	7,5

При рассмотрении локализации кист установлено, что в этой группе кисты чаще располагались в VI сегменте и в равном числе (6чел.) во II и IV сегментах. Анализ показал, что у большинства кист были средних и больших размеров.

### **3.2. Техника выполнения эндовидеохирургических эхинококкэктомий**

Выполняли под комбинированным эндотрахеальным наркозом. Карбоксипневмоперитонеум, пункции брюшной полости с помощью иглы Вереща – карбоксиперитенеум 10-12 мм рт. ст. в от общего состояния пациента.

Техника выполнялась в основном с использованием 3 или 4 троакаров (рис. 3.2.1). Первый троакар для наложения карбоксипневмоперитенеума и для расположения видеокамеры устанавливали над верхней параумбиликальной точкой, основной рабочий троакар - в эпигастрии справа от срединной линии.

Дополнительные рабочие троакары (5 или 10мм) располагали в правом мезогастрии и правом подреберье. При локализации кисты в правой доле печени

установка троакаров выполнялась как при стандартной холецистэктомии. А при локализации кисты в левой доле печени установка троакаров была следующая: первый троакар-параумбиликально сверху, второй и третий справа и слева по наружному краю прямой мышцы живота и редко (6 случаях) дополнительно один 5 мм троакар в левом мезогастррии (рис. 3.1.2). Расположение троакаров и установка менялась при локализации кист в труднодоступных локализациях.

При введении в брюшную полость лапароскопа, выполняли диагностическую лапароскопию при котором уточняли расположении кисты, её размеры и состояние окружающих органов и тканей и намечали место пункции, после этого в область планируемой операции, для предотвращения обсеменения эхинококковой жидкости в брюшную полость, обкладывали марлевыми салфетками смоченными 20 % гипертоническим раствором.

Методика эхинококкэктомии: самым первым этапом при проведении эхинококкэктомии пункция кисты. Основополагающую роль отдавали методике пункции с соблюдением принципа апаразитарности операции, которую выполняли специальной пункционно-аспирационной иглой, которая представляет собой острую иглу диаметром 3 мм длина кончика которой составлял 2 см, последующем игла расширяется до 5 мм, закрывая по краям место пункции в целях предотвращения обсеменения, игла подключалась к отсосному аппарату и при этом отсосный аппарат пунктировали эхинококковую кисту и проводили разгрузку кисты, при выполнении пункции и аспирации следили за содержимым кисты, если при аспирации жидкость выходила желто-коричневой это свидетельствовало о желчеистечении и наличие желчного свища, аспирировали ее содержимое. Не удаляя пункционную иглу, вводили в полость 95% этиловый спирт для обеззараживания. В большинстве случаев характер жидкости был прозрачным, в этом случае также аспирировали незначительное количество содержимого, не удаляя пункционную иглу, в кисту вводили 20 % гипертонического раствора натрия хлорида. С целью обеззараживания плодных элементов эхинококка использовали 20 % раствор гипертонического раствора NaCl, учитывая литературные сведения, которые детально исследовали концентрацию этого раствора и указывают что эта концентрация, обладает сколецидным действием, хорошо проникающим в карманы и бухты фиброзной капсулы.

А при выявления желчного свища не использовали гипертонический, потому что гипертонический раствор при попадании в желчные пути приводит к склерозу.

Обеззараживание плодных элементов осуществляли 20 % гипертоническим раствором, экспозиция раствора в полости эхинококковой кисты была 15 мин. При выявлении дочерних кист вводили 10 мм отсос и с помощью его отсасывали дочерние кисты.

После пункции кисты и обработки полости антипаразитарным раствором с помощью монополярной электрокоагуляции или острым методом вскрывали

полость, затем из стерильной перчатки делали эндобак, погружали в брюшную полость через 10 мм троакар и туда в перчатку помещали хитиновую оболочку и удаляли из брюшной полости.

Для выявления желчных свищей сначала накрывали остаточную полость салфеткой и дополнительно выполняли цистоскопию фиброзной полости которая давало возможность более детально выявить очаг желчеистечения, и технически выполнялось без каких либо затруднений. При выявлении желчных свищей у 4 пациентов, их интракорпоральным методом ушивали атравматическими абсорбируемыми полигликсовыми нитями 2,0, а в 2 случаях из за мелких свищей оставляли дренаж в остаточной полости. Дренажные трубки удаляли на 2 и 3 сутки после УЗИ контроля остаточной полости.

Края фиброзной капсулы с помощью монополярной коагуляции в пределах неизменной и видимой печеночной ткани удаляли. А при интрапаренхиматозных локализациях кист выполняли оментопластику. При краевом расположении в 4 случаях с помощью ультразвукового скальпеля выполнили частичную перицистэктомию и еще в 5 случаях выполнили инвагинацию интракорпоральными швами. В ликвидации полости фиброзной капсулы первостепенное значение отдавали методу абдоминализации или абдоминализации с ушиванием желчного свища. На момент выписки всем рекомендовано прием альбендазола с целью профилактики рецидива по схеме 3 курса 28 дней прием 14 дней перерыв.

Больные с первичным эхинококкозом печени были оперированы под эндотрахеальным наркозом. Типы произведенных операций даны в таблице 3.3.1.

Таблица 3.3.1 – Характер операций при первичном эхинококкозе печени и осложнений послеоперационном периоде

Типы операций	Количество больных	%
Эхинококкэктомия +оментопластика	9	16,3
Абдоминализация	25	47,1
Абдоминализация + ушивание свища	4	7,5
Инвагинация	5	9,6
Частичная перицистэктомия	4	7,5
Сочетанные операции	1	1,6
А) Эхинококкэктомия легких и печени.		
Б) Эхинококкэктомия печени +большого сальника.	1	1,7
Симультанные операции: Эхинококкэктомия+ холецистэктомия	4	8,5

Из 53 оперированных лишь у двух удалось выполнить закрытую эхинококкэктомию, это при локализации кисты в легком у одного при сочетанном поражении печени и легких и еще у одного при расположении кисты в печени в зоне 5 сегмента. У большинства нами были использованы методика абдоминализации (25 человек), при этом выполняли контроль на выявление желчных свищей так как при их наличии и не тщательном ушивании возникает грозное осложнение как желчеистечение. Ушивали свищи (4 чел.). В ликвидации полости фиброзной капсулы у 9 применяли оментопластику с дренированием микроиригатором, а у 5 пациентов инвагинационный метод с дренированием и аспирацией отделяемого. В ликвидации полости фиброзной капсулы у 4 пациентов выполнили частичную перицистэктомию.

Выполнена эхинококкэктомия и при сочетанном поражении печени, легкого и большого сальника. В терминологии операций при сочетанном поражении, мы, как и ряд исследователей (С.А. Иванов, 2015, В.С. Тарасенко, 2014) использовали лапароскопическую и торакоскопическую эхинококкэктомию печени и легких, когда имеет место одна патология в различных органах, и симультанные, когда эхинококкоз сочетался с другими заболеваниями.

Из числа наблюдаемых нами больных у 2 были выполнены сочетанные операции, а у 4 симультанные.

При симультанных- сперва осуществляли холецистэктомию, а затем эхинококкэктомию. При сочетанных не придавали значения.

При использовании эндовидеохирургического вмешательства с целью обеззараживания применяли гипертонический (20 %) раствор хлорида натрия, так как большинство (Ю.В.Бирюков, 2000, Н.Т., Khosrow 2011) отмечают оптимальную сколексоцидный эффект, а участок пункции обкладывали салфетками, смоченным 20% гипертоническим раствором. Операцию заканчивали орошением поддиафрагмального пространства и троакарных ран раствором лидокаина, которое существенно снижает проявление болевого синдрома (А.К.Айтеев, 2016).

К моменту выписки выполняли УЗИ и при этом у одного больного, обнаружили остаточную полость небольших размеров (1,5 х 2 см) без воспалительных изменений и жидкости. За ним продолжено наблюдение. У одного – желчеистечение, которое прекратилось самостоятельно через 2 месяца.

А у второго пациента в послеоперационном периоде из-за желчеистечения возникла необходимость в выполнении повторной операции.

После выполнения ЭВХ и разбора всех пациентов мы разработали алгоритм показания к лапароскопическим и открытым операциям.

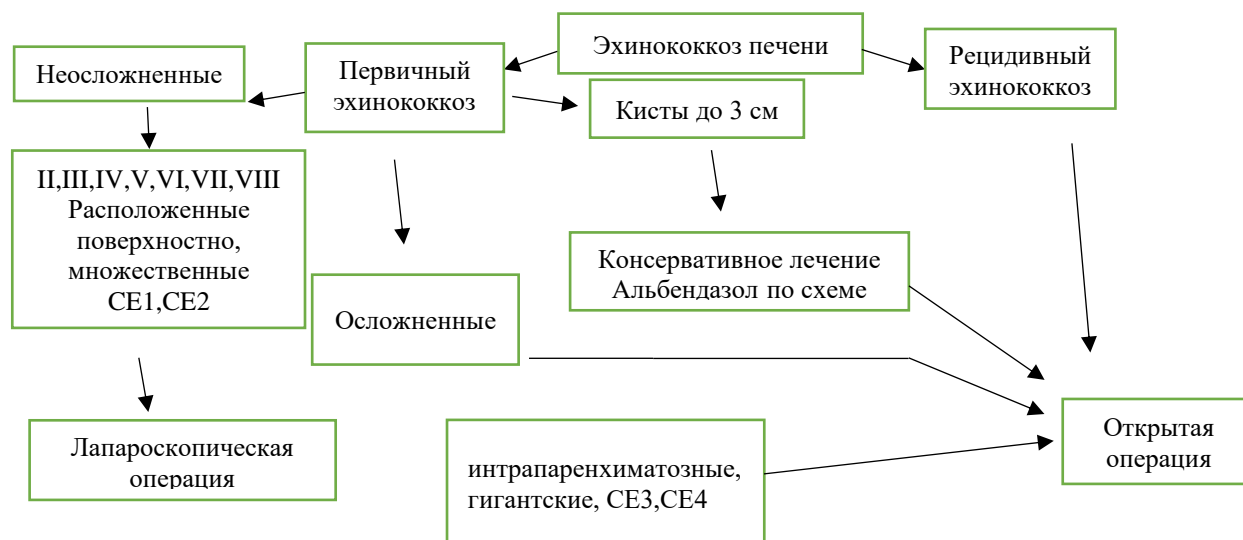


Рисунок 3.3.6 – Алгоритм показаний к лапароскопическим и открытым операциям.

## Глава четвертая «Результаты хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени».

**4.1 Клиническая характеристика больных.** Для оценки лапароскопических операции мы использовали результаты оперативного лечения у больных, у которых операции были выполнены лапаротомным доступом. Эта группа составила 70 пациентов. Чтобы судить об эффективности вмешательства и течении послеоперационного периода мы основывались на главных клинических параметрах: частота и характер осложнений, продолжительность операций и срок стационарного лечения.

Характеристика больных группы сравнения. Из 70 оперированных женщин было 43, мужчин 27, а возраст колебался от 28 до 56 лет, давность заболевания у большинства поступивших составляла до одного года, в этой группе выполняли исследования как и в основной, направленных на возможность выполнения операции по поводу эхинококкоза печени.

Наиболее часто кисты локализовались в зоне VI и VII сегментов печени (соответственно 32,8 и 24,3 %).

При УЗИ обращали внимание не только на локализацию, но и на размеры кист.

В группе сравнения с малыми размерами кист операции не выполняли, у большинства были кисты средних величин. При поступлении обращали внимание на результаты общего анализа крови и показатели функционального состояния печени и почек.

Анализ результатов показал, что основные показатели общего анализа не отличались от нормы, но имело место эозинофилия( $6,8 \pm 0,40$ ). Также были

исследованы показатели функционального состояния печени и почек (4.1.4).

Выполненное исследование позволило оценить функциональное состояние печени и почек и решить вопрос о возможности операции. При обследовании обращали внимание на выявление сопутствующих заболеваний, в этой группе они составили 28 %, но их тяжесть не повлияла на показания к изолированным операциям.

Показанием для оперативного лечения были те же, что и в основной группе больных.

Таблица 4.1.1 – Результаты оперативного лечения больных группы сравнения

Типы операций	Всего больных	$M_2 \pm m_2$
оментопластика	9	$98,8 \pm 10,71$
абдоминализация	25	$88,23 \pm 1,85$
Абдоминализация+ушивание свища	4	$81,12 \pm 7,44$
Инвагинация	5	$82,4 \pm 4,87$
Частичная перицистэктомия	4	$95,4 \pm 2,54$
Сочетанные операции	2	$85,6 \pm 5,77$
Симультанные операции	4	$104,8 \pm 3,18$

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом и типы операции были такие же как и в основной группе. Отдавали предпочтение абдоминализации полости фиброзной капсулы и абдоминализации с ушиванием свища, что составило 52,8 %. Следующей операцией была эхинококкэктомия с оментопластикой и инвагинация (по 8 наблюдений). Частичная перицистэктомия выполнена 13 поступившим (18,7 %) и симультанные операции произведены 4 (5,7 %), у которых эхинококкоз сочетался с хроническим калькулезным холециститом. И в этой группе при сочетанных патологиях, сначала операцию выполняли по поводу непаразитарной патологии (холецистэктомию), а затем эхинококкэктомию. В группе сравнения симультанных операций были произведены у 4 больных эхинококкэктомия с холецистэктомией.

Таблица 4.1.2 – Типы выполненных операций в группе сравнения и характер осложнений

Тип операции	Всего		Из них возникли осложнения				
	абс	%	желче истече- ние	нагное ние ран	остаточ- ная полость	плев- рит	всего осложн ений
Абдоминализация	30	42,8	3			1	4
Эхинококкэктомия +оментопластика	8	11,4			2		2
Инвагинация	8	11,4					
Абдоминализация +ушивание желчного свища	7	10,0		2			2
Частичная перицистэктомия	13	18,7				1	1
Симультанные операции: эхинококкэктомия + холецистэктомия	4	5,7					
Всего	70	100,0	3	2	2	2	9 (12,9%)

Анализ ближайших результатов показал, что после абдоминализации осложнения возникли у 3-х больных, из них у одного желчеистечение, которому потребовалась повторная операция. У 2-х это осложнение прекратилось самостоятельно. Плеврит возник у 2 больных с локализацией кисты в 7-8 сегменте печени, который был ликвидирован пункциями грудной полости и с усилением противовоспалительной терапии. У 2 отмечены раневые осложнения (нагноение раны, у 2 и инфильтрат у одного). При использовании оментопластики у 2 больных из 7 к моменту выписки обнаружили остаточную полость. После частичной перицистэктомии у одного возник инфильтрат операционной раны. После симультанных операций осложнения не наблюдали. Следовательно в группе сравнения осложнения в послеоперационном периоде возникли у 9 больных, что составило 12,9%.

Мы определили продолжительность операции и сроки стационарного лечения (табл. 4.1.3).



Таблица 4.1.3 – Продолжительность операции больных группы сравнения (в минутах)

Типы операций	Всего больных	$M_2 \pm m_2$
оментопластика	9	$98,8 \pm 10,71$
абдоминизация	25	$88,23 \pm 1,85$
Абдоминизация+ушивание свища	4	$81,12 \pm 7,44$
Инвагинация	5	$82,4 \pm 4,87$
Частичная перицистэктомия	4	$95,4 \pm 2,54$
Сочетанные операции	2	$85,6 \pm 5,77$
Симультанные операции	4	$104,8 \pm 3,18$

Таким образом анализ оперированных больных в группе сравнения показал что наиболее часто поступали лица в трудоспособном возрасте и незначительно превалировали женщины по сравнению с мужчинами. Срок заболевания у большинства составлял до 1 года. Локализация кист превалировала в зоне 6-7 сегментов а размеры кист были средние и большие. Тип операции определялся локализацией кист их размером и наибольшую группу составили пациенты у которых полость фиброзной капсулы ликвидирована абдоминизацией или абдоминизацией с ушиванием свища. В равном наблюдений выполнена оментопластика и инвагинация. В послеоперационном периоде, осложнения возникли у 9 пациентов, что составило 12,9%, но все они были излечены ко времени выписки из стационара.

#### **4.2. Результаты обследования и лечения больных.**

Среди поступивших в основной группе соотношение мужчин и женщин было равнозначно, а в группе сравнения превалировали женщины. Также был сопоставлен возраст поступивших в основной и группе сравнения и он был равнозначен. Особое внимание было обращено на локализацию кист в различных сегментах печени. Рассматривая локализацию кист следует отметить, что в обеих группах наиболее часто кисты локализованные в зоне 6 и 7 сегментов. Мы также оценили размеры кист в обеих группах и при этом было установлено, что в основной группе с малыми кистами было 6 больных, в то время как в группе сравнения оперативное лечение малых размеров кист не выполняли, но эти различия не влияли на исходы заболевания. Оперативные методы лечения были одинаковыми, в обеих наблюдаемых группах, а различия заключались лишь в количестве. В обеих группах выполнялись и симультанные операции, следовательно объём операции был идентичным в основной и группе сравнения (табл. 4.2.2).

Таблица 4.2.1 – Сравнительная оценка результатов оперативного лечения больных эхинококкозом печени основной группы и группы сравнения

Тип операции		Основная группа		Группа сравнения	Р-степень для достоверности $M_1-M_2$
	Число больных	$M_1 \pm m_1$ Минут	Число больных	$M_2 \pm m_2$ Минут	
Абдоминализация	25	69,76 $\pm$ 3,37	30	98,8 $\pm$ 10,71	>0,05
оментопластика	9	67,3 $\pm$ 2,69	8	88,23 $\pm$ 1,85	>0,05
Инвагинация	5	69,8 $\pm$ 0,94	8	81,12 $\pm$ 7,44	<0,05
Частичная перицистэктомия	4	69,8 $\pm$ 2,12	13	82,4 $\pm$ 4,87	<0,05
Абдоминализация +ушивание свища	4	67,25 $\pm$ 2,17	3	95,4 $\pm$ 2,54	<0,05
Сочетанные операции	2	76,0	-	-	-
Симультанные операции	5	91,6 $\pm$ 4,17	4	104,8 $\pm$ 3,18	<0,05

Таблица 4.2.2 – Типы выполненных операции основной группы и группы сравнения

Типы операции	Основная группа		Группа сравнения	
	абс.	%	абс.	%
Абдоминализация	25	47,2	30	42,8
Эхинококкэктомия +оментопластика	9	16,9	8	11,4
Инвагинация	5	9,4	8	11,4
Абдоминализация +ушивание желчного свища	3	5,7	7	10,0
Частичная перицистэктомия	4	7,5	13	18,7
Симультанные операции: эхинококкэктомия+холецистэктомия	5	9,4	4	5,7
Сочетанные операции	2	3,9	-	-
Всего:	53	100,0	70	100,0

Особое внимание нами было обращено на частоту возникновения осложнений, что является основным показателем. Так в основной группе осложнения имели место у 3 (5,7%) из 53 больных. А в группе сравнения из 70 у 9 (12,9%), в два раза выше (рис.4.1), что подтверждает преимущество эндовидеохирургической операции при эхинококкозе печени.

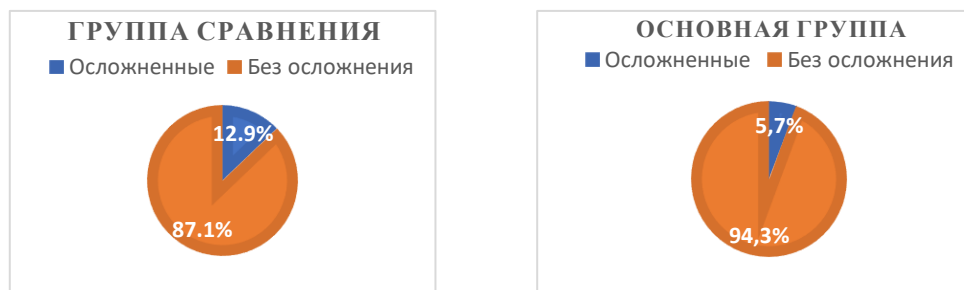


Рисунок 4.1 – Частота осложнений после операции в основной и группе сравнения.

Проследили что сроки пребывания в стационаре у ряда больных были достоверно короче при эндовидеохирургическом вмешательстве. В процессе наблюдения мы определили и продолжительность операции в зависимости от метода ликвидации полости фиброзной капсулы. Таким образом полученные данные показывают преимущество применения эндовидеохирургических вмешательств перед лапаротомными которые заключаются в продолжительности операции (табл. 4.2.3), более коротким сроком стационарного лечения (табл. 4.2.4) и более низкой частотой осложнений в послеоперационном периоде.

Таблица 4.2.3 – Сроки стационарного лечения (сутки)

Типы операции	Число больных n	Основная группа $M_1 \pm m_1$	Число больных N	Группа сравнения $M_2 \pm m_2$	P-степень достоверности $M_1 - M_2$
Абдоминализация	25	$5,1 \pm 0,25$	30	$10,2 \pm 0,28$	$>0,001$
Оментопластика	9	$4,9 \pm 0,34$	8	$11,4 \pm 0,42$	$>0,001$
Инвагинация	5	$4,6 \pm 0,71$	8	$8,8 \pm 0,39$	$<0,02$
Частичная перицистэктомия	4	$4,25 \pm 1,12$	13	$10,2 \pm 0,66$	$<0,001$
Абдоминализация + ушивание свища	4	5,25	7	$10,7 \pm 0,54$	$<0,001$
Сочетанные операции	2	M-8	-		
Симультанные операции	4	$6,75 \pm 0,92$	4	$10,8 \pm 0,51$	$<0,005$

Таблица 4.2.4 – Продолжительность операции ( в минутах)

Тип операции		Основная группа		Группа сравнения	Р-степень для достоверности $M_1-M_2$
	Число больных	$M_1 \pm m_1$ Минут	Число больных	$M_2 \pm m_2$ Минут	
Абдоминализация	25	$69,76 \pm 3,37$	30	$8,8 \pm 10,71$	$>0,05$
оментопластика	9	$67,3 \pm 2,69$	8	$8,23 \pm 1,85$	$>0,05$
Инвагинация	5	$69,8 \pm 0,94$	8	$1,12 \pm 7,44$	$<0,05$
Частичная перицистэктомия	4	$69,8 \pm 2,12$	13	$82,4 \pm 4,87$	$<0,05$
Абдоминализация +ушивание свища	4	$7,25 \pm 2,17$	3	$95,4 \pm 2,54$	$<0,05$
Сочетанные операции	2	76,0	-	-	-
Симультанные операции	5	$91,6 \pm 4,17$	4	$104,8 \pm 3,18$	$<0,05$

При оценке отдаленных результатов в группе сравнения у 70 пациентов, в течение 3 лет (из них у 9 пациентов исключены в связи с миграцией), мы разделили пациентов на следующие группы:

- удовлетворительные - у 56 (80,1 %);
- неудовлетворительные - у 5 (7,3 %).

В отдаленных результатах бессимптомные остаточные полости выявлены у 2 (2,9 %) обследованных в сроки до 6 месяцев после частичной перицистэктомии. По данным УЗИ все полости были однокамерные, размеры полостей составляли от 1 до 2,3 см, локализация – в V и VII сегментах печени. После комплексной консервативной терапии и наблюдении до 3 месяцев наступила полная исчезновение остаточных полостей. У одного пациента в сроки через 1 год после операции был обнаружен послеоперационная вентральная грыжа, размерами 3,5 x 5,0 см. Которому выполнили грыжесечение сетчатым имплантом. Лигатурный свищ выявили у одного пациента, которую ликвидировали хирургическим методом.

В таблице 4.3.1 представлены данные отдаленных послеоперационных осложнений у больных в группе сравнения в зависимости от объема операций. Учитывая данные в группе сравнения выздоровление отмечено у 56 (80,1 %) пациентов. Отдаленные послеоперационные осложнения, ухудшающие качество жизни обнаружено у 5 (7,3 %) пациентов. Обследование и оценка отдаленных результатов у 53 пациентов основной группы проводилось в сроки от 6 месяцев до 2,5 лет (5 больных не обследованы в связи с проблемой обратной связи) и в

основной группе мы тоже разделили на группы:

- удовлетворительные - у 46 (86,7 %);
- неудовлетворительные - у 2 (3,7 %).

Таблица 4.3.1 – Характер послеоперационных осложнений в зависимости от объема операций в группе сравнения

Объем операций (n)	Остаточные полости	Рецидив	П/о грыжи	Лигатурные Свищи	Всего Абс.(%)
Частичная Перицистэктомия	2	–	1	-	3 (4,2)
Инвагизия		1			1 (1,4)
Абдоминализация	–		–	1	1 (1,4)
Итого (70)	2 (2,8)	1(1,4)	1 (1,4)	1 (1,4)	5 (7,3)

При клинической, лабораторной и инструментальной оценке хорошие результаты (выздоровление) отмечены у 46 (86,7 %) пациентов. В отдаленных результатов, при выполнении (УЗИ) бессимптомные остаточные полости были выявлены у 2 (3,7 %) обследованных спустя 6 месяцев после операции (оба случая после лапароскопической эхинококкэктомии с оментопластикой). Размеры полостей составили 1,5 см и 3 см, обе остаточные полости локализовались в VII. У перепациентов продолжено динамическое наблюдение с ультразвуковым мониторингом. В динамике отмечено постепенное уменьшение размеров до 0,8 см. Через 1 год отмечено замещение остаточной полости тканью печени. В основной группе удовлетворительные результаты имели место у 46 (86,7 %) пациентов, неудовлетворительные - у 2 (3,7 %) пациентов. Сравнительный анализ полученных отдаленных результатов в группе сравнения и основной группах представлен на (диаграмме 4.4.2).

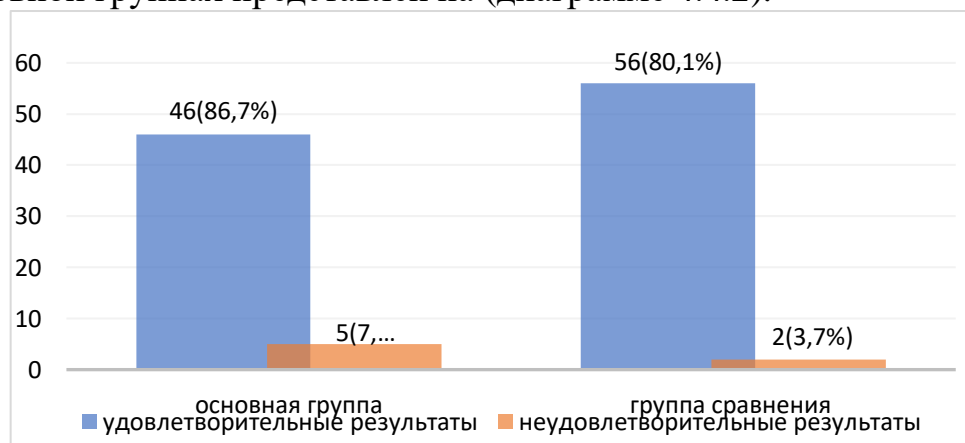


Рисунок 4.4.2 – Сравнительные показатели отдаленных результатов лечения группы сравнения и основной группы.

То есть применение современных эндовидеохирургических технологий на данный момент позволило значительно улучшить отдаленные результаты лечения, по сравнению с группой сравнения. Таким образом, отдаленные результаты лечения первичного эхинококкоза печени на сегодняшний день при внедрении в клиническую практику современных эндовидеохирургических вмешательств вполне оправданы и определяются выбором оптимальных методов оперативных вмешательств.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

1. Выполнение эндовидеохирургических операций возможно при локализации кист в доступных сегментах печени и при средних и больших размерах кист.

2. Использование разработанной эндовидеохирургической методики аспирации и совершенствование отдельных этапов позволило улучшить виды ликвидации полости фиброзной капсулы, что и при лапаротомном доступе.

3. При наличии сочетанных заболеваний можно выполнить симультанные и сочетанные операции без риска возникновения осложнений.

4. Сравнительная оценка показала преимущества лапароскопических операций перед традиционными лапаротомными вмешательствами, которые заключаются в уменьшении продолжительности операции на 12,3%, сроки стационарного лечения на 38,9% и снижения частоты осложнений почти в два раза 12,9 до 5,7%.

5.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. При поступлении больных с эхинококкозом печени необходимо выполнить детальное обследование с целью выявления не только эхинококкоза, но и заболеваний, требующих оперативного лечения.

2. В лечении эхинококкоза печени можно использовать эндовидеохирургический метод в основном при первичном эхинококкозе и кистами расположенных в более доступной локализации.

3. При выявлении эхинококкозов двух органов или системах первым этапом желательно выполнить операцию на том органе, где есть большая угроза возникновения осложнений.

4. При эхинококкозе печени в сочетании с другими заболеваниями, требующими оперативного лечения, можно выполнить симультанные операции, первым этапом должна быть операция по поводу непаразитарного происхождения, а затем эхинококкэктомия.

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. **Toktogaziev, B. T.** Experience of Using Videolaparoscopic in the Treatment of Liver Echinococcosis [Text] / [B. T. Toktogaziev, S. A. Aitbaev, B. R. Osmonov, K. R. Omorov, A. A. Abdiev, R. A. Omorov, A. K. Kanietov, Baudinov I., Erkinbekov A. E., Imankulova A. S.] // Biomedical journal of scientific and technical research. - New York, 2021. - №3. - С. -30343-30348; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://biomedres.us/pdfs/BJSTR.MS.ID.006150.pdf>

2. Лапароскопический метод лечения сочетанного эхинококкоза печени и большого сальника. Клинический случай [Текст] / [Б. Т. Токтогазиев, Е. Х. Хамиджонов, К. Р. Оморов, Д. С. Миклухин] // Здравоохранение Кыргызстана. - 2022. - № 1. - С. 72-76; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48225515>

3. **Toktogaziev, B. T.** Role of videolaparoscopy in the surgical treatment of hepatic cystic echinococcosis [Text] / [B. T. Toktogaziev, S. A. Aitbaev, A. A. Abdiev, A. S. Toktosunov, A. Rysova, M. S. Imankulov, V. Yethindra, P. K. Krishna] // Biomedicine. - Westchester, 2022. - Vol. 42, № 6. - С.1268-1271; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://biomedicineonline.org/index.php/home/article/view/2169/685>

4. **Toktogaziev, B. T.** A rare case of concurrent pulmonary and hepatic hydatid cysts treated by single-stage surgical management [Text] / [B. T. Toktogaziev, K. Omorov, S. A. Aitbaev, B. A. Avasov, R. A. Omorov, V. Yethindra, T. Tagaev] // Clinical Case Reports. - 2022. - №10. - С. 1-4; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ccr3.5897>

5. Токтогазиев, Б. Т. Сравнительная оценка лапаротомных и лапароскопических методов лечения эхинококкоза печени [Текст] / А. К. Тологонова, С. З. Акенов, Б. Т. Токтогазиев // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева. - 2023. - № 2. - С. 128-134; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=54193520>

**Токтогазиев Бакыт Токтогазиевичтин диссертациялык иши «Боор эхинококкозунун эндовидеохирургиялык жолу менен дарылоо» аттуу темадагы 14.01.17 хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасына изденип алуу үчүн диссертациясынын**

## **РЕЗЮМЕСИ**

**Негизги сөздөр:** боор, эхинококкоз, эндовидеохирургия, татаалдашуу.

**Изилдөөнүн максаты:** эндовидеохирургиялык ыкманын өркүндөтүлгөн этаптарын колдонуу аркылуу боор эхинококкозу менен ооругандарды хирургиялык дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

**Изилдөө объектиси:** боор эхинококкозу менен 123 бейтап, 53 (негизги топ), 70 (салыштыруу тобу).

**Изилдөө предмети:** боор эхинококкозунун жүрүшү жана эндовидеохирургиялык эхинококкозэктомияны жакшыртуу.

**Изилдөөнүн ыкмалары:** Кандын толук анализи, боордун функционалдык абалынын биохимиялык көрсөткүчтөрү, УДТ, КТ жана МРТ.

**Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыктары:** Иштин жүрүшүндө пациенттердин 2 тобу аныкталган: биринчи негизги топ – 53 пациент, аларда оорулууларды дарылоодо эндовидеохирургиялык дарылоо ыкмалары колдонулган, ал эми көзөмөл тобу – 70 пациент. салттуу ыкмалар колдонулган. Биринчи топтогу ооруулар 3 (5,7%) пациентте, ал эми контролдоочу топто 9 (12,9%) пациентте болгон, бул боор эхинококкозун дарылоодо эндовидеохирургиялык ыкманын натыйжалуулугун тастыктайт. Сунушталган ыкма ишке ашканда ооруканада болуу убактысы кыскарып, операциянын узактыгы кыскарып, операциядан кийинки ооруулар азаят.

**Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар:** Эмгектеги негизги корутундуларды жана сунуштарды күнүмдүк клиникалык практикаларда, билим берүү процесстеринде жана илимий изилдөөлөрдө колдонсо болот.

**Колдонуу чөйрөсү:** хирургия.



## РЕЗЮМЕ

диссертации **Токтогазиева Бакыта Токтогазиевича**  
**«Эндовидеохирургическое лечения эхинококкоза печени» на соискание**  
**ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17**  
**хирургия**

**Ключевые слова:** печень, эхинококкоз, эндовидеохирургия, осложнения.

**Цель исследования:** улучшение результатов оперативного лечения больных эхинококкозом печени за счет использования усовершенствованных этапов эндовидеохирургического метода.

**Объект исследования:** 123 больных эхинококкозом печени, 53 (основная группа), 70 (группа сравнения).

**Предмет исследования:** течение эхинококкоза печени, и улучшение эндовидеохирургической эхинококкэктомии.

**Методы исследования:** Общий анализ крови, биохимические показатели функционального состояния печени, УЗИ до операции, по показаниям КТ и МРТ.

**Полученные результаты и их научная новизна:** В процессе работы выделены 2 группы больных: первая основная группа- 53 пациента у которых в лечении больных использованы эндовидеохирургические методы лечения контрольная группа- 70 больных у которых применены традиционные методы. Осложнения в первой группе возникли у 3 (5,7%), а в контрольной у 9 (12,9%), что подтверждает эффективность использования эндовидеохирургического метода лечения эхинококкоза печени. При выполнении предложенного метода, сокращается время пребывания в стационаре, продолжительность операции, и уменьшаются послеоперационные осложнения.

**Степень использования или рекомендации по использованию.** Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях

**Область применения:** хирургия.

## SUMMARY

of dissertation by Bakyt Toktogazievich Toktogaziev on the topic: «Endovideosurgical treatment of liver echinococcosis» for the degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.17 - surgery

**Key words:** liver, echinococcosis, endovideosurgery, complications.

**Aim of the study:** to improve the results of surgical treatment of patients with liver echinococcosis through the use of improved stages of the endovideosurgical method.

**Object of study:** 123 patients with liver echinococcosis, 53 (main group), 70 (comparison group).

**Subject of research:** course of liver echinococcosis, and improvement of endovideosurgical echinococcectomy.

**Methods of the study:** Complete blood count, biochemical indicators of the functional state of the liver, ultrasound before surgery, according to the indications of CT and MRI, and ultrasound study of hemodynamics of the liver.

**Research finding and their novelty:** In the process of work, 2 groups of patients were identified: the first main group - 53 patients in whom endovideosurgical methods of treatment were used in the treatment of patients, and the control group - 123 patients in whom traditional methods were used. Complications in the first group occurred in 3 (5.7%) patients, and in the control group in 9 (12.9%) patients, which confirms the effectiveness of the endovideosurgical method for the treatment of liver echinococcosis. When the proposed method is implemented, the time of stay in the hospital is reduced, the duration of the operation is reduced, and postoperative complications are reduced.

**The degree of use or recommendations for use.** The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

**Scope:** surgery.

