



ЎЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

ISSN
2187-7359



Академик
Вахидов В.В.



www.pubsurgery.uz

№4 (88)

2020

ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOGLIKNI SAQLASH VAZIRLIGI
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



ЎЗБЕКИСТОН ХИРУРГИЯСИ

Илмий-амалий журнал
1999 йилда ташкил этилган

ХИРУРГИЯ УЗБЕКИСТАНА

Научно-практический журнал
Основан в 1999 году

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Назирова Ф.Г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Акилов Х.А.	Зуфаров М.М.	Каримов Ш.И.	Собиров Д.М.
Алиев М.М.	Икрамов А.И.	Лигай Р.Е.	Турсунов Б.З.
Алимов А.В.	Исмаилов С.И.	Наврузов С.Н.	Хаджибаев А.М.
Девятков А.В.	Кариёв Г.М.	Низамходжаев З.М.	Шадманов А.К.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Акбаров М.М.	(Ташкент)	Порханов В.А.	(Краснодар)
Акилов Ф.А.	(Ташкент)	Рамазанов М.Е.	(Алматы)
Ахмедов Ю.М.	(Самарканд)	Ревшвили А.Ш.	(Москва)
Байбеков И.М.	(Ташкент)	Салимов Ш.Т.	(Ташкент)
Баймаханов Б.Б.	(Алматы)	Стилиди И.С.	(Москва)
Бахритдинов Ф.Ш.	(Ташкент)	Хакимов М.Ш.	(Ташкент)
Бокерия Л.А.	(Москва)	Ходжиев Д.Ш.	(Нукус)
Готье С.В.	(Москва)	Шамсиев А.М.	(Самарканд)
Давыдов М.И.	(Москва)	Шарапов Н.У.	(Ташкент)
Ирисметов М.Э.	(Ташкент)	Шевченко Ю.Л.	(Москва)
Назирова Л.А.	(Ташкент)	Эргашев Б.Б.	(Ташкент)

Заведующий редакцией - Алимов А.Б.

УЧРЕДИТЕЛЬ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
хирургии имени академика В.Вахидова»

AKADEMIYASI KUTUBXONASI

№4 (88) 2020

ASOSIY O'QUV ZALI

UZBEKISTON RESPUBLIKASI
SAQLASH VAZIRLIGI

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Тешаев О.Р., Шагазатова Б.Х., Рузиев У.С., Кудратова Н.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГАСТРОШУНТИРОВАНИЯ В ЛЕЧЕНИИ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА, АССОЦИИРОВАННОГО ОЖИРЕНИЕМ.....4

Абдуллажанов Б.Р., Ибадов Р.А., Садыков Р.А., Рахманов Б.Б.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ.....13

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Салиев С.М.
ОБЗОР ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ПАТОЛОГИЯХ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ И ЛАБРУМА.....21

Мучиашвили О.Р., Матанов Р.М., Алиев Ш.М.
РАЗРАБОТКА МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА.....26

ОБМЕН ОПЫТОМ

Эшонов О.Ш.
КОГНИТИВНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПОСЛЕ МНОГОКРАТНЫХ ОПЕРАЦИЙ.....34

Расулов Ж.Д., Каюмходжаев А.А., Буря Б.П., Гуламов А.Б., Аълоханов Л.Б., Абабакиров Д.М.
ВЫБОР СПОСОБА ПЛАСТИКИ УШНОЙ РАКОВИНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОРЕБЕРНОГО ХРЯЩА.....38

Курбаниязов З.Б., Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Мардонов Б.А.
ОБОСНОВАНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И БРЮШНОЙ СТЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНОЙ ГРЫЖЕЙ.....44

Беркинов У.Б., Маткулиев У.И., Асанов Б.П.
ПУТИ СНИЖЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕТРОГРАДНЫХ ЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ.....53

Рахимов Р.И., Махаматаминов А.Г., Ешмуратов А.Б.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО СПОСОБА ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА..58

Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р., Холиков А.М., Шамшиметов Д.Ф.,
 Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н., Тожиназаров М.Б., Фозилов Х.Т.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕДИАЛЬНОЙ КОЛЛАТЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....64

Хакимов М.Ш., Хаитбаев С.К.
НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ.....68

Джурраев А.М., Алимухамедова Ф.Ш.
РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ И МСКТ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ.....75

Хакимов Д.М., Карабоев Б.Б., Носиров М.М.
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОЙ МЕТОДИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ.....82

Курьязов Б.Н., Бабаджанов А.Р., Рузматов П.Ю., Бабаджанов К.Б.
МИНИЛАПАРОТОМИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ.....88

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Салиев И.Ф., Назарова Г.К., Захидов А.Б., Мухамедова Н.И.
БИЛАТЕРАЛЬНАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ ТРИФОКАЛЬНОЙ ИНТРАОКУЛЯРНОЙ ЛИНЗЫ ПРИ ЭКТОПИИ ХРУСТАЛИКА У ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ МАРФАНА.....92

Тилляшайхов М.Н., Якубов Ю.К., Худоёров С.С., Эгамбердиев Д.М.,
 Мирзараимова С.С., Досчанов М.Т., Мадалиев А.А.
ЦЕНТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЕЕ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ.....96

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хакимов М.Ш., Хаитбаев С.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Хакимов М.Ш., Хаитбаев С.К.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан.

В основу настоящей работы положен анализ результатов обследования и лечения 359 больных с различными формами ЭП (контрольная группа – 243 больных, основная – 116 пациентов).

Были разработаны количественные критерии оценки рейтинга хирурга, адекватные способы оценки тяжести оперативных вмешательств при ЭП, а также была определена возможность выполнения той или иной хирургической бригадой различных оперативных вмешательств в зависимости от тяжести предстоящей операции. Для интраоперационной обработки остаточных полостей были обоснованы режимы санации электролизным водным раствором гипохлорита натрия. При наличии крупных цистобилиарных свищей предложен способ их ликвидации.

Предлагаемый комплекс лечебных мероприятий позволил снизить частоту послеоперационных осложнений с 18,9% до 10,3%, послеоперационную летальность – с 1,2% до 0%.

Ключевые слова: способы оценки, оперативные вмешательства, цистобилиарные свищи.

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШДА ЯНГИ ЁНДАШУВЛАР

Хакимов М.Ш., Хаитбаев С.К.

Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент, Ўзбекистон.

Ушбу иш жигар эхинококкози билан касалланган 359 беморни текшириш ва даволаш натижаларини таҳлил қилишга асосланган (назорат гуруҳи - 243 бемор, асосий гуруҳ - 116 бемор).

Жарроҳнинг рейтингини баҳолашнинг микродий мезонлари, жигар эхинококкози учун жарроҳлик амалиётнинг оғирлигини баҳолаш усуллари ишлаб чиқилган ва маълум бир жарроҳлик гуруҳининг режалаштирилаган жарроҳлик амалиётининг оғирлигига қараб жарроҳлик аралашувларни амалга ошириш имконияти аниқланган. Қолдиқ бўшлиқларни операция давомида натрий гипохлоритнинг электролизли сувли эритмаси билан ишлов бериш режимлари ишлаб чиқилди. Катта цистобилиар оқмалар мавжуд бўлганда уларни бартараф қилиш усули таклиф этилди.

Таклиф этилаётган даволаш чора-тадбирлар мажмуаси операциядан кейинги асоратлар сонини 18,9% дан 10,3% гача, операциядан кейинги ўлимни 1,2% дан 0% гача камайтиришга имкон берди.

Калит сўзлар: баҳолаш усуллари, жарроҳлик амалиёти, цистобилиар оқмалар.

NEW APPROACHES IN THE SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Khakimov M.Sh., Khaitbaev S.K.

Tashkent Medical Academy, Tashkent, Uzbekistan.

This work is based on the analysis of the results of examination and treatment of 359 patients with various forms of liver echinococcosis (control group - 243 patients, main group - 116 patients).

Quantitative criteria for assessing the rating of the surgeon, adequate methods for assessing the severity of surgical interventions for liver echinococcosis were developed, and the possibility of a particular surgical team performing various surgical interventions depending on the severity of the forthcoming operation was determined. For intraoperative treatment of residual cavities, the modes of sanitation with an electrolysis aqueous solution of sodium hypochlorite were justified. In the presence of large cystobiliary fistulas, a method is proposed for their elimination.

The proposed set of therapeutic measures made it possible to reduce the incidence of postoperative complications from 18.9% to 10.3%, and postoperative mortality from 1.2% to 0%.

Key words: criteria for assessing, surgical interventions, cystobiliary fistulas.

Введение

Эхинококкоз человека остается актуальной проблемой здравоохранения эндемичных регионов, к числу которых относится Республика Узбекистан. Эхинококкоз представляет серьезную медицинскую проблему во многих странах мира, где сохраняются большие эндемические очаги и наблюдается рост числа заболевших. Болезнь поражает практически все органы и системы организма [10, 15, 17].

В последние годы отмечается рост числа больных с эхинококком печени (ЭП). Это обусловлено как внедрением в клиническую практику высокоинформативных методов диагностики, так и ухудшением социального уровня жизни населения в некоторых регионах. Эффективность лечения

эхинококкоза связана с своевременной и правильной диагностикой данного заболевания. Широкое внедрение в клиническую практику современных высокоинформативных инструментальных методов исследования (прежде всего УЗИ и КТ) позволило существенно улучшить раннюю диагностику ЭП [2, 7, 13].

Несмотря на улучшение диагностики заболевания частота неудовлетворительных результатов лечения и послеоперационных осложнений превышает 20%, а летальность колеблется в пределах 1-2% в зависимости от характера течения заболевания. Одной из неблагоприятных моментов является тот факт, что, несмотря на высокую антипаразитарную эффективность используемых для интраоперационной обработки ОПП средств

(в частности 100% глицерина), анализ отдаленных результатов показывает, что удельный вес рецидива ЭП особенно не изменился [13]. Выполнение эхинококкэктомии, особенно при осложненных формах заболевания и гигантских кистах, сопровождаются нагноением остаточной полости и формированием желчно-гнойных свищей [5, 8, 16]. Улучшение результатов хирургического лечения во многом зависит от проведения адекватного подхода к оценке тяжести состояния больных, рейтингового подхода к оперативному вмешательству.

Цель: заключалась в улучшение результатов лечения больных с ЭП путем разработки дифференцированного подхода к оперативному лечению и усовершенствования тактических и технических моментов лечения.

Материал и методы

В основу настоящей работы положен анализ результатов обследования и лечения 359 больных с различными формами ЭП. Все пациенты были распределены на две группы: контрольная – 243 больных, поступившие в период с 2013 по 2016 годы и основная – 116 пациентов, находившихся на стационарном лечении в 2017-2019 годы. Подобное деление связано с различными подходами к лечению по мере отработки и совершенствования лечебно-тактических мероприятий.

Результаты и обсуждение

В контрольной группе у 55 больных было осложненное течение заболевания, у 188 – неосложненное. 236 пациентов были подвергнуты оперативному лечению в плановом порядке после предварительного обследования и предоперационной подготовки; 1 больной с прорывом ЭК в плевральную полость оперирован в экстренно-отсроченном порядке после дренирования плевральной полости, 5 пациентов с прорывом в желчные протоки и умеренной механической желтухой также были оперированы в экстренно-отсроченном порядке после РПХГ с ЭПСТ; 1 больной был оперирован в экстренном порядке при прорыве ЭК в свободную брюшную полость.

Общая частота послеоперационных осложнений 18,9%. Из них в 9,9% наблюдениях отмечены ранние хирургические осложнения. В 8 (3,3%) случаях развилась серомы послеоперационных ран, у 5 (2,1%) больных отмечено нагноение послеоперационных ран, в 4 (1,6%) наблюдениях в послеоперационном периоде отмечено желчеистечение по дренажу из брюшной полости, у 3 (1,2%) пациентов в послеоперационном периоде развился наружный

желчный свищ, в 2 (0,8%) случаях развился желчный перитонит (у 1 больного наступил летальный исход), у 1 (0,4%) пациента в послеоперационном периоде сформировался поддиафрагмальный абсцесс, в 1 (0,4%) наблюдении развилась клиника ранней спаечной кишечной непроходимости.

В 5,8% случаях в послеоперационном периоде развились общие осложнения. В 5 (2,1%) наблюдениях развился реактивный плеврит, у 7 (2,9%) пациентов развилась пневмония, у 1 (0,4%) больной отмечено развитие острого инфаркта миокарда, что стало причиной смерти пациента, в 1 (0,4%) случае наступила тромбоэмболия легочной артерии, что привело к летальному исходу.

Частота поздних хирургических осложнений составила 3,3%. У 4 (1,6%) больных было диагностировано остаточная полость печени, в 2 (0,8%) наблюдениях отмечено нагноение остаточной полости, у 1 (0,4%) пациента развилась послеоперационная вентральная грыжа, в 1 (0,4%) случае развилась острая спаечная кишечная непроходимость.

Таким образом, проведенный анализ клинических результатов лечения больных в контрольной группе показал, что частота послеоперационных осложнений достаточно высока (18,9%). Летальность при этом составило 1,2%.

Полученные нами результаты лечения пациентов с ЭП вполне коррелируют с данными Агаева Р.М. (2001), Вафина А.З. (2002), Журавлева В.А. (2004), которые указывают, что частота послеоперационных осложнений колеблется в пределах от 4,8% до 9,7%, при общей летальности, достигающей до 1% [1, 4, 7]. Следует отметить, что относительно высокая частота послеоперационных осложнений обусловлено тактическими подходами к лечению ЭП. Указанные авторы в лечении данного заболевания придерживаются резекционных способов лечения (перицистэктомия, экономные резекции печени, анатомические резекции печени). Многие отечественные исследователи (Ахмедов Р.М., 2003; Каримов Ш.И., 2006), также как и мы, основным методом лечения считают эхинококкэктомию с выполнением различных способов капитонажа ОПП. Полученные ими результаты приблизительно идентичны нашим (частота послеоперационных осложнений колеблется от 5,2 до 5,9%, летальность – от 0,6 до 0,9%) [3, 10].

Нами проведен критический анализ послеоперационных осложнений, развившихся в контрольной группе, целью которого было определение существующих недостатков и их устранение. Как показал анализ результатов, одной из главных причин развития послеоперационных осложне-

ний является неполноценная подготовка хирурга к оперативному вмешательству, неадекватная интраоперационная обработка ЭК, низкая антипаразитарная эффективность используемых средств для обработки остаточной полости.

Для выяснения роли микробной флоры на результаты лечения нами проведены бактериологические посевы. Эти исследования проводили до (в момент пункции ЭК и получения эхинококковой жидкости) и после обработки ОПП (после обработки ОПП перед проведением капитонажа). Анализ бактериальной обсемененности показал, что после обработки ОПП уровень как аэробных, так и анаэробных культур особо от исходного уровня не снижается. Сохраняющийся бактериальный очаг способствует развитию различных инфекционных осложнений.

Так, Гайбатов С.П. (2006), в своих исследованиях доказал прямую зависимость частоты инфекционных осложнений со стороны ОПП от уровня микробной обсемененности. Частота развития нагноений ОПП при бактериальной загрязненности эхинококковой жидкости в 103-104 КОЕ/мл составляет 5,4%, а при обсемененности 107-108 КОЕ/мл – 64,8% [6].

Анализ летального случая на фоне развития желчного перитонита показал, что ушивание свищей больших размеров не позволяет добиться адекватной герметичности, а при достижении последней – риск развития несостоятельности высок.

Проведенный анализ результатов лечения больных в контрольной группе показало, что необходимо продолжить научный поиск в плане обоснования дифференцированного подхода к выбору хирургической бригады в зависимости от тяжести предстоящей операции и подготовленности хирурга, необходимо усовершенствовать технические моменты оперативных вмешательств при гигантских кистах, расположенных в задних сегментах печени, модернизировать подходы к ликвидации крупных желчных свищей, разработку новых способов достижения интраоперационной апаразитарности при минимальной агрессии на ткани печени.

В практической медицине широко применяются различные системы количественной оценки тяжести состояния. Таковыми являются шкала Ranson, Imrie Glasgow, Толстого А.Д. для оценки состояния больных с острым панкреатитом; классификация Forrest, шкала Затевакина И.И., Ратнера Г.Л., Кузеева Р.Е., Панцырева Ю.М. для оценки гастродуоденальных кровотечений; шкала Dellinger Е., Светухина А.М., Гостищева В.К., мангеймский

индекс для характеристики тяжести пациентов с острым перитонитом; шкала Напалкова П.Н., Федорова В.Д., Абашидзе З.Ш., Чайлда-Пью для оценки тяжести печеночной недостаточности и т.д. [9, 11].

Учитывая принципы составления указанных систем, нами была разработана система оценки тяжести хирургических вмешательств при ЭП. Данная шкала включала 7 основных критериев: количество кист; наличие сочетанного поражения других органов; локализация кист по сегментам печени; особенности локализации кист; наличие осложнений ЭП; диаметр кист; сопутствующая патология, оказывающая влияние на технические аспекты оперативного вмешательства. Каждый критерий был условно разделен на три градации: легкий, среднетяжелый и тяжелый. В зависимости от сочетания различных градаций критериев тяжести все операции при ЭП были разделены на три степени. Легкая степень оперативного вмешательства считалось при наличии «легких» критериев тяжести или их сочетании хотя бы с одним критерием «средней» тяжести; средняя степень тяжести – при наличии «легких» критериев или их сочетании с критериями «средней» тяжести или сочетании «легких» и «средних» критериев тяжести хотя бы с одним критерием «тяжелой» степени; тяжелая степень тяжести – при различных комбинациях «легких» и «средних» в сочетании как минимум с 2-ми «тяжелыми» критериями тяжести.

Как показал в своих исследованиях Лебедев Н.В. (2007), высокая частота послеоперационных осложнений обусловлено трудностями диагностики осложненных форм заболевания, отсутствием объективных критериев, определяющих степень тяжести предстоящей операции, наличием ошибок и осложнений при хирургическом лечении ЭП [11].

Учитывая данный факт, Лохвицкий В.С. (1991) считает, что улучшение результатов хирургического лечения во многом зависит от проведения адекватного подхода к оценке тяжести состояния больных, рейтингового подхода к оперативному вмешательству [12].

Все это способствовало тому, что основываясь на ретроспективном анализе результатов контрольной группы, нами была создана система количественной оценки подготовленности – рейтинга хирурга. При общем рейтинге до 3,4 баллов хирург не имеет право выполнять самостоятельно операцию; при рейтинге от 3,5 до 4,3 баллов хирург может самостоятельно выполнять операции «легкой» степени и операции «среднетяжелой» степени вместе с хирургом с более высоким рейтингом; при рейтинге от 4,4 до 10,5 баллов хирург может самостоятельно

выполнять «среднетяжелые» операции с хирургом более низкой профессиональной подготовкой, а с хирургом с более высоким рейтингом – «тяжелые» операции, и, наконец, хирург с рейтингом 10,6 баллов и более может выполнять любые хирургические вмешательства по поводу ЭП.

При диаметре желчного свища 5 мм и более, при наличии воспаления, инфильтрации или кальцинирования тканей вокруг свища, при центральной локализации свища нами было предложено новый способ его закрытия. После общепринятой эхинококкэктомии, выкраивали трапециевидной формы лоскут из удаленной фиброзной капсулы. На стенке свищевого отверстия, по его окружности, на расстоянии 2-3 мм друг от друга накладывали швы, к которым пришивали верхушку лоскута. При затягивании швов, свищевое отверстие закрывалось лоскутом в виде герметичной заплаты, что обеспечивало достаточную надежность швов.

В последние годы, в медицине нашли все большее применение электролизные водные растворы, полученные путем электрохимического окисления, в частности гипохлорит натрия. Как показали исследования Петросяна Э.А. (1991), при электролизе крови в виде промежуточного продукта образуется гипохлорит натрия, который обладает рядом свойств: выраженным антибактериальным действием; резким повышением чувствительности бактерий к антибиотикам; детоксицирующим действием при местном и внутрисосудистом использовании путем окисления различных субстратов; местным и общим иммуностимулирующим действием; улучшением регионарной микроциркуляции при внутрисосудистом введении; дезинфицирующим действием [14].

Учитывая данный факт, для интраоперационной обработки полости удаленной ЭК нами был предложен использовать ЭВР гипохлорита натрия. Для изучения антипаразитарного действия ЭВР гипохлорита натрия нами проведены скрининговые исследования в диапазоне концентраций от 0,1 до 0,8% с продолжительностью обработки от 1 до 30 минут. Проведенные исследования показали, что наиболее высоким антипаразитарным эффектом обладает обработка 0,8% раствором в течение 4-х минут, 0,4 и 0,6% растворами в течение 5 минут. Проведенные морфологические исследования со стороны хитиновой и фиброзной оболочек, паренхимы печени показали, что наиболее безопасным является обработка 0,4% ЭВР гипохлорита натрия в течение 5 минут.

С учетом вышеизложенных моментов нами было предложена тактика хирургического лечения

ЭП, которая заключалась в дифференцированном подходе к выбору хирургической бригады, использование по показаниям предложенной нами технической разработки при эхинококкэктомии, интраоперационная обработка ЭВР гипохлорита натрия, которая наряду с антипаразитарным действием обладает высокой антимикробной эффективностью, что становится особенно актуальной при осложненных ЭК, в частности нагноении кист.

Предлагаемая нами лечебная тактика применена у 116 пациентов основной группы. Из них у 24 было осложненное течение заболевания, у 92 – неосложненное.

После обследования и предоперационной подготовки 112 пациентов были подвергнуты оперативному лечению в плановом порядке; 3 больных с прорывом в желчные протоки и явлениями механической желтухой были оперированы в экстренно-отсроченном порядке после РПХГ с ЭПСТ; 1 пациент был оперирован в экстренном порядке при прорыве ЭК в свободную брюшную полость.

Согласно предложенной нами системе в 61 (52,6±4,6%) случаях оперативное вмешательство оценено как «легкое», в 36 (31,0±4,3%) – как «среднетяжелое» и в 19 (16,4±3,4%) – как «тяжелое». В контрольной группе соответственно было 131 (53,9±3,2%; $t=0,235$), 74 (30,5±3,0%; $t=0,112$) и 38 (15,6±2,3%; $t=0,179$) наблюдений. Отсутствие статистически достоверной разницы в частоте хирургических вмешательств по их тяжести в клинических группах свидетельствует о репрезентативности проведенных сравнительных исследований.

Общая частота ранних послеоперационных хирургических осложнений составила 4,3%. Наиболее чаще наблюдалось серома послеоперационной раны, частота которой составила 1,7% (2 случая), у 1 (0,9%) больного отмечено нагноение послеоперационной раны, в 1 (0,9%) наблюдении отмечено желчеистечение. В 1 (0,9%) случае на 2-е сутки после эхинококкэктомии печени и рассечения спаек при рецидивном эхинококкозе отмечено кровотечение из брюшной полости. Проводимая консервативная гемостатическая терапия была неэффективной. Пациент был повторно оперирован. В сравнительном аспекте частота ранних хирургических осложнений в основной группе достоверно снизилась относительно контрольной группы с 9,9±1,9% до 4,3±1,9% ($t=2,072$).

Суммарная частота общих осложнений в послеоперационном периоде в основной группе составила 4,3%. В 4 (3,4%) наблюдениях отмечено развитие послеоперационной застойной пневмонии, у 1 (0,9%) больной на фоне имеющейся ИБС

Клинические результаты в сравниваемых группах

Показатели	Контрольная группа		Основная группа		t-Стьюдента
	п	%	п	%	
Ранние хирургические осложнения	24	9,9±1,9	5	4,3±1,9*	2,072
Серома послеоперационной раны	8	3,3±1,1	2	1,7±1,2	0,942
Нагноения послеоперационной раны	5	2,1±0,9	1	0,9±0,9	0,955
Желчеистечение	4	1,6±0,8	1	0,9±0,9	0,662
Наружный желчный свищ	3	1,2±0,7	0	0	1,743
Желчный перитонит	2	0,8±0,6	0	0	1,420
Поддиафрагмальный абсцесс	1	0,4±0,4	0	0	1,002
Кровотечение в брюшную полость	0	0	1	0,9±0,9	1,004
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	1	0,4±0,4	0	0	1,002
Общие осложнения	14	5,8±1,5	5	4,3±1,9	0,603
Реактивный плеврит	5	2,1±0,9	0	0*	2,259
Послеоперационная пневмония	7	2,9±1,1	4	3,4±1,7	0,283
Острый инфаркт миокарда	1	0,4±0,4	1	0,9±0,9	0,473
Тромбоэмболия легочной артерии	1	0,4±0,4	0	0	1,002
Поздние хирургические осложнения	8	3,3±1,7	2	1,7±1,2	0,942
Развитие остаточной полости	4	1,6±0,8	1	0,9±0,9	0,662
Нагноение остаточной полости	2	0,8±0,6	0	0	1,420
Послеоперационная грыжа	1	0,4±0,4	1	0,9±0,9	0,473
Острая спаечная кишечная непроходимость	1	0,4±0,4	0	0	1,002
Итого осложнений	46	18,9±2,5	12	10,3±2,8*	2,269
Летальность	3	1,2±0,7	0	0	1,743

в раннем послеоперационном периоде отмечено развитие острого инфаркта миокарда. В сравнительном аспекте между клиническими группами особых отличий не отмечено, частота общих послеоперационных осложнений в основной группе незначительно снизилась относительно контрольной группы с 5,8±1,5% до 4,3±1,9% (t=0,603).

В позднем послеоперационном периоде частота осложнений составила 1,7%. У 1 (0,9%) больного

с гигантским ЭП, осложненным с прорывом в брюшную полость, в послеоперационном периоде развилась остаточная полость печени, в 1 (0,9%) случае через 1 год после операции у пациента развилась вентральная грыжа. Случаев рецидива заболевания не отмечено. В сравнительном аспекте отмечено статистически недостоверное снижение поздних послеоперационных осложнений в основной группе относительно контрольной с 3,3±1,7%

до $1,7 \pm 1,2\%$.

Летальных случаев в основной группе не отмечено, но в сравнительном аспекте с контрольной группой, где показатель летальности составил $1,2 \pm 0,7\%$, статистически достоверной разницы не отмечено ($t=1,743$) (табл. № 1).

Конечно, проведенные нами исследования не решают полностью проблему хирургического лечения ЭП. В настоящее время необходимо продолжить поиск путей с целью улучшения результатов хирургического лечения эхинококкоза. Необходимо совершенствовать методики ранней диагностики заболевания, профилактики рецидивов заболевания, снижения частоты осложненных форм, необходим поиск средств, которые позволяют достичь высокой апаразитарности и снижения микробной контаминации при минимальной агрессии на ткани печени, нуждаются в разработке лечебные стандарты применения видеоэндоскопических вмешательств при ЭП. В целом, это неполный круг вопросов, которые ждут своего решения. Конечно, предлагаемые нами тактические и технические решения проблемы ЭП не являются достаточным условием для решения глобальной задачи излечения больных от эхинококкоза. Однако основной целью любых разработок остается попытка сдвинуть проблему с мертвой точки, что на наш взгляд было достигнуто.

Заключение

1. Определение уровня подготовленности хирурга позволяет дифференцированно подходить к выбору хирургической бригады в зависимости от тяжести предстоящей операции. При общем рейтинге до 3,4 баллов хирург не имеет право вы-

полнять самостоятельно операцию; при рейтинге от 3,5 до 4,3 баллов хирург может самостоятельно выполнять операции «легкой» степени и операции «среднетяжелой» степени вместе с хирургом с более высоким рейтингом; при рейтинге от 4,4 до 10,5 баллов хирург может самостоятельно выполнять «среднетяжелые» операции с хирургом более низкой профессиональной подготовкой, а с хирургом с более высоким рейтингом – «тяжелые» операции, и, наконец, хирург с рейтингом 10,6 баллов и более может выполнять любые хирургические вмешательства по поводу ЭП.

2. Интраоперационная обработка остаточных полостей печени ЭВР гипохлорита натрия позволяет достичь наиболее высокого антипаразитарного эффекта при обработке 0,8% раствором в течение 4-х минут, 0,4 и 0,6% растворами в течение 5 минут. Проведенные морфологические исследования показали, что наиболее безопасным для хитиновой и фиброзной оболочек, паренхимы печени является обработка 0,4% ЭВР гипохлорита натрия в течение 5 минут.

3. Предлагаемый комплекс лечебных мероприятий при ЭП позволяет дифференцированно подходить к выбору хирургической бригады в зависимости от тяжести оперативного вмешательства, повысить эффективность интраоперационной обработки остаточной полости, усовершенствовать технические моменты хирургического вмешательства и способствует снижению частоты послеоперационных осложнений с 18,9% до 10,3%, послеоперационной летальности – с 1,2% до 0%.

Список литературы

1. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений // Хирургия. – 2001. - № 2. – С.32-36.
2. Ахмедов И.Г., Магомедов А.Г., Хабибуллаева З.Р. Ультразвуковая характеристика эхинококковой кисты в различных фазах жизнедеятельности // Анналы хирургии. – 2002. - № 4. – С. 49-53.
3. Ахмедов Р.М., Очилов У.Б., Мирходжаев И.А., Комилов Т.С. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений эхинококкоза печени // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2003. - № 2. - С. 18-21.
4. Вафин А.З., Айдемиров А.Н. Применение плазменных технологий в хирургии эхинококкоза печени // Вестник хирургии. – 2002. - № 4. – С. 56-59.
5. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. - № 1. – С. 111-117.
6. Гайбатов С.П., Гайбатова Д.С. Клиническая картина и лечение нагноившегося эхинококкоза печени // Хирургия. – 2006. - № 6. – С. 16-19.
7. Журавлев В.А., Русанов В.М., Шербакова Н.А. Гидатидный эхинококкоз печени. Проблемы хирургического лечения // Хирургия. – 2004. - № 4. – С. 51-54.
8. Ильхамов Ф.А., Вахидов А.В. Малоинвазивные чрезкожные вмешательства при нагноившейся остаточных полостях в печени после эхинококкэктомии // Хирургия. – 1999. - № 1. – С. 29-31.
9. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Каримов М.Р. Клиническая система оценки тяжести острого панкреатита // Медицинский журнал Узбекистана. – 2005. – № 1. – С. 68-70.
10. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Беркинов У.Б., Рихсиев И.Т. Особенности применения эндовидеохирургии при лечении больных эхинококкозом печени // Медицинский журнал Узбекистана.

- 2006. - № 4. – С. 34-36.
11. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Федоров А.Г. Объективные оценки тяжести заболеваний и состояния больных в неотложной хирургии: Москва, РУДН. – 2007. - 100 с.
 12. Лохвицкий В.С., Шептунов Ю.М. Рейтинг хирурга как объективный критерий профессиональной подготовки // Хирургия. – 1991. - № 6. - С. 22-25.
 13. Назыров Ф.Г. Девятов А.В., Акбаров М.М., Махмудов У.М., Бабаджанов А.Х. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. - № 4. - С. 19-24.
 14. Петросян Э.А. Патогенетические принципы и обоснование лечения гнойной хирургической инфекции методом непрямого электрохимического окисления: Автореф. дис. докт. мед. наук. Л., -1991. – 37 С.
 15. Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. Москва: Изд-во «Династия». - 2016. - 288 с.
 16. Namita B., Pradeep K. Hepatic echinococcosis: A review // Ann Med Surg. – 2018 – Vol. 36. – P. 99–105.
 17. Saylam B.I. A new and simple score for predicting cystobiliary fistula in patients with hepatic hydatid cysts // Surgery. – 2013. - № 5. – P. 699-704.