

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Маманов Мухаммад Чориевич, Арзиев Исмоил Алиевич

*Самаркандский государственный медицинский университет.
Самарканд Узбекистан*

Абстракция: Внедрение в хирургическую гепатологию современных методов диагностики значительно улучшило точность диагностики эхинококкоза печени и его осложнений. Из-за отсутствия консенсуса относительно лучших методов и объема хирургического вмешательства для снижения риска послеоперационных осложнений и смертности проблема эхинококкоза печени продолжает оставаться актуальной

Ключевые слова: DLAW, хирургические методы, эхинококкоза печени.

ВВЕДЕНИЕ:

Внедрение в хирургическую гепатологию современных методов диагностики значительно улучшило точность диагностики эхинококкоза печени и его осложнений. Из-за отсутствия консенсуса относительно лучших методов и объема хирургического вмешательства для снижения риска послеоперационных осложнений и смертности проблема эхинококкоза печени продолжает оставаться актуальной

Цель исследования. Применение миниинвазивных методов индивидуально оптимизирует результаты хирургического вмешательства больных с эхинококкозом печени. Данные о комплексной диагностике и хирургическом лечении 118 пациентов с эхинококкозом печени и его осложнениями были изучены. Период исследования охватывает 2018 - 2023 годы. Несмотря на то, что 67,1% пациентов проживали в сельской местности, 32,9% проживали в городе.

Участники исследования мужчины составляли 47,4%, а женщины 52,6%.

В 39,8 процентов случаев эхинококкоз печени проявился в легкой форме. Нагноение эхинококковых кист печени было обнаружено в 28,5% случаев, а механическая паразитарная желтуха была тяжелым осложнением в 22,9% случаев. У 8,8% пациентов был выявлен рецидивный эхинококкоз.

Результаты и их обсуждение. В 31 случае (26,5%) была выполнена открытая эхинококкэктомия с использованием различных минидоступов.

У десяти пациентов (8,5%) были выполнены чрескожно-чреспеченочные пунктирно-дренирующие процедуры в одном этапе. 26 случаев (22,0%) были лапароскопическими эхинококкэктомиями; из них 7 случаев (5,9%) были лапароскопическими идеальными эхинококкэктомиями, а 19 случаев (16,1%) были лапароскопическими тотальными и субтотальными перицистэктомиями. В пяти случаях (4,2%) с механической паразитарной желтухой элементы эхинококковой кисты были удалены из просвета общего желчного протока эндоскопическим транспапиллярным вмешательством. Затем на втором этапе была выполнена эхинококкэктомия из открытого доступа.



В медицинском учреждении были созданы объективные критерии, которые позволили адаптировать хирургические методы для каждого пациента.

У 31 пациента (26,5%) с эхинококкозом печени и его осложнениями была выполнена открытая эхинококкэктомия с помощью мини-доступа.

У 17 пациентов (54,8%) была проведена эхинококкэктомия из сегментов печени II, III и IV с помощью верхне - срединного минилапаротомного доступа. У 14 пациентов (45,2%) проводился трансректальный и подреберный минилапаротомный доступ справа для локализации кист в сегментах I, IV, V и VI печени. В 18 случаях цистобилиарный свищ диагностировали с помощью видеоскопии и электрокоагуляции. Гермициды контактного действия, такие как 80% раствор глицерина и 75% этиловый спирт, использовались для антипаразитарной обработки содержимого кисты и стенок фиброзной капсулы. Осложнений не было зафиксировано во время выполнения миниинвазивной эхинококкэктомии.

Чрескожное пунктирование нагноившейся эхинококковой кисты печени было выполнено в течение одного или двух этапов. В обоих случаях, в зависимости от размеров паразитарного образования и предполагаемого маршрута пункционного канала, на начальном этапе была проведена пункция с использованием иглы Chiba диаметром 20-22 Сг или введение катетера с кончиком «pigtail» (Huisman, «Putorix», DLAW) или прямого катетера «Argyle» диаметром 6-9 Сг. Далее использовался вакуум-отсос для удаления содержимого кисты. Это привело к быстрому сокращению стенок кистозного образования.

Благодаря использованию чрескожной пункции под контролем ультразвука восемь пациентов полностью выздоровели, и у двух из них после улучшения общего состояния были выполнены радикальные операции на следующем этапе

Выводы.

1. В случаях тяжелого состояния пациентов и осложненных форм эхинококкоза печени, таких как нагноение эхинококковых кист и механическая паразитарная желтуха, рекомендуется проводить операции в два этапа. Первый этап включает в себя эхоконтролируемые пункционно-дренирующие и эндовидеохирургические вмешательства, а затем проводят радикальные операции.
2. Применение миниинвазивных методов лечения эхинококкоза печени и его осложнений способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений до 3,8% и сокращению послеоперационной летальности.

Литература.

1. Acute cholecystitis: predictive clinico-radiological assessment for conversion of laparoscopic cholecystectomy / Y. R. Jiang, S. J. Ahn, S. J. Choi [et al.]. - DOI 10.1177/0284185120906658 // Acta Radiologica. - 2020. - Vol. 61, № 11. - P. 1452-1462.
2. Factors that Predict the Need for Subtotal Cholecystectomy / A. Tang, C. M. Cohan, J. Beattie [et al.]. - DOI 10.1177/0003134820979783 // The American Surgeon. - 2020. - Vol. 87, № 8. - P. 1245-1251.
3. Handra-Luca A. Luschka Ducts of the Gallbladder in Adults: Case Series Report and Review of the Medical Literature / A. Handra-Luca, H. M. Ben Romdhane, S.-M. Hong. - DOI 10.1177/1066896920901334 // International Journal of Surgical Pathology. - 2020. - Vol. 28, № 5. - P. 482-489.
4. Open Cholecystectomy Under Local Anesthesia for Acute Cholecystitis in the Elderly and High-Risk Surgical Patients / E. M. Slama, M. Hosseini, R. M. Staszak, V. R. Setya. - DOI 10.1177/00031348211050593 // Am Surg. - 2022. -Vol. 88 (3). - P. 434-438.



5. Open Cholecystectomy Under Local Anesthesia for Acute Cholecystitis in the Elderly and High-Risk Surgical Patients / E. M. Slama, M. Hosseini, R. M. Staszak, V. R. Setya. - DOI 10.1177/00031348211050593 // *Am Surg.* - 2022. -Vol. 88 (3). - P. 434-438.
6. Percutaneous cholecystostomy for grade III acute cholecystitis is associated with worse outcomes / Y. Sanaiha, Y.-Y. Juo, S. E Rudasill [et al.]. - DOI 10.1016/j.amjsurg.2019.11.025 // *Am. J. Surg.* - 2020. - Vol. 220 (1). - P. 197202.
7. Alievich, A. I., Babazhanovich, K. Z., Karamatovich, S. F., Bahramovich, B. M., & Norzhigitovich, N. Z. (2022). Optimization of surgical tactics for postoperative bile effluvium and biliary peritonitis after cholecystectomy. *Texas Journal of Multidisciplinary Studies*, 6, 235-238.
8. Arziev, I. A. (2021). Bile outflow after cholecystomy in early postoperative period: causes and surgical correction. In *European research: innovation in science, education and technology* (pp. 67-69).
9. Babajanovich, K. Z., Alievich, A. I., & Mannon, B. A. R. A. T. O. V. (2022). НАРУЖНОЕ И ВНУТРИБРЮШНОЕ ЖЕЛЧЕЙСТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ (ПРИЧИНЫ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ). *JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE*, 7(3).
10. Erdanovich, R. K., Sulaymonovich, D. S., & Chorievich, M. M. (2020). Modern methods of surgical treatment of varicocele (literature review). *Вестник науки и образования*, (23-2 (101)), 66-70.
11. Rakhmanov, K. E., Davlatov, S. S., & Mamanov, M. C. MODERN METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF VARICOCELE.
12. Rakhmanov, K. E., Davlatov, S. S., & Mamanov, M. C. MODERN METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF VARICOCELE.

