

На правах рукописи

ДАВЛАТОВ ДЖАМШЕД ЁРМАХМАДОВИЧ

**ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

14.01.17–хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе 2019

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Научный руководитель: **Курбонов Каримхон Муродович**
доктор медицинских наук, профессор
академик АМН МЗ и СЗН РТ

Официальные оппоненты: **Рахматуллоев Рахимджон Рахматуллоевич**
доктор медицинских наук,
директор лечебно-диагностического центра
«Вароруд» РТ

Амонов Шухрат Шодиевич
доктор медицинских наук,
научный сотрудник ГУ «Республиканский
научный центр сердечно-сосудистой
хирургии» МЗ и СЗНРТ

Ведущая организация: **Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Башкирский государственный медицинский университет», РФ**

Защита состоится «___» _____ 2019 г., в ___ часов на заседании диссертационного совета Д 737.005.01 при Таджикском государственном медицинском университете имени Абуали ибни Сино (734003, г. Душанбе, пр. Рудаки 139).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино по адресу: 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки 139 (www.tajmedun.tj)

Автореферат разослан «___» _____ 2019 года

Учёный секретарь
диссертационного совета
доктор медицинских наук

Ш. К. Назаров

ВЕДЕНИЕ

Актуальность. Эхинококкоз печени является тяжелым хроническим паразитарным заболеванием, имеющим широкое распространение в Среднеазиатском регионе, включая и Республику Таджикистан. На сегодняшний день единственно радикальным методом лечения является хирургический [Б.С.Абдисаматов, Б.А.Авасов 2016, Ш.Ш.Амонов и соавт., 2015; И.Г. Ахмедов, 2016, Р.Р.Рахматуллоев, 2016]. К недостаткам хирургического метода лечения этого заболевания относится возникновение рецидивов, частота которых колеблется от 3,3 до 54%.

Диагностика рецидивного эхинококка печени (РЭП) представляет в ряде случаев значительные трудности, так как вопросы повторной реинвазии и забытых недолеченных кист остаются не решенными, а длительное, нередко атипичное клиническое течение заболевания, создает определенные трудности в современной диагностике РЭП и приводит к развитию тяжелых осложнений, представляющих угрозу жизни больных.

Необходимо отметить, что до настоящего времени многие аспекты, касающиеся вопросов причин рецидива заболевания, особенностей его клинического проявления, а также методов профилактики и лечения не решены, и нуждаются в дальнейшем изучении [Т.Г.Гульмурадов и соавт., 2013; К.М.Курбонов и соавт., 2013; Т.Е.Мукантев, 2016; М.А.Нартайлаков, М.И.Лукманов, 2016;]. Существует мнение, что рецидивы заболевания возникают из-за зародышевых элементов, проникающих в фиброзную капсулу, а также из-за остаточных полостей, что побуждает многих хирургов отказаться от органосохраняющих операций и прибегнуть к резекции печени [А.З. Вафин и соавт., 2013; П.С.Ветшев, Г.Х.Мусаев, С.В.Бруслик, 2013; G.Martel et all., 2014]. Однако радикальные операции по поводу РЭП, как правило, выполняются в сложных условиях спаечного и инфильтративно-воспалительного процесса, измененной анатомии и нередко на фоне утяжеляющих состояние больного факторов, что приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений (кровотечений, желчеистечений) и летальных исходов [Н.М. Даминова, К.М. Курбонов, 2008; М.И.Лукманов, 2018; А.Ф. Черноусов и соавт., 2018].

Заслуживают пристального внимания вопросы выбора методов профилактики и способов выполнения повторного оперативного вмешательства при РЭП. В этом плане важное значение имеет проведение комплексных мер профилактики, включающих интраоперационные и послеоперационные мероприятия с применением

современных антисептиков и антипаразитарных средств при выполнении органосохраняющих и хирургических вмешательств, направленных на радикальное удаление эхинококковых кист вместе с участком печени.

Вышеприведенные доводы послужили основанием для проведения настоящего исследования, касающегося этой весьма важной и актуальной проблемы современной гепатохирургии РЭП.

Цель исследования - улучшение результатов хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи:

1. Выявить основные причины возникновения рецидивов эхинококкоза печени.

2. Определить роль современных клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования в диагностике рецидивного эхинококкоза печени.

3. На основании полученных данных разработать критерии показаний и противопоказаний к выполнению радикальных и органосохраняющих оперативных вмешательств при рецидивном эхинококкозе печени.

4. Изучить особенности течения послеоперационного периода у больных, перенесших радикальные оперативные вмешательства при рецидиве эхинококкоза печени.

5. Разработать и усовершенствовать комплексные методы медикаментозной и хирургической профилактики рецидивов эхинококкоза печени и послеоперационных билиарных осложнений.

Научная новизна. Выявлены основные причины развития рецидивного эхинококкоза печени. Доказано, что клиническое проявление рецидивного эхинококкоза печени атипичное и зависит от локализации и характера осложнения. Установлена высокая информативность современных диагностических технологий (КТ, МРТ) в диагностике РЭП и послеоперационных осложнений. Разработаны объективные критерии выбора радикальных и органосохраняющих операций при РЭП. Впервые для профилактики послеоперационного кровотечения и желчеистечения эффективно использован гемостоп (**удост.рац.№3400/R615 от 04.11.2014г.**). Установлена корреляционная связь между наличием морфофункциональных и биохимических изменений в печени в зависимости от характера и объема радикального оперативного вмешательства. Разработан метод медикаментозной и хирургической профилактики послеоперационных желчеистечений (**удост.рац.№.3411/R626 от 16.12.2014г.**). Разработан метод определения желчных свищей в резецированной поверхности печени

(удост.рац.№3417/R632 от16.12.2014г.). Разработан метод определения герметичности культи печени (удост.рац.№3416/R631 от 16.12.2014 г.).

Практические рекомендации. Для клинической практики предложен алгоритм диагностики рецидивного эхинококкоза печени. Применение новых схем химиотерапии в послеоперационном периоде существенным образом снижает количество рецидивов заболевания. Разработанные усовершенствованные методы профилактики билиарных осложнений улучшают результаты резекционных и органосохраняющих операций.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Причиной рецидивного эхинококкоза печени являются нераспознанные и технические тактические ошибки при первичной операции и без проведения профилактической химиотерапии, а также выполнение нерадикальных вмешательств.

2. Для диагностики рецидивного эхинококкоза печени в ранние сроки целесообразно проведение динамического УЗИ в послеоперационном периоде и КТ по показаниям.

3. Разработанные объективные критерии позволяют индивидуализировать выбор способа и объёма операции при рецидивном эхинококкозе печени.

4. Радикальные оперативные вмешательства при РЭП сопровождаются в послеоперационном периоде биохимическими и морфофункциональными изменениями, характерными для гепатодепрессии и посттравматического гепатита.

5. Для профилактики риска развития рецидива эхинококкоза печени необходимо выполнение патогенетических обоснованных вмешательств, интраоперационного УЗИ и видеоэндоскопии остаточных полостей, придерживание принципов апаразитарности и антипаразитарности, а также применение химиотерапии в послеоперационном периоде.

Личный вклад автора в проведенном исследовании. Автором лично составлен подробный обзор литературы, охватывающий актуальные вопросы диагностики и лечения рецидивного эхинококкоза печени. Диссертантом лично проводилось изучение и анализ архивного материала, а также комплексное обследование и лечение больных с рецидивным эхинококкозом печени. Автором самостоятельно проведен анализ полученных результатов на основе статистической обработки и сделаны выводы и практические рекомендации, полностью соответствующие цели и задачам исследования. Диссертационная работа и автореферат подготовлены и написаны диссертантом самостоятельно под руководством научного руководителя.

Апробация работы. Результаты исследований доложены и обсуждены на научно-практической конференции молодых учёных ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику» (2015, Душанбе), межкафедральной проблемно-экспертной комиссии по хирургическим дисциплинам ТГМУ им. Абуали ибни Сино (прот.№6 05.06. 2018 г.).

Внедрение результатов исследования в практику

Основные результаты исследования внедрены в практику хирургических отделений ГКБСМП г. Душанбе. Итоговые материалы работы используются в программе обучения и в лекциях по хирургии студентам 4 и 6 курсов, клиническим ординаторам, аспирантам и курсантам кафедры эндохирургии.

Публикации. По материалам диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 4 статьи в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Российской Федерации для публикации основных результатов диссертаций и 1 монография. Получено 4 рационализаторских удостоверения.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 115 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и библиографии. Работа иллюстрирована 14 таблицами и 30 рисунками. Библиографический указатель включает 218 источников, из которых 146 на русском и 72- на иностранном языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Настоящая работа основана на анализе результатов комплексного обследования и лечения 84 больных с РЭП, которые находились на стационарном лечении в ГКБСМП г. Душанбе с 2005 по 2015г. Из этого количества 71(84,5%) пациент после первичных оперативных вмешательств поступил в клинику из различных лечебных учреждений Республики Таджикистана и 13(15,5%) больных были оперированы в клинике. Так, из 84 больных с РЭП 47(56%) являлись городскими жителями, а 37(44%)-сельскими, что было обусловлено возросшей миграцией сельского населения за последние 10-15 лет.

В 52(62%) наблюдениях пациенты были мужского пола, а в 32(38%) – женского. В наиболее трудоспособном возрасте находились 70(83%) больных, что имело не только важное медицинское значение, но и социальное. Детальный анализ из анамнеза заболевания первично выполненных операций по поводу эхинококкоза показал, что в 97-98% были выполнены паллиативные методы операции. В 82(97,6%) наблюдениях пациенты ранее перенесли так называемые паллиативные

нерадикальные методы эхинококкэктомии. Лишь в 2(2,4%) наблюдениях выполнены условно–радикальные вмешательства в виде субтотальной перицистэктомии.

Сроки появления РЭП были различными и, прежде всего, зависели от характера выполненных оперативных вмешательств и проведенной послеоперационной химиотерапии (таблица 1).

Таблица 1.
Сроки развития рецидивов после первичных операций (n=84)

Сроки появления рецидивов заболевания	Количество больных	%	Количество рецидивов	%
До 1 года	37	44,0	8 (3)	9,5
От 1 до 2 лет	23	27,4	7 (5)	8,3
От 2 до 5 лет	24	28,6	11(2)	13,1

Рецидивы заболевания наиболее часто наблюдались в сроки до 1 года - у 37(44,0%) больных, при этом в 8 наблюдениях отмечался 3-х кратный рецидив болезни в прошлом. В сроки от 1 до 2 лет у 23(27,4%) пациентов в 7 наблюдениях отмечался 5-ти кратный рецидив заболевания. В отдаленные сроки от (2 до 5 лет) рецидивы заболевания имели место у 24(28,6%) больных, при этом у 11 больных наблюдался 2-х кратный рецидив болезни. Анализ исследования показал, что послеоперационную антипаразитарную химиотерапию не получали 79(94,1%) больных из 84. При поступлении больных с РЭП большое значение придавали локализации и объёму рецидивной эхинококковой печени. По локализации РЭП в 53(63,1%) наблюдениях находились в правой доле печени, в 19(22,6%) - в левой и в 12(14,3%) наблюдениях эхинококковые кисты локализовались в правой и левой доле печени.

При определении размеров выявленных рецидивных кист ориентировались на объём и диаметр эхинококковой кисты и на объём остаточной полости. Так, в 17(20,2%) наблюдениях рецидивные эхинококковые кисты имели малые (от 4 до 6 см) размеры, объем остаточной полости составлял до 500 мл, средний размер кисты (от 6 см до 10 см) с объёмом от 500 мл до 800 мл имел место у 37(44,0%) больных, у 21(25,0%) больного наблюдались большие рецидивные эхинококковые кисты (размером от 10 см до 20 см) с объёмом остаточной полости 800-1000 мл, у 9(10,7%) больных наблюдались гигантские рецидивные эхинококковые кисты (размеры кисты свыше 20 см) с объёмом остаточной полости свыше 1000 мл.

При исследовании 84 пациентов с РЭП живой паразит выявлен у 40(47,6%), мертвый в периоде ранних посмертных изменений – у 8(9,5%), мертвый в периоде поздних посмертных изменений – у 4(4,8%) и осложненный эхинококкоз - у 32(38,1%) больных. Так, в 25(29,8%) наблюдениях имело место нагноение РЭП, в 7(8,3%) - прорыв в желчные пути с явлением механической паразитарной желтухи.

При выборе способа и объёма повторной операции при РЭП большое значение имело наличие сопутствующих заболеваний, которые в ряде случаев негативно влияли в течение послеоперационного периода. В 37(44%) наблюдениях из 84(100%) больных с РЭП наблюдались сопутствующие заболевания.

Для выявления наличия РЭП необходимы анамнестические данные, которые позволяют выявить предикторы риска возникновения РЭП, такие как:

1. Множественный характер эхинококкоза печени при первичной операции (36%).

2. Наличие мертвого паразита и осложненной кисты (73%).

3. Перенесенные паллиативные первичные вмешательства (98%).

4. Отсутствие данных о проведении послеоперационной противорецидивной химиотерапии (41%).

5. Отсутствие данных о проведении диспансерного наблюдения (динамическое УЗИ, серологические реакции) (70%).

Детальное и всестороннее дооперационное исследование клинично-лабораторных данных при РЭП не позволили выявить существенных изменений. Лишь при развитии осложнений со стороны эхинококковой кисты, обусловленной ее воспалением и нагноением, были обнаружены изменения в показателях лабораторных данных.

В 52(62%) случаях при РЭП наблюдали различной степени выраженности анемию, характеризующуюся снижением количества эритроцитов и уровня гемоглобина ($108,3 \pm 3,0$ г/л). Наряду с этим в 32(38%) наблюдениях отмечали снижение уровня общего белка ($58,4 \pm 1,4$ г/л), особенно при нагноении эхинококковой кисты. Выраженные изменения были обнаружены в биохимических показателях при больших и гигантских рецидивных кистах (n=12) печени. На фоне умеренной гипербилирубинемии ($19,2 \pm 0,6$ мкмоль/л) наблюдали повышение уровня цитолитических ферментов (АсАт- $0,760 \pm 0,029$ мкм/мл/г, АлАт- $0,560 \pm 0,019$ мкм/мл/г). Результаты клинично-биохимических лабораторных показателей свидетельствуют о том, что у пациентов с РЭП до проведения повторного оперативного вмешательства имелись нарушения функции печени. Для диагностики РЭП УЗИ проводили всем 84(100%) пациентам. Комплексное УЗИ позволило не только диагностировать наличие рецидивной

эхинококковой кисты, но и выяснить размеры и количество кист, ее содержимое, развившиеся осложнения со стороны кисты, а также ее взаимоотношение с внутривнутрипеченочными трубчатыми структурами сегментами печени. Для распределения эхинококкоза печени мы использовали классификацию ультразвуковых изображений ВОЗ, принятой в 2003 году. При I типе (n=26) простые рецидивные эхинококковые кисты выглядели как анэхогенные новообразования сферической или овальной формы с четкими границами. При II типе эхинококковые кисты имели место у 28(33,3%) больных с РЭП, при этом наблюдалась крупная однокамерная жидкость, содержащая образования с тонкими перегородками. III тип (n=18) характеризовался наличием однокамерной кисты с мелкодисперсным содержимым, а тип IV (n=12) - наличием плотной частично кальцинированной стенки, толстых перегородок, наличием дочерних живых эхинококков.

В настоящее время для диагностики РЭП наряду с УЗИ эффективно применяют КТ и МРТ. Необходимо отметить, что КТ и МРТ позволяют более четко и глубже определить локализацию паразитарных кист в печени в соответствии с сегментарным строением, отношение паразитарного фокуса к паренхиме, капсуле воротам печени, крупным сосудам, нижней полой вене и соседним органам. В 11 наблюдениях с целью дифференциальной диагностики РЭП и опухолевого процесса в печени использовали КТ, где оценивали форму, внутренний контур кисты, толщину и плотность ее стенки, содержимое, признаки отношений солей кальция. На КТ у исследуемых больных выявлены множественные дочерние пузыри, утолщение стенок кисты, неровность ее контуров, расслоение паразитарных мембран и неоднородность содержимого. При наличии РЭП при КТ полостное образование различных размеров диагностировали у 11(13%) обследованных больных. В случаях возникновения диагностических затруднений при дифференциации остаточных полостей после эхинококкэктомии с рецидивными кистами обнаружение на томограммах четко определяющегося кутикулярного слоя гидатидного «песка» в нижнем сегменте кисты облегчало дифференциальный диагноз в пользу РЭП. Магнитно-резонансную томографию (МРТ) обычно применяли на завершающем этапе неинвазивного обследования у 8(9,5%) пациентов с РЭП с целью детализации характера патоморфологических изменений в очаге поражения и уточнения степени вовлечения в процесс крупных сосудисто-секреторных структур. При исследовании МРТ ленточная гиперэхогенная структура в просвете кисты (отслоившаяся хитиновая оболочка), как и дополнительные кистозные включения (дочерние кисты) были характерны для РЭП.

На основании проведенных клинико-инструментальных методов исследования разработан алгоритм диагностики РЭП (рисунок 1). Далее выполняют УЗИ и серологические реакции. При сочетанных УЗ данных и положительной серологической реакции больным проводят КТ. При подтверждении УЗИ РЭП показана операция. Сомнительные КТ и УЗ – данные дают основание для проведения МРТ. Подтверждение данных диктует необходимость выполнения хирургического пособия.

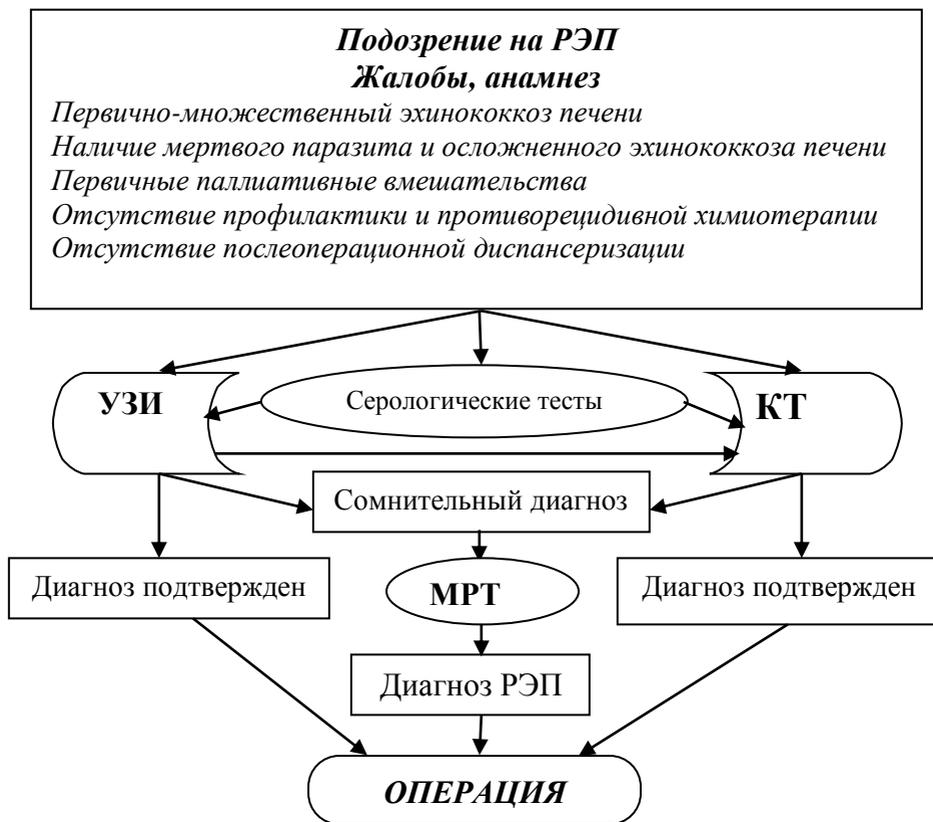


Рисунок 1. - Алгоритм диагностики РЭП

Согласно разработанному алгоритму у всех пациентов с подозрением на РЭП выясняют предикторы риска развития повторного заболевания.

Для проведения комплексной патогенетических обоснованной предоперационной подготовки больных с РЭП учитывалось, прежде

всего, общее состояние больных по ASA (Классификации «Американское Общество анестезиологов»).

Таблица 2.

Тяжесть состояния больных с РЭП согласно усовершенствованной классификации ASA

Степень оперативного риска	Факторы риска	
	Общие	Местные
Р1-практические больные с РЭП без сопутствующей патологии	Сопутствующих заболеваний нет	Одиночная рецидивная киста Умеренно выраженный спаечный процесс
Р2-больные с умеренными системными нарушениями	Сердечно-сосудистые заболевания, НК I-II степени. ХОБЛ без признаков дыхательной недостаточности, ожирение I степени, узловой зоб без функциональных расстройств, сахарный диабет субкомпенсированная стадия, варикозная болезнь нижних конечностей, ХПН I-II ст. МКБ + хронический пиелонефрит	Одиночные и множественные рецидивные эхинококковые кисты без осложнений. Выраженный спаечный процесс. Первичный рецидив заболевания. Центральная локализация рецидивной эхинококковой кисты по данным КТ и МРТ.
Р3- больные с выраженными системными нарушениями	Сердечно-сосудистые заболевания НК III ст. ХОБЛ с явлениями дыхательной недостаточности I-II ст. Ожирение II-IV ст. Варикозная болезнь, язвенная болезнь (ремиссия), эрозивный гастрит, или дуоденит, узловой зоб с явлениями тиреотоксикоза, ЦВБ с хронической ишемией головного мозга	Множественные и гигантские рецидивные эхинококковые кисты с осложнением (механическая желтуха, нагноение). Выраженный спаечный процесс. Двух-трехкратные рецидивы и операции в анамнезе.
Р4-больные с тяжёлыми системными нарушениями, угрожающими их жизни	Последствия ОНМК, ХОБЛ, дыхательная недостаточность III ст. Сердечно-сосудистые заболевания, НК IV ст. МКБ + хронический пиелонефрит, ХПН III ст.	Осложнённый рецидивный эхинококкоз. Множественные рецидивные и перенесенные операции. Выраженный спаечный процесс.

Наряду с определением общего состояния больных большое значение придавали «местным» отягощающим факторам, которые негативно влияют на течение операции и послеоперационный период. В клинике использовали модифицированную классификацию ASA с оценкой общих и местных факторов операционно-анестезиологического риска (таблица 2.). В результате исследования мы выделили 2 группы факторов, влияющих на выбор способа и объёма повторной комплексной предоперационной подготовки больных с РЭП. Первую группу определяли как общие факторы операционно-анестезиологического риска, к которым отнесли сопутствующие заболевания, на фоне которых развивалось нарушение функций органов и систем. Данные факторы обуславливали тяжесть состояния больных, влияли на течение послеоперационного периода и являлись противопоказанием к радикальным оперативным вмешательствам. Вторую группу определяли как местные факторы операционного риска и отнесли к ним глубину залегания рецидивных эхинококковых кист, количество, размеры, наличие осложнений количество рецидивов и повторных операций, а также выраженность спаечного процесса в правом подреберье. Эти изменения создают значительные технические сложности, для выполнения радикальных и паллиативных оперативных вмешательств и негативно влияют на течение послеоперационного периода и исхода лечения.

Согласно усовершенствованной классификации ASA больных с РЭП распределяли следующим образом. Пациентов с операционно-анестезиологическим риском P1 и P2 согласно усовершенствованной классификации, оказалось 69(82,1%) больных, а пациентов с операционно-анестезиологическим риском P3-P4 – 15(17,9%). Согласно усовершенствованной классификации ASA пациентам с группой риска P2-P3-P4 проводили комплексную предоперационную подготовку. При выборе повторного оперативного вмешательства ориентировались на разработанные в клинике объективные критерии, основанные на результатах комплексного обследования больных с РЭП.

Для выбора способа и объёма повторной операции при РЭП строго ориентировались критериям, которые позволяли в каждом конкретном случае индивидуализировать хирургическую тактику и выбрать патогенетические обоснованный метод повторного хирургического пособия.

Комплексное обследование больных с РЭП, а также разработка объективных критериев выбора способа и объёма операции при РЭП позволили выполнить различные по характеру оперативные вмешательства (таблица 3.). Среди 44(52,4%) резекционных методик экономные атипичные резекции печени выполнялись в 24 случаях, а в

13(15,5%) - анатомические резекции печени в 7(8,3%) случаях выполнялась тотальная перицистэктомия. В своих исследованиях применяли усовершенствованную методику атипичной экономной резекции печени, в которой придерживались анатомических принципов оперирования. В 24 наблюдениях при выполнении комбинированных (n=6) и паллиативных вмешательств (n=18) по поводу РЭП с целью профилактики повторных рецидивов во время операции придерживались принципов апаразитарности и антипаразитарности с обязательным проведением видеозендоскопии остаточных полостей и интраоперационного УЗИ.

Таблица 3.

Характер оперативных вмешательств при РЭП (n=84)

Название операции	Кол.	%
Радикальные методики:	44	52,4
Атипичная резекция правой доли печени	17	20,2
Атипичная резекция правой доли печени с ненатяжной герниопластикой	3	3,6
Атипичная резекция левой доли печени	4	4,8
Тотальная перицистэктомия	7	8,3
Правосторонняя гемигепатэктомия	8	9,5
Левосторонняя гемигепатэктомия	5	6,0
Условно-радикальные методы:	16	19,1
Субтотальная перицистэктомия	14	16,7
Субтотальная перцистэктомия с ненатяжной герниопластикой	2	2,4
Комбинированные методы:	6	7,1
Закрытая эхинококкэктомия +перицистэктомия	4	4,7
Открытая эхинококкэктомия+атипичная резекция печени	2	2,4
Паллиативные методы:	18	21,4
Закрытая эхинококкэктомия	11	13,1
Открытая эхинококкэктомия	7	8,3
Всего	84	100

Среди интраоперационных осложнений различных вариантов резекции печени опасным является интраоперационное кровотечение из культи резецированной печени. В ряде случаев вследствие нарушения механизмов локального гемостаза и развития транзиторной портальной гипертензии во время оперативного вмешательства развиваются некоторые неконтролируемые кровотечения.

В последние годы для достижения местного гемостаза из средних мелких кровеносных сосудов эффективно применяли препарат

гемостоп. Для профилактики риска развития кровотечений из культи резецированной печени нами предложена медикаментозная остановка кровотечения (рац.удост.№3400/R615 от 04.11.2014г., выдано ТГМУ им.Абуали ибни Сино). По предложенной методике на завершающем этапе операции культи печени засыпают гемостатическим порошком гемостоп и придерживают плотно в течение 5-7 минут. В результате культи печени покрывается плотной пленчатой основой, и, тем самым, добиваются осуществления гемостаза. Предложенную методику профилактики и лечения кровотечения из культи резецированной печени эффективно использовали у 7 больных с хорошими непосредственными отдалёнными результатами.

Билиарные послеоперационные осложнения резекции печени сопровождаются желче- и кровотечением. Причиной развития желче- и кровотечений являются транзиторные пострезекционные желчеистечения и портальная гипертензия. Для профилактики пострезекционного желче-и кровотечения в клинике разработана методика медикаментозной терапии (рац.удост.№3411/R626 от 16.12.2014г., выдано ТГМУ им.Абуали ибни Сино). Разработана методика заключается в том, что после завершения операции на операционном столе начинают п/к введение нейропептида Сандостатина по 1,0 мл 2 раза в течение 4-5 суток. Ранее по предыдущим нашим исследованиям, а также литературным данным, доказано действие сандостатина на портальную систему и выработку желчи. Предложенная методика эффективно применена в 8 наблюдениях у больных после резекции печени.

При очаговых заболеваниях печени, а также РЭП наиболее радикальным методом лечения является резекция печени. Нередко после выполнения различных по объёму и характеру резекций печени наблюдаются послеоперационные желчеистечения с развитием послеоперационного желчного перитонита. Это, прежде всего, обусловлено тем, что после выполнения резекции печени, желчные протоки спадаются. В дальнейшем вследствие пострезекционной желчной гипертензии через поврежденные сегментарные желчные протоки отмечается желчеистечение. Своевременная интраоперационная диагностика герметичности желчных протоков позволяет дополнительно их прошивать и предотвратить послеоперационные осложнения. В клинике для определения герметичности культи резецированной печени разработана методика выявления несостоятельности сегментарных желчных протоков (рац.удост.№3416/R631 от 16.12.2014 г., выдано ТГМУ им.Абуали ибни Сино). Разработанная методика определения герметичности культи печени заключается в следующем. Для контроля герметичности культи

печени ставится мягкий зажим на левый печеночный проток, дистальную часть холедоха прижимают рукой, через пузырный проток вводится 20-30 мл физиологического раствора, окрашенного фуксином. Выхождение окрашенного физиологического раствора из культы печени дает основание дополнительно наложить герметизирующие швы, и, тем самым, предотвратить развитие послеоперационного желчеистечения. Методика эффективно применена в 6 наблюдениях при выполнении резекции печени.

Среди ранних послеоперационных осложнений резекции печени при РЭП наиболее тяжелым и опасным является желчеистечение. Нераспознанные во время операции перерезанные сегментарные желчные протоки в дальнейшем, вследствие транзиторной желчной гипертензии, обусловленной удалением значительных участков печеночной ткани, либо наличием препятствия для свободного пассажа желчи в кишке (воспалительный отек), осложняются значительным желчеистечением с развитием послеоперационного желчного перитонита. Для предотвращения пострезекционной транзиторной желчной гипертензии в клинике разработан способ наружного дренирования желчных протоков (рац.удост.№3400/R615 от 04.11.2014г., выдано ТГМУ им.Абуали ибни Сино). По предложенной методике после выполнения резекции печени, для декомпрессии желчных протоков и купирования желчной гипертензии через общий желчный проток в оставшуюся долю печени вводят полихлорвиниловый катетер. Далее длинный конец зонда через отдельный прокол выводят наружу. Декомпрессию оставшейся доли печени и желчных протоков осуществляют в течение 4-5 суток, после чего дренаж из желчных протоков удаляется. По предложенной методике оперированы 4 больных.

При хирургическом лечении РЭП в 44(52,4%) наблюдениях выполнялись радикальные методики. Среди различных вариантов резекции печени доминировали атипичные методики выполнения – в 24(28,6%) случаях и тотальная перицистэктомия - в 7(8,3%) наблюдениях. В 13(15,4%) случаях выполнялись расширенные анатомические резекции печени. Условно радикальные оперативные вмешательства при РЭП в объеме субтотальной перицистэктомии выполнены у 16(19,1%) больных, комбинированные методики выполняли в 6(7,2%) случаях и вынужденные паллиативные способы - в

18(21,4%) наблюдениях. Характер послеоперационных осложнений приведен в таблице 4.

Специфические для резекции печени послеоперационные осложнения наблюдали у 12(14,2%) больных. Различной степени выраженности скопления желчи (n=3) и желчный свищ отмечали в 2 случаях. В 3 случаях наблюдали скопление жидкости в зоне резекции или удаленных фиброзных капсул при тотальной перицистэктомии, жидкостные скопления после проведения консервативной терапии разрешились. Послеоперационные кровотечения отмечали в 2 наблюдениях, ещё у 2 больных наблюдалась пневмония. Летальный исход был отмечен в 3(3,6%) случаях вследствие острой дыхательной (n=1) и сердечно-сосудистой недостаточности (n=2).

Таблица 4.

Характер послеоперационных осложнений в зависимости от вида оперативных вмешательств при РЭП

Характер осложнений	Резекционные методы (n=44)	Перицистэктомия (n=16)	Комбинированные методы(n=6)	Паллиативные методы (n=18)
Нагноение остаточной полости	-	-	-	3
Внутрибрюшные абсцессы	-	-	1	1(1)
Жидкостные скопления в зоне резекции	3	1	1	-
Билиарные осложнения:				
-скопление желчи	3	1	-	1
-желчный свищ	2(1)	1	-	1
Пневмония	2(1)	1(1)	-	-
Послеоперационные кровотечения	2(1)	1	-	1
Нагноение раны	-	-	2	2
Летальный исход	3	1	-	1
Всего	12(3)	5(1)	4	9(1)

Следует также отметить, что при выполнении как радикальных оперативных вмешательств, так и при условно-радикальных, во время

операции наблюдали различной степени выраженности кровотечения. При этом отмечается достоверная разница по среднему объёму интраоперационной кровопотери между атипичными и анатомическими резекциями. Средняя кровопотеря статистически значимо была ниже ($815,4 \pm 14,5$ мл) после выполнения экономных резекций печени по сравнению с большими резекциями ($1532,5 \pm 24,6$ мл). Средний объём интраоперационной трансфузии у пациентов, перенесших экономную резекцию печени, составил 220 мл эритроцитарной массы и 470 мл замороженной плазмы, а у пациентов, перенесших «большие» резекции – 320 мл эритроцитарной массы и 640 мл замороженной плазмы. При кровопотере менее 1000 мл интраоперационную гемотрансфузию не проводили. В 3 наблюдениях у пациентов после атипичной резекции печени имела место послеоперационная боковая грыжа, которая на завершающем этапе операции корригировалась «ненатяжной» методикой с применением эндопротеза – сетки для восстановительной хирургии размером 15,0x15,0 см (производство компании Линтекс «Эсфил», Санкт-Петербург).

После выполнения 16(19%) условно-радикальных оперативных вмешательств по поводу РЭП послеоперационные осложнения наблюдали в 5(5,9%) случаях и с 1(1,2%) летальным исходом. Различную степень выраженности скопления желчи ($n=1$) и желчный свищ отмечали в одном случае. Также в 1 случае наблюдали скопление жидкости в зоне удаленных или частично удаленных фиброзных капсул, жидкостные скопления после проведения консервативной терапии разрешились. Послеоперационные кровотечения отмечали в одном наблюдении, ещё у одного больного – пневмонию. Причиной летального исхода явилась острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность ($n=1$). Условно-радикальные оперативные вмешательства в объёме субтотальной перичистэктомии выполнялись в 70% случаев при центральной локализации кист в IV-V сегментах, а также в VIII сегменте. Объём перичистэктомии при кистах центральной локализации не влиял на частоту осложнений. Средний объём кровопотери при тотальной перичистэктомии составил $1237 \pm 18,6$ мл, при субтотальной и комбинированной $376 \pm 5,6$ мл, следовательно, данный фактор увеличения интраоперационной кровопотери является достоверным.

После выполнения 6 комбинированных вмешательств по поводу РЭП осложнения наблюдали в 4 случаях. В 2 наблюдениях отмечали нагноение лапаротомной раны, в 1 - подпеченочный абсцесс и ещё в 1 - жидкостные скопления. В 1 наблюдении проводили вскрытие и

дренирование подпеченочного абсцесса по Клермону, а местное лечение раны консервативными мероприятиями (n=2) оказалось эффективным. Паллиативные оперативные вмешательства по поводу РЭП выполнили 18 пациентам. Выбор повторных паллиативных вмешательств был обусловлен тяжелым состоянием больных по ASA PIII-PIV. В послеоперационном периоде осложнения имели место у 9(10,7%), при этом в 3-х случаях отмечалось нагноение остаточной полости, требующего повторного вскрытия и дренирования, в 1 случае - поддиафрагмальный абсцесс, ещё в 2 наблюдениях - желчеистечения и кровотечения (n=1), которые самостоятельно прекратились. Летальный исход имел место в 1 случае, причиной которого являлась эмпиема плевры и связанная с ней интоксикация. В целом после выполнения различных по характеру и объёму оперативных вмешательств по поводу РЭП, послеоперационные осложнения наблюдались у 30(35,7%) больных с 5(5,9%) летальными исходами. Учитывая тот факт, что при РЭП наиболее часто после повторных оперативных вмешательств развиваются повторные рецидивы заболевания всем пациентам послеоперационном периоде назначали два курса химиотерапии альбендазолом. Доза лекарственного препарата определялась по стандартной схеме. Пациентам с массой тела > 60 кг назначали альбендазол в суточной дозе 800 мг в два приема по 400 мг на протяжении всего лечения в стационаре. Больных с массой тела <60 кг суточная доза из расчета 15 мг/кг двумя равными частями.

После назначения албендазола могут возникать различные побочные эффекты, которые могут сопровождаться диспептическими явлениями, желтухой, а также повышением уровня цитолитических ферментов в сыворотки крови. Для снижения частоты побочных эффектов и улучшения функции печени при назначении албендазола к ней добавляли препарат Гептрал по 400 мг в/в в течение 10 дней и Реамберин по 400 мл в сутки через день в течение 10 дней. Повторные курсы химиотерапии албендазолом проводили после проведения УЗИ, КТ и МРТ (по показаниям) каждые 6 месяцев в течение 4-5 лет.

Таким образом, не вызывает сомнения факт прямой зависимости частоты местного рецидива эхинококкоза от полного удаления оболочки паразита и ликвидации остаточной полости. Повторные операции должны выполняться в специализированных отделениях в радикальном объёме. Радикальные операции по поводу РЭП, как правило, выполняются в сложных топографо-анатомических условиях спаечного и инфильтративно-воспалительного процессов и нередко на фоне утяжеляющих состояние больных гнойно-септических осложнений, что закономерно приводит к росту интраоперационной кровопотери и специфическим билиарным осложнениям.

Также необходимо отметить, что при центральной локализации рецидивных эхинококковых кист, помимо их количества, с крупными сосудисто-секреторными элементами, возникает заведомо более распространенное поражение печени. В связи с этим закономерно возрастает риск развития послеоперационных осложнений. Тотальная перицистэктомия сопровождалась достоверным повышением объема интраоперационной кровопотери. В этой связи показания к выполнению тотальной перицистэктомии необходимо сузить. Тотальная перицистэктомия и комбинированные операции обеспечивают приемлемый риск рецидива.

ВЫВОДЫ

1. Предикторами возникновения рецидивов эхинококкоза печени являются: множественный характер эхинококкоза, наличие мертвого паразита, отсутствие послеоперационной противорецидивной химиотерапии, диспансеризации, реинвазия паразита, а также выполнение паллиативных вмешательств.

2. Высокоинформативными методами диагностики рецидивного эхинококкоза печени являются компьютерная и магнитно-резонансная томографии, которые позволяют четко установить локализацию, количество, характер осложнений и взаимоотношение кисты с сосудисто-секреторными образованиями печени.

3. При рецидивном эхинококкозе печени при тяжелом состоянии больных по ASAPI-PII патогенетически обоснованным методом лечения является экономная резекция печени. При центральной локализации кист, а также при тяжести состояния PIII – PIV операцией выбора являются субтотальная перицистэктомия и органосохраняющие методы.

4. После выполнения «больших» и «экономных» резекций печени по поводу рецидивного эхинококкоза печени в течение первых 3-4 суток наблюдаются морфофункциональные изменения в печени, характерные для послеоперационного посттравматического гепатита и более выраженные после обширных резекциях.

5. Разработанные и усовершенствованные методы медикаментозной и хирургической профилактики интра- и послеоперационных кровотечений и желчеистечений позволяют в значительной степени снизить частоту билиарных осложнений и кровотечений после резекционных и условно-радикальных вмешательств при рецидивном эхинококкозе.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для снижения частоты возникновения рецидивного эхинококкоза печени после выполнения паллиативных вмешательств рекомендуется проведение диспансерного

- наблюдения и противорецидивной антипаразитарной химиотерапии.
2. Применение в клинической практике разработанного алгоритма диагностики рецидивного эхинококкоза печени позволяет своевременно выявить заболевание и в ранние сроки выполнить оперативные вмешательства.
 3. Повторные операции по поводу рецидивного эхинококкоза печени должны выполняться в специализированных отделениях гепатохирургами в объёме экономной резекции и субтотальной перицистэктомии.
 4. Для снижения частоты интра - и послеоперационных кровотечений и желчеистечений рекомендуется применение препарата Гемостоп на культю печени с дополнительными вмешательствами, направленными на декомпрессию культи печени.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Давлатов Дж.Ё. Диагностика и тактиках и хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени. / К.М. Курбонов, Дж.Ё.Давлатов, Ф.И.Махмадов, А.З.Азизов // *Здравоохранение Таджикистана*. -2014. -№2, – С. 36-42.
2. Давлатов Дж.Ё. Резекция печени и перицистэктомия после нерадикальных операций по поводу эхинококкоза. / К.М. Курбонов, Дж.Ё.Давлатов, М.И.Рамазан // *Вестник Авиценны*. -2014. -№4, – С. 28-31.
3. Давлатов Дж.Ё. Повторные операции на печени после паллиативных вмешательств. / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, Дж.Ё.Давлатов, К.Р.Назирбоев // *Вестник педагогического университета*. -2015. -№3, – С. 242-247.
4. Давлатов Дж.Ё. Особенности диагностики поддиафрагмального эхинококкоза печени. / Ф.И.Махмадов , К.М. Курбонов, А.Дж.Собиров, А.Д.Гулахмадов, Дж.Ё.Давлатов // *Вестник педагогического университета*. -2014.-№2(57), – С. 193-199.
5. Давлатов Дж.Ё. Особенности диагностики ихирургической тактики у больных с рецидивным эхинококкозом печени. / Дж.Ё. Давлатов, К.Р.Назирбоев // *Материалы X годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику», ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием*. – Душанбе.- 2015.-С. 122.

6. Давлатов Дж.Ё. Особенности миниинвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем эхинококковым абсцессе печени. / А.Д.Гулахмадов, Дж.Ё.Давлатов, А.З.Азизов // Материалы IX годичной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Достижения и перспективы развития медицинской науки», ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием.- Душанбе.- 2014.- С.108.

7. Давлатов Дж.Ё. Мини-инвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем эхинококковым абсцессе печени. / К.М.Курбонов, А.Д.Гулахмадов, Дж.Ё.Давлатов, А.З.Азизов // Материалы XXI международного конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии».-Пермь.-2014.-С.97.

8. Давлатов Дж.Ё. Выбор оптимального метода лечения больных тяжелого состояния с нагноившимися эхинококковыми абсцессами печени. / К.М.Курбонов, Ф.И.Махмадов, А.Д.Гулахмадов, Дж.Ё.Давлатов, А.Дж.Собиров // Материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии».-Ташкент.-2015.-С.117.

9. Давлатов Дж.Ё. Способ ранней диагностики нагноения эхинококковых кист печени. / К.М. Курбонов, Ф.И.Махмадов, А.Д.Гулахмадов, Дж.Ё.Давлатов, А.Дж.Собиров // Материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии».-Ташкент.-2015.-С.118.

10.Давлатов Дж.Ё. Эффективность видеолапароскопии при нагноившихся эхинококковых кистах печени. / Ф.И.Махмадов, А.Д.Гулахмадов, Дж.Ё.Давлатов, А.Дж.Собиров // Материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии».-Ташкент.-2015.-С.121.

11.Давлатов Дж.Ё. Профилактика и лечение специфических послеоперационных осложнений при эхинококкозе печени. / М.Ш.Гуломов, П.К.Холматов, Дж.Ё.Давлатов, С.Г.Али-Заде // Сборник научных статей 65 годичной международной научно-практической конференции Таджикского государственного медицинского университета имени Абуалиибни Сино «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире». Душанбе.-2017.-С.206-208.

12. Давлатов Дж.Ё. Малоинвазивные вмешательства при эхинококкоза печени. /К.М. Курбонов, Дж.Ё. Давлатов, К.Р. Назирбоев, Г.Ю. Гафуров// Эндоскопическая хирургия. Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. 2014.- №1. -С.210-211.

13. Давлатов Дж.Ё. Диагностика и лечение наружных свищей желчных протоков после эхинококкэктомии из печени/ З.А. Азиззода., К.М. Курбонов., Дж.Ё. Давлатов //Материалы 66-ой годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, в рамках которой проходят Симпозиум детских хирургов «Хирургия пороков развития у детей» и Веб-симпозиум по нормальной физиологии, посвященные «Году развития туризма и народных ремесел». –Душанбе.-2018. -С.33-35

Монография

Давлатов Дж.Ё. **Рецидивный эхинококкоза печени.** / К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, Дж.Ё. Давлатов, А.Д. Гулахмадов // Душанбе – 2018. 100 стр. Издательство «Таъминотчи».

Рационализаторские удостоверение

1. Давлатов Дж.Ё. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. **«Способ гемостаза при операциях печени».** Рац.удост.№.№3400/R615, выданное ТГМУ от 04.11.2014.

2. Давлатов Дж.Ё. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. **«Способ профилактики пострезекционных желчеистечений».** Рац.удост.№3417/R6632, выданное ТГМУ от 16.12.2014.

3. Давлатов Дж.Ё. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. **«Способ определения герметичности культи печени».** Рац.удост.№.№3416/R631, выданное ТГМУ от 16.12.2014.

4. Давлатов Дж.Ё. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р. **«Способ профилактики медикаментозное пострезекционного желче -и кровотечения».** Рац.удост.№.№3411/R626, выданное ТГМУ от 16.11.2014.

СПИСОК СОКРАЩЕННЫХ СЛОВ

АлАТ – аланинаминотрансфераза

АсАТ – аспаратаминотрансфераза

ГКБ СМП – городская клиническая больниц скорой медицинской помощи

КТ – компьютерная томография

МКБ – мочекаменная болезнь

МРТ – магнитно-резонансная томография

НК - недостаточность кровообращения

ОНМК - острые нарушения мозгового кровообращения

РЭП – рецидивный эхинококкоз печени

УЗИ – ультразвуковое исследование

ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь лёгких

ХПН - хроническая почечная недостаточность

ЦВБ - цереброваскулярная болезнь

Сдано в печать 0006. 2019 г.

Подписано в печать 000.06. 2019г.

Формат 60x84 1/16. Бумага офсетная.

Печать офсетная. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии

ООО «Сармад-Компания»

г. Душанбе, ул. Лахути 6, 1 проезд