

2001-231

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи
УДК 617-022+616.99+611.36.

Фунлоэр Рашид Исхарович

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ
И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ЭКОНОКОККОЗА
7-8 СЕГМЕНТА ПЕЧЕНИ

(14.00.27 - хирургия)

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек-2000 г.

Работа выполнена на кафедре общей хирургии, анестезиологии и реаниматологии Кыргызской Государственной Медицинской Академии.

Научные руководители:

- доктор медицинских наук, профессор Акылбеков И.К.,
- доктор медицинских наук, профессор Бебезов Х.С.

Официальные оппоненты:

1. Заслуженный деятель науки Кыргызской Республики, доктор медицинских наук, профессор Кононов В.С.
2. Доктор медицинских наук Мусаев А.И.

Ведущая организация:

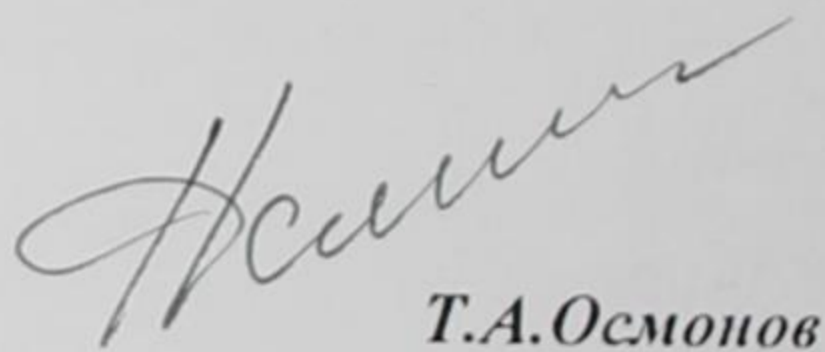
Научный Хирургический Центр им. А.Н.Сызганова, г. Алматы

Защита диссертации состоится "8" февраля 2001 года в 13:00 часов на заседании Диссертационного совета Д 14.98.75 при Кыргызской Государственной Медицинской Академии (720061, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской Государственной Медицинской Академии.

Автореферат разослан "6" февраля 2001 г.

Ученый секретарь
Диссертационного совета,
доктор медицинских наук, доцент


Т.А. Осмонов

Актуальность проблемы

Заболевание эхинококкозом довольно широко распространено среди людей и домашних животных в Кыргызской Республике. А в последние десять лет отмечен значительный рост заболеваемости у населения республики.

Несвоевременно выявленный эхинококкоз печени приводит к тяжелым осложнениям и летальному исходу. Процент таких осложнений (25-30%) остается высоким и тенденции к его снижению не наблюдается.

Научные исследования в этой области проводились и проводятся в целом независимо от места локализации эхинококковых кист в печени.

А сегментарные поражения печени эхинококковыми кистами имеют характерные симптомы и клинику, свои особенности в диагностике и особые методы хирургического лечения.

Поражение 7-8 сегмента печени, локализующееся под правой диафрагмой встречается около 30-35% случаев (Ю.Д.Волох 1965; О.Б.Милонов с соавт. 1979; Е.А.Абдрахманов с соавт. 1989; Б.А.Акматов 1994, 1998; М.А. Алиев с соавт. 1998).

Клиника и клиническое течение эхинококкоза 7-8 сегмента печени протекает своеобразно и имеет свои особенности в отличие от других локализаций и недостаточно изучена.

Общепринятые методы диагностики в выявлении эхинококкоза 7-8 сегмента печени, такие как лабораторные исследования функции печени, латекс агглютинации, ультразвуковое исследование печени не всегда эффективны и порой мало информативны. Поэтому требуется более углубленное изучение и применение специальных, для выявления эхинококкоза 7-8 сегмента печени, методов диагностики.

А методы хирургического лечения, способы закрытия остаточной полости и операционный доступ при эхинококкозе 7-8 сегмента печени недостаточно совершенны и не разработаны и требуют дальнейших усовершенствований.

Таким образом, на основании вышеизложенного, становится очевидным, что изучение эхинококкоза 7-8 сегмента печени с поддиафрагмальной локализацией является актуальным и своевременным.

Цель исследования: изучить особенности клиники, диагностики и методы хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности клинического течения эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

2. Определить диагностические возможности рентгенографии, эхографии и компьютерной томографии в диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

3. Оценить традиционный и новые методы хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

4. Выработать показания к торакотомному и абдоминальному доступам при хирургическом лечении эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

Научная новизна

1. Выявлены характерные клинические симптомы присущие эхинококкозу 7-8 сегмента печени.

2. Определены четыре степени тяжести клинического течения эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

3. Оценены диагностические возможности ультразвукового исследования, компьютерной томографии и особенно рентгенографии в выявлении эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

4. Впервые применен вакуумный метод закрытия остаточной полости при эхинококкозе 7-8 сегмента печени.

5. Впервые внедрен новый менее инвазивный пункционный метод эхинококкэктомии при эхинококкозе 7-8 сегмента печени.

6. Разработаны впервые показания к торакотомному и абдоминальному доступам операции при эхинококкозе 7-8 сегмента печени.

Практическая ценность исследования

1. Полученная информация о характерных симптомах и формах клинического течения позволяет клиницистам заподозрить заболевание эхинококкозом 7-8 сегмента печени.

2. Выявленные характерные рентгенологические признаки в результате обследования больного позволяют выставить клинический диагноз: эхинококкоз 7-8 сегмента печени.

3. Характерные ультразвуковые признаки при эхинококкозе 7-8 сегмента печени дают возможность клиницистам своевременно установить диагноз.

4. Высокоинформативная компьютерная томография позволяет практическим врачам избежать ошибки при постановке диагноза эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

5. Разработанные вакуумный и пункционный методы эхинококкэктомии для хирургов являются доступными, простыми и эффективными методами хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

6. Выработанные показания к торакотомному и абдоминальному доступам при эхинококкозе 7-8 сегмента печени для практических врачей-хирургов являются руководством к

действию. Правильно выбранный доступ позволяет радикально произвести операцию.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Выделенные характерные симптомы и формы клинического течения эхинококкоза 7-8 сегмента печени позволяют своевременно заподозрить и выставить правильный диагноз.

2. Применение рентгенологического метода в диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени снижает процент диагностических ошибок, определяет оперативный доступ и является информативным обязательным методом диагностики.

3. Основу диагностики эхинококкоза 7-8 сегмента печени составляют высокоинформативные методы обследования - ультразвуковое и компьютерно-томографическое исследования, позволяющие своевременно и точно поставить диагноз.

4. Разработанные вакуумный и пункционный методы эхинококкэктомии являются менее травматичными операциями, просты в исполнении и эффективны, уменьшают число послеоперационных осложнений.

5. Выработанные показания к торакотомному и абдоминальному доступам позволяют хирургам радикально произвести операцию.

Апробация работы

Основные положения диссертации и результаты исследования доложены и обсуждены:

- на кафедре общей хирургии, анестезиологии и реаниматологии (2.12.00 г., Бишкек);

- на заседании Ассоциации научных обществ хирургов Кыргызской Республики (19.12.00 г., Бишкек);

- на заседании комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций по хирургии (25.12.00 г., Бишкек).

Публикации результатов работы

По результатам исследования опубликовано 9 научных работ. Поданы две заявки на изобретение.

Структура диссертации

Диссертация состоит из введения, глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 302 источника, из них 102 работы авторов дальнего зарубежья; иллюстрировано 11 рисунками и 10 таблицами.

Материал и методы исследования

Клинические наблюдения были проведены в отделении грудной и общей хирургии Национального Госпиталя МЗ Кыргызской Республики с 1994 по 2000 гг.

Комплексное обследование, включая общеклинические и специальные методы исследования, 143 больным эхинококкозом 7-8 сегмента печени.

Таблица 1
Распределение больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени по полу и возрасту

Пол	В о з р а с т (в годах)						Всего
	1	2					
	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	
Мужчины	19	17	12	11	2	8	69(48,3%)
Женщины	14	17	17	13	5	8	74(51,7%)
Всего	33	34	29	24	7	16	143(100%)

Как видно из таблицы 1 эхинококкозом 7-8 сегмента печени болеют, в основном, люди трудоспособного возраста от 20 до 60 лет, что составило 94 больных (65,7%).

Эхинококковые кисты 7-8 сегмента печени одинаково часто выявлялись у лиц обоих полов: мужчин - 69 (48,3%), женщин - 74 (51,7%).

Из 143 больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени проживают на селе - 104 больных, что составило (72,7%), в городе - 39 больных (27,3%).

У больных эхинококкозом печени немаловажную практическую роль имеет анамнез. Правильно собранный анамнез решит многие вопросы: проживает в селе или в городе, работа связана с животными или нет, когда было отмечено заболевание, с чем оно связано, какие первые признаки заболевания, частота приступов болей, прогрессирует ли заболевание со временем. Анамнез, выясненный во время обследования больного в определенной мере может прояснить диагноз болезни.

Изучение объективных данных начинается с осмотра больного. Цвет кожных покровов и слизистых оболочек, симметричность грудной клетки, перкуссия и аускультация легких и сердца. Форма живота, его симметричность. Перкуссия и пальпация живота, определение размера печени.

Наряду с общеклиническими исследованиями, включающими общий анализ крови и мочи, немаловажную роль играют биохимические анализы и особенно печеночные тесты. Производились и специальные инструментальные методы

исследования больным эхинококкозом 7-8 сегмента печени исходя из их информативности и необходимости.

Рентгеноскопия органов грудной клетки производилась больным в обязательном порядке как один из элементов предоперационного обследования и выявления сопутствующих заболеваний, а при подозрении на эхинококкоз 7-8 сегмента печени рентгеноскопия приобретает еще более важную роль. При этом выполнялось многоосевое просвечивание в вертикальном положении при наличии образования и изменений в легких и наличии высокого стояния диафрагмы в правой половине грудной клетки.

Рентгенография грудной клетки выполнялась в прямой и правой боковой проекции, с целью диагностики сочетанного поражения эхинококкозом печени и легких, а также выяснения причины высокого стояния диафрагмы справа и наличия округлых образований и затенений под диафрагмой - как всегда эти признаки указывают на присутствие эхинококковых кист в 7-8 сегменте печени.

Перечисленные возможности рентгенологического метода исследования показали необходимость и обязательность его при эхинококкозе 7-8 сегмента печени.

Рентгеноскопия проведена у 94 больных (65,7%). Рентгенография у 72 (50,4%), томография сделана 5 больным (3,5%).

Метод ультразвукового исследования при эхинококкозе 7-8 сегмента печени. Этот метод широко применяется в медицине. Ультразвуковые исследования больным эхинококкозом 7-8 сегмента печени проводились на аппарате "Аloka-630". Для исследования печени применяются датчики 2,5-3,5 мГц. Исследования на аппарате "Аloka-630" проводятся в реальном масштабе времени. Обычно обследование проводится утром натощак. Ультразвуковое исследование 7-8 сегмента печени осуществляют путем множественных, последовательных сканирований, производимых в различных плоскостях и положениях больного. В связи с тем, что большая часть печени закрыта грудной стенкой, в частности ребрами, исследовать ее необходимо через доступные для прохождения ультразвука "окна". Основными окнами для исследования 7-8 сегмента печени являются правое подреберье и межреберья. Нами проведено УЗИ у 138 больных (96,5%).

Метод компьютерно-томографического исследования при эхинококкозе 7-8 сегмента печени. При этом методе с помощью системы перемещающихся детекторов и рентгеновских трубок получают картину поперечных топографоанатомических срезов на заданном уровне. Ввиду особого анатомического расположения печени изображение органа не удастся выявить на одной

томограмме в связи с чем делают несколько томографических срезов. Компьютерная томография проведена у 15 больных (10,4%).

Содержание работы

Клиника эхинококкоза 7-8 сегмента печени отмечается большим разнообразием клинических проявлений, которые в основном зависят от присоединившихся осложнений и активности воспалительного процесса.

С этой целью нами проанализированы и уточнены зависимость клинических проявлений болезни от тех осложнений, при которых ярко проявились те или иные клинические симптомы, т.е. степени воспаления.

Из 143 больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени у 80 (55,9%) больных заболевание длилось от 1 до 7 месяцев, в то время как у 53 (37,1%) оно существовало более 1 года. Однако, это было установлено условно из уст больных во время сбора анамнеза, в действительности по размерам кисты выявленным во время операции, можно говорить о длительном существовании этих кист в печени у данной группы больных. Нами было отмечено, что, несмотря на длительный срок пребывания кисты в 7-8 сегменте печени, общее состояние таких больных оставалось на протяжении многих лет вполне удовлетворительным, если не брать во внимание грозных осложнений.

В значительной степени клиническое течение эхинококкоза 7-8 сегмента печени зависит от осложнений, отсюда и степень тяжести заболевания.

С учетом клиники и клинического течения эхинококкоза 7-8 сегмента печени, мы выделили 4 степени или формы клинического течения эхинококкоза 7-8 сегмента печени: без определенных признаков, легкую, средней тяжести и тяжелую.

У 10 больных (6,9%) эхинококкоз 7-8 сегмента печени протекал без клинических симптомов и выявлен случайно во время профилактического обследования. Хотя, при внимательном сборе анамнеза у этих больных были выявлены определенные жалобы. Возраст больных этой группы колебался от 20 до 45 лет. При поступлении в стационар эти больные жалоб не предъявляли.

Вторую группу (легкое течение) составили 46 (32,1%) больных.

Для этой группы характерно наличие уже определенных жалоб, таких как боль, чувство тяжести в правом подреберье, тошнота, плохое самочувствие с быстро проходящими симптомами без наличия температуры. Больные этой группы в основном трудоспособны.

Следует отметить, что у второй группы больных было отмечено постепенное ухудшение общего состояния, что связано с увеличением кисты и с присоединением инфекции.

Если у больных предыдущей группы нельзя было отметить ухудшения общего состояния, то у большего числа больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени со степенью средней тяжести с присоединением инфекции ухудшается общее состояние - 55 (38,5%) больных, ухудшение состояния здоровья прямо можно связать с нагноительным процессом в полости и вокруг эхинококковой кисты.

В этой группе больных, как правило, жалобы на боли в правой половине грудной клетки, в брюшной полости, чувство тяжести в правом подреберье, наличие температуры и может присоединиться легочная патология.

Несмотря на то, что у больных перечисленных групп эхинококкоз 7-8 сегмента печени осложнился нагноительным процессом с вовлечением даже соседних органов, можно отметить довольно удовлетворительное течение болезни, не соответствующее данным УЗИ и рентгенологического исследования.

Тяжелую группу составили больные со значительным воспалительным процессом в самой кисте и вокруг нее, с прогрессирующим ухудшением общего состояния здоровья - 32 (22,5%) случая. Они жаловались на прогрессирующее плохое общее состояние, постоянные распирающие боли в правом подреберье, на высокую температуру, боли в грудной клетке справа, кашель, отсутствие аппетита и горечь во рту. С этими жалобами больные длительно лечатся в амбулаторных условиях до установления диагноза эхинококкоз 7-8 сегмента печени. В эту группу входят больные, у которых длительность заболевания более 2 лет.

По нашим данным, у большинства больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени появление первых признаков заболевания связано с нагноением или с другими осложнениями. По-видимому, эхинококкоз 7-8 сегмента печени дает о себе знать, как правило, в результате нагноения и активизации воспалительного процесса в самой кисте, а потом и в печени. Но следует отметить, что есть некоторые признаки заболевания, которые появляются до осложнения, такие как чувство тяжести и распираания в правом подреберье, а иногда и боли.

Первые признаки заболевания (боль, слабость, тяжесть, сухость во рту, тошнота, отсутствие аппетита, горечь во рту, потливость и изжога) у больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени могут появиться в любое время по мере роста и развития паразита. Это зависит прежде всего от локализации и размера кисты и от присоединения различного рода осложнений и активности воспалительного процесса.

Таблица 2

Частота различных признаков при поступлении больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени в клинику

№	Симптомы	Число больных	%
1	2	3	4
1.	Тупые боли в правом подреберье	106	74,1
2.	Чувство тяжести в правом подреберье	89	62,2
3.	Общая слабость	81	56,6
4.	Чувство распирания в правом подреберье	21	14,6
5.	Сухость во рту	19	13,2
6.	Повышение температуры тела	19	13,2
7.	Боль в правой половине грудной клетки	16	11,1
8.	Тошнота	15	10,4
9.	Кашель с мокротой	12	8,3
10.	Горечь во рту	11	7,6
11.	Одышка	10	6,9
12.	Плохой аппетит	10	6,9
13.	Потливость	10	6,9
14.	Изжога	8	5,5
15.	Кожный зуд	2	1,3
16.	Желтушность склер и кожи	1	0,6

Как видно из таблицы, первые признаки заболевания были такими: боли у 106 больных (74,1%); чувство тяжести - 89 (62,2%); общая слабость - 81 (56,6%); чувство распирания - 21 (14,6%); сухость во рту - 19 (13,2%); повышение температуры - 19 (13,2%); тошнота - 15 (10,4%); горечь во рту - 11 (7,6%); и изжога - 8 (5,5%).

Исходя из этого, можно прийти к выводу, что начало болезни у больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени мало чем отличается от первых признаков других воспалительных заболеваний органов брюшной и грудной полости.

Тупые, распирающие боли были отмечены у 106 больных (74,1%). Чаще всего боли локализовались в правом подреберье и в нижних отделах грудной клетки справа. Боли появляются за счет роста эхинококковых кист, которые давят на ткани и капсулу печени, на грудную стенку и, наконец, на диафрагму.

Кроме того, боли появляются с началом воспаления в самой кисте и вокруг нее, что имеет немаловажное значение для клиницистов, чтобы заподозрить паразитарное заболевание печени.

Чувство тяжести в правом подреберье отмечено у 89 больных (62,2%). Это говорит о наличии кисты в печени, как правило на УЗИ и во время операции у этих больных размеры кисты превышают 10 см в диаметре. За счет сдавливания окружающей ткани и веса самой кисты создается тяжесть в нижних отделах грудной клетки и подреберье.

Общая слабость и потливость выявлены у 91 больного (63,5%), что говорит о длительном существовании кисты в печени, о нарушении обменных процессов в самой печени и организме в целом и, наконец, о присоединении инфекции. Присоединение инфекции усиливает общую слабость и потливость.

Температурная реакция организма у больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени отмечена у 19 пациентов (13,2%). Наличие температуры мы отметили у больных с осложненной формой эхинококкоза. Основное осложнение в этих случаях - нагноение.

Нагноение бывает в первую очередь у тех больных, у которых в фиброзную капсулу полости эхинококка открываются желчные свищи, которые и инфицируют хитиновую оболочку и полости с последующим разложением хитиновой оболочки и дочерних кист с перифокальным воспалением.

Сухость и горечь во рту были выявлены у 30 больных (20,8%). С появлением этих признаков можно предположить о болезни печени и желчевыводящих путей. В таких случаях необходимо обследование печени, это дает возможность раннего выявления эхинококковой болезни печени.

Тошнота, рвота и отрыжка отмечены у 20 больных (13,7%). Эти симптомы мы отметили у больных с длительностью заболевания более 1 года и у больных с осложненной формой эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

Нами было отмечено, что появление вышеперечисленных признаков болезни не является характерным для эхинококкоза 7-8 сегмента печени, эти симптомы могут быть и при других заболеваниях печени, желудочно-кишечного тракта, грудной полости.

Но мы выявили эти признаки болезни именно у больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени, кроме того, появление этих признаков зависит от размеров кист, характера осложнений и от активности воспалительного процесса в кисте и печени.

Анамнез, данные объективного исследования больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени дали следующие результаты: увеличение печени и наличие опухолевидного образования в правой половине живота, выступающее ниже реберной дуги выявлено у 76

больных (53,2%). Это говорит о больших размерах кисты в 7-8 сегменте печени, которая по мере своего роста оттесняет печеночную ткань и опускается в брюшную полость до малого таза.

Появление желтухи при эхинококкозе печени свидетельствует о вовлечении в воспалительный процесс печени желчевыводящих путей. Желтушность кожных покровов и слизистых оболочек нами выявлена у 1 больного, что составило 0,7% от общего числа больных. Анализ данного случая показал, что эхинококкоз 7-8 сегмента печени осложняется желтухой, результат сдавливания желчных путей огромной кистой, которая переходит на левую долю.

Следует отметить, что эхинококкоз 7-8 сегмента печени очень редко дает осложнения - такие как сдавливание или прорыв эхинококковых кист в желчные пути с развитием обтурационной желтухи. Доказательством тому один случай из 143 больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени и то с переходом кисты в I сегмент.

Асимметрия грудной клетки в области нижней ее трети отмечена у 35 больных (24,4%) за счет увеличенной печени, из-за огромного размера эхинококковой кисты. Увеличение и деформация грудной стенки в нижних отделах особенно характерно для больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени.

Подтверждением тому является притупление перкуторного звука в правой половине грудной клетки, достигающее до уровня IV и III ребер спереди, выявленное у 52 (36,3%) больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени. Аускультативно влажные хрипы в правом легком выявлены у 33 (23%) больных, в левом у 7 (4,9%).

Таким образом, несмотря на всю пестроту клиники и клинического течения эхинококкоза 7-8 сегмента печени полученные в результате анализа у 143 больных, нам удалось выделить 4 степени тяжести клинического течения. 1 - бессимптомную, 2 - легкую, 3 - средней тяжести и 4 - тяжелую.

Диагностика эхинококкоза 7-8 сегмента печени основывается, главным образом, на инструментальных методах исследования (рентгенологическое, ультразвуковое исследование, компьютерная томография и др.).

Предварительная диагностика эхинококкоза 7-8 сегмента печени основывается на данных рентгенологических методов исследования: рентгеноскопия, рентгенография и томография.

Рентгеноскопия легких выполнена у 94 (65,7%) больных. Рентгенография легких проведена у 72 (50,4%) больных. А томографическое исследование выполнено только у 5 (3,5%) больных.

При изучении данных рентгеноскопии, рентгенографии и томографии с учетом анамнеза и клинического течения мы получили следующие данные.

Таблица 3

Рентгенологические признаки органов грудной клетки
у больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени

№	Легкое Признаки	правое	ле- вое	обеих	%
1	2	3	4	5	6
1.	Легочной рисунок усилен	-	-	33	35,1
2.	Затенение в нижних отделах легкого и тень округлой формы с четкими границами	12	5	-	18,0
3.	Корни уплотнены и расширены	-	-	13	13,8
4.	Купол диафрагмы на уровне III ребра спереди	6	-	-	6,3
5.	Купол диафрагмы на уровне IV ребра спереди	75	-	-	79,7
6.	Уменьшение гемиторакса	84	-	-	89,3
7.	Деформация диафрагмы	75	-	-	79,7
8.	Ограничение подвижности диафрагмы	82	-	-	87,2
9.	Деформация и выбухание переднего ската диафрагмы	55	-	-	58,4
10.	Деформация и выбухание заднего ската диафрагмы	20	-	-	22,3
11.	Плевральные шварты и спайки	25	-	-	26,5
12.	Плеврит	13	-	-	13,8

На обзорных рентгенограммах выявлено высокое стояние диафрагмы у 81 больного эхинококкозом 7-8 сегмента печени, что составило 86,0%.

Выявленный признак является характерным рентгенологическим признаком при котором можно с уверенностью сказать о наличии эхинококкоза 7-8 сегмента печени, но следует помнить, что такая рентгенологическая картина может быть и при реалоксации диафрагмы, наличии опухоли диафрагмы и печени, поддиафрагмального гнойника и образования нижней доли правого легкого, сливающегося воедино с диафрагмой. В таких случаях в постановке диагноза необходимо учитывать анамнез, объективные данные и клинику.

На боковых обзорных рентгенограммах деформация и выбухание переднего и заднего ската диафрагмы обнаружено у 75 больных (79,7%). Наши исследования показали, что на основании рентгенологических исследований можно поставить диагноз эхинококкоз 7-8 сегмента печени в 90% случаях.

Эхинококковая киста, локализовавшись в 7-ом сегменте на поверхности печени по мере своего роста приподнимает задний скат диафрагмы в сторону плевральной полости.

Эхинококковая киста, локализовавшись в 8-ом сегменте на поверхности печени так же растет в сторону плевральной полости, приподнимая уже передний скат диафрагмы и деформирует ее.

В обоих случаях у больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени появляются клинические симптомы: боли, сердцебиение, одышка, тяжесть в правой подреберной области и грудной клетке, общая слабость. В далеко зашедших случаях кисты гигантских размеров, вмещающие до 4 литров жидкости, деформируют и грудную клетку в виде горба.

Следующим не менее важным рентгенологическим признаком при эхинококкозе 7-8 сегмента печени является уменьшение гемиторакса с правой стороны. Этот признак отмечен у 84 (89,3%) больных.

На рентгенограмме выявляется уменьшение гемиторакса справа - за счет высокого стояния диафрагмы.

Отмеченный рентгенологический признак является характерным, на который необходимо обращать внимание при диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени. В 90% случаев безошибочно можно выставить правильный диагноз эхинококкоза 7-8 сегмента печени, если при этом учитывать анамнез, клинические данные плюс рентгенологические признаки. И поэтому рентгенологическое исследование грудной клетки при подозрении на эхинококкоз 7-8 сегмента печени, мы считаем обязательным.

Затенение и тень правильной формы в нижних отделах, особенно правого легкого, выявлены нами у 17 (19,0%) больных. У этих же больных обнаружен и эхинококкоз 7-8 сегмента печени. Сочетание поражения легкого и печени.

Мы пришли к выводу, что если при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлен эхинококкоз легкого, то необходимо в обязательном порядке доскональное обследование всех органов, особенно печени. Кроме того, при выявлении рентгенологического признака затенение в нижних отделах правого легкого и когда не дифференцируется диафрагма, в таких случаях надо думать об эхинококкозе 7-8 сегмента печени. И как всегда, при комплексном исследовании таких больных мы получаем дополнительное подтверждение о наличии эхинококка в поддиафрагмальном пространстве, т.е. в 7-8 сегменте печени.

Наличие жидкости в правой плевральной полости (плеврит) у больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени выявлено у 13 (13,8%) больных.

Следует отметить, что вышеуказанный рентгенологический признак появляется у тех больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени, у которых заболевание осложняется нагноением эхинококковой полости с перифокальным ее воспалением. А если фиброзная капсула кисты и диафрагма из-за длительного существования эхинококка сливаются воедино, то непременно при осложненном эхинококкозе воспаляется и листок висцеральной плевры диафрагмы, а если есть и спаечный процесс между диафрагмой и тканью нижней доли, то в таких случаях возможна и нижнедолевая пневмония. Нередко нагноившаяся эхинококковая киста 7-8 сегмента печени прорывает диафрагму, ткани нижней доли и бронхи, формируя при этом печеночно-плевро-бронхиальный свищ.

Плевриты при эхинококкозе 7-8 сегмента печени, выявленные в 13,8% случаях, говорят о том, что эти осложнения не редкость при эхинококкозе 7-8 сегмента печени. Об этом клиницистам надо всегда помнить. В таких случаях ведущими симптомами заболевания становятся заболевания плевры и легких, что значительно затрудняет и усложняет диагностику эхинококкоза 7-8 сегмента печени. Наличие таких симптомов как кашель с мокротой, боли в грудной клетке, высокая температура, объективно - притупление перкуторного звука и ослабление дыхания в нижних отделах легких, а на рентгенограмме наличие жидкости в плевральной полости уводит клинициста от постановки правильного диагноза и правильного лечения, осложняя тем самым без того тяжелое состояние больного.

Клиницистам следует помнить, что плеврит является следствием какого-либо заболевания. Одним из таких заболеваний является осложненный эхинококкоз 7-8 сегмента печени.

Становится очевидным, что рентгенологическое исследование при выявлении эхинококкоза 7-8 сегмента печени является обязательным и высоко информативным средством для постановки правильного диагноза.

При изучении эхограмм ультразвуковых исследований нами выделено 5 типов эхографического изображения эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

I. Эхинококковые кисты имеют вид однокамерных единичных или множественных жидкостных эхонегативных образований с гладкой поверхностью, лишенных внутренних структур и практически ничем не отличающихся от кист непаразитарного происхождения.

II. Эхинококковые кисты изображаются, как четко контурируемые округлой формы эхонегативные образования с множественными, наподобие пчелиных сот, дочерними кистами.

III. Эхинококковые кисты имеют также вид округлой или овальной формы жидкостного образования. Основное их отличие - наличие утолщенной кальцинированной капсулы, оставляющей за собой акустическую тень. Внутри таких образований могут выявляться мелкодисперсная взвесь или отдельные хлопьевидные включения, располагающиеся обычно возле задней стенки кисты.

IV. Эхинококковые кисты изображаются как неправильной формы с неровными внутренними контурами образования, окруженные каймой печеночной ткани повышенной эхоплотности.

V. Эхинококковая киста визуализируется в виде четко очерченного округлого или овального опухолевидного узла с более высокой эхоплотностью, чем ткань печени, имеющего как бы мелкосетчатое внутреннее строение. Иногда внутри образования могут быть кальцификаты.

У одного и того же больного с наличием эхинококковой кисты в 7-8 сегменте может быть сразу несколько вышеперечисленных типов. Поэтому четкой границы между типами провести нельзя. Выделение на типы носит условный и переходный характер.

При анализе результатов ультразвукового исследования у 138 (96,5%) из 143 больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени нами были получены такие ультразвуковые признаки. (Табл.4)

Жидкостное округлое образование в 7-8 сегменте правой доли печени, сразу же под куполом диафрагмы, выявлено у 104 больных из 138, что составило 75,3%. Ультразвуковая картина эхинококковой кисты в таких случаях представляется в виде однокамерных единичных жидкостных эхонегативных образований с гладкой поверхностью и четкими контурами, лишенных внутренних структур, правильной формы, хорошо визуализируется тонкая фиброзная капсула. Печень в таких случаях имеет мелкозернистую, неоднородную структуру, средней эхоплотности. Как всегда, печень выступает из-под края реберной дуги, т.е. увеличена.

Жидкостные округлые образования в 7-8 сегменте печени с множеством различных размеров ярких эхогенных включений внутри кисты выявлены у 34 (24,7%) из 138 больных. Ультразвуковая картина в этой группе больше соответствует II и III типу эхографического изображения. Эхинококковые кисты изображаются, как четко контурируемые округлой формы эхонегативные образования с множественными наподобие пчелиных сот дочерними кистами. Печень средней эхоплотности, неоднородная, мелкозернистая, выступает из-под края реберной дуги на 5-8 см.

Таблица 4

Эхографические признаки эхинококкоза
7-8 сегмента печени (138)

№	Количество Признаки	Число	%
1	2	3	4
1.	Печень у края реберной дуги	42	30,4%
2.	Печень выступает из под реберной дуги (3 см.-30 см.)	96	60,9%
3.	Жидкостное округлое образование в 7-8 сегменте печени	104	75,3%
4.	Жидкостное округлое образование в 7-8 сегменте печени с множеством ярких включений	34	24,7%
5.	Печень однородной структуры	42	30,4%
6.	Печень неоднородной структуры	96	60,9%
7.	Жидкостное образование с четкими контурами	87	63%
8.	Жидкостное образование с нечеткими контурами	51	37%
9.	Печень средней эхоплотности	31	22,4%
10.	Печень повышенной эхоплотности	53	38,3%

Печень неоднородной структуры нами выявлена у 96 (60,9%) больных, печень с повышенной эхоплотностью отмечена у 53 (38,3%) больных.

Эти эхографические признаки характерны для больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени, когда жидкостное образование, локализирующееся в поддиафрагмальной поверхности печени овальной или неправильной формы с наличием фиброзной капсулы значительной толщины с элементами кальцинирования, которые оставляют за собой акустическую тень. Хлопьевидная дисперсная взвесь на дне жидкостного образования. Они соответствуют III и IV выделенным нами типам.

Проведя анализ эхографических признаков у больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени к следующему заключению, что ультразвуковое исследование у этой группы больных является самым информативным методом диагностики у 138 из 143 больных, что составило 96,5%.

Ультразвуковому методу исследования присущи такие свойства, как выявление эхинококковой кисты любой локализации и

глубины расположения, любого размера, определить в каком состоянии эти кисты (осложненная, кальцинированная), однокамерная или многокамерная, одиночная киста или множественные кисты, с дочерними клетками или без них, с нежной фиброзной капсулой или с толстой фиброзной стенкой, с вовлечением печени вокруг кисты в воспалительный процесс или без.

При ультразвуковом исследовании больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени не всегда удается установить правильный диагноз. Например, нагноившийся эхинококкоз 7-8 сегмента печени с абсцедированием от абсцесса печени, одиночную эхинококковую неосложненную кисту с тонкой фиброзной капсулой и нежной хитиновой оболочкой от непаразитарной солитарной кисты, множественные эхинококковые кисты с тонкой стенкой и четкими контурами от поликистоза печени, осложненная эхинококковая киста с нагноением и толстой фиброзной капсулой неправильной формы с неровными контурами, с уровнем жидкости, с инфильтрацией ткани вокруг от опухоли с распадом.

Для постановки точного диагноза эхинококкоза 7-8 сегмента печени мы прибегаем к методу компьютерной томографии.

Компьютерно-томографическое исследование является единственным методом, позволяющим получить исчерпывающие сведения о структуре ткани печени, о размерах сосудов и желчных протоков, о дополнительных образованиях, их содержимом и размерах и об отношении их к другим органам.

Компьютерная томография проведена нами у 15 (10,4%) больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени.

Компьютерная томография необходима для проведения дифференциации между одиночной эхинококковой кистой размером до 5 см в диаметре с солитарной кистой 7-8 сегмента печени.

С помощью компьютерной томографии удается провести отличительные признаки. В ранних стадиях развития эхинококковой кисты и солитарной, размерами до 5 см в диаметре, все денситометрические данные почти что одинаковые, но при компьютерной томографии выявлены следующие характерные признаки для эхинококковой кисты. Плотность этих кист составляет от 15 до 30 ед. которая повышается с началом осложнения в самой кисте. На компьютерной томографии при эхинококкозе 7-8 сегмента печени выявляются фиброзная капсула толщиной в 2-2,5 мм, нежная хитиновая оболочка толщиной с папиросную бумагу.

Компьютерная томография способна хорошо выявлять: содержимое кисты, дочерние пузыри различного размера и конфигурации, целые или поврежденные, плотность их прилегания друг к другу, состояние стенки самой материнской кисты, ее

толщину, участки разрушения с прорывом или без и, наконец, наличие кальция в стенках кисты.

По результатам анализа компьютерной томографии у 15 из 143 больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени можно судить, что компьютерная томография дает возможность определить увеличение размеров печени, деформацию ее контуров, смещение анатомических структур (печеночные, сосудистые и желчные протоки) плотность жидкостного образования, однородность или многоячеистость этих образований, тонкую фиброзную капсулу и хитиновую оболочку, дочерние кисты и анатомотопографическое соотношение жидкостных образований по отношению к грудной и брюшной полостям - все это дает возможность установить точный диагноз до операции и определить оптимальный для оперативного вмешательства доступ. Для проведения дифференциальной диагностики осложненного эхинококкоза 7-8 сегмента печени компьютерная томография является исчерпывающим и незаменимым методом.

Из анализа методов хирургического лечения 143 больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени мы получили следующие данные: табл.5.

Таблица 5

Методы хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени

Виды операций							
I	Закрытая эхинококкэктомия	число	%	II	Открытая эхинококэктомия	число	%
1	Закрытие остаточной полости путем капитонажа	96	67,1	1	Открытое введение остаточной полости	2	1,4
2	Закрытие остаточной полости путем создания вакуума	25	17,5	2	Дренирование остаточной полости	12	8,5
3	Менее инвазивный способ эхинококкэктомии путем пункции кисты	7	4,8	3	Тампонада остаточной полости сальником	1	0,7
4				4	-	-	

Как видно из приведенной таблицы 5 большинство больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени оперированы методом капитонажа остаточной полости в 96 (67,1%) случаях. Методу закрытия остаточной полости после эхинококкэктомии капитонажем больше века, но и сейчас он не потерял свою значимость.

Закрытие остаточной полости методом капитонажа у больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени имеет свои особенности, особенно, если это проводится трансторакальным доступом.

В этих случаях попытки отделить диафрагму от фиброзной капсулы эхинококковой кисты не представляется возможным. Избыточный свободный край диафрагмы и фиброзной капсулы после опорожнения кисты являются пломбирующим материалом для заполнения остаточной полости. При такой операции брюшная полость остается интактной.

Необходимо отметить, что у этого метода есть и отрицательные стороны. Во время инвагинации свободные края фиброзной капсулы в полость кисты вовлекается и часть печеночной ткани. При ушивании ущемляется, деформируется печеночная ткань с нарушением кровоснабжения, и функции желчевыделения. Огромные эхинококковые кисты не всегда удается полностью ликвидировать и остается остаточная полость, которая может нагноиться. И последнее, при нагноившихся эхинококковых кистах очень опасно закрывать наглухо остаточную полость, это может привести к абсцедированию полости.

Наш вакуумный метод закрытой эхинококкэктомии, который мы применили у 25 (17,5 %) больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени заключается в следующем.

В полость подводится дренажная трубка, рана фиброзной капсулы ушивается узловыми швами, дренажную трубку заключают в П-образный шов, затягивают, но не завязывают. Затем к дренажу присоединяют вакуум - аспиратор. По мере создания вакуума в остаточной полости «парашютная часть» фиброзной капсулы присасывается и опускается на дно остаточной полости. При достижении полного вакуума исчезает остаточная полость. Дренажная трубка удаляется, П-образный шов завязывается.

Остаточная полость после эхинококкэктомии приобретает форму блюдца или воронки больших и малых размеров в зависимости от диаметра кисты.

Преимущество нашего метода заключается в следующем:

- 1) простота его выполнения;
- 2) сохраняется анатомия и топография тканей;
- 3) отсутствие швов на печеночной ткани;
- 4) нет деформации и конгломерата тканей;
- 5) нет ущемления печеночной ткани вокруг кисты;
- 6) не нарушается функция печени.

Наш вакуумный метод ликвидации остаточной полости прост и эффективен нежели традиционный метод капитонажа.

Пункционный метод хирургического вмешательства при эхинококкозе 7-8 сегмента печени был применен нами в 7 (4,8 %) случаях из 143 больных. Пункционный метод эхинококкэктомии нами был применен впервые. Метод является менее травматичной и органощадящей операцией. Показанием к пункционному методу является эхинококковая киста малого размера (от 2 до 5 см), расположенная в глубине печеночной ткани.

До этого метода малые эхинококковые кисты (до 5 см в диаметре) в глубине печеночной ткани, оперировались обычным способом, т.е. производился разрез печени длиной 5 - 7 см и глубиной до 7 и более см. Такая операция очень травматична: травмируется печеночная ткань по всей длине и глубине разреза, разрушается вся архитектура печеночной ткани, пересекаются большие и малые сосуды на пути разреза, рассекаются желчные протоки и все это сопровождается массивным паренхиматозным и сосудистым кровотечением. Получается такая парадоксальная ситуация, что сама операция значительно тяжелее, нежели течение эхинококковой болезни. А еще тяжелее протекает послеоперационный период, восстановление и заживление раны печени более длительное.

Разработанный нами менее инвазивный, пункционный метод хирургической операции является новым, атравматичным и высокоэффективным.

Нами анализированы послеоперационные осложнения у больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени в зависимости от вида операции и получили следующие данные. Табл. 6.

По данным таблицы 6, наибольшее число послеоперационных осложнений приходится на закрытый метод операции капитонажа остаточной полости. Из 96 проведенных операций методом капитонажа у 5 (5,2%) больных выявлена различного размера остаточная полость с наличием жидкости в ней, в 1 (1,04%) случае с нагноением остаточной полости, с нагноением раны у 2 (2,08%) больных и у 1 (1,04%) больного выявлен пневмоторакс.

В общей сложности число послеоперационных осложнений методом капитонажа остаточной полости составило 9 (9,36%) случаев из 96 больных.

Наибольшее количество выявленных осложнений при капитонаже остаточной полости при эхинококкозе 7-8 сегмента печени - это наличие остаточной полости после операции - 6 (6,2%).

На основании вышеизложенного мы сделали заключение, что традиционный метод капитонажа остаточной полости после эхинококкэктомии при эхинококкозе 7-8 сегмента печени дал

Таблица 6

Частота послеоперационных осложнений в зависимости от вида операций

№ п/п	Вид операций	Число опер. больных	Характер осложнений													
			остаточн полость	%	остаточ полость с нагн.	%	желч. свищ	%	нагн. раны	%	плев- рит	%	пнев- мато- ракс	%	летал ность	%
1.	Закрыт.остат. полость путем капитонажа	96	5	5,2	1	1,04	0	-	2	2,08	0	-	1	1,04	-	-
2.	Закрыт.остат. полость путем созд.вакуума	25	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,0	-	-	-	-
3.	Пункционный менее инва- зивный метод	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4.	Открытый метод	15	-	-	2	13,3	1	6	2	12	-	-	-	-	-	-

наибольший процент осложнений (9,36%). При новых методах закрытия остаточной полости вакуумного и пункционного осложнений не было отмечено.

Правильно выбранный доступ позволяет широко обзреть и обследовать всю диафрагмальную поверхность печени и установить место локализации кисты, величину, количество, объем поражения и определить характер оперативного вмешательства.

Нами анализированы доступы хирургического вмешательства у 143 больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени. Из 143 больных 104 больных были оперированы лапаротомным доступом, а 39 больных прооперированы торакальным доступом.

Анализируя вышеизложенное мы выработали показания к торакальному и лапаротомному доступам при эхинококкозе 7-8 сегмента печени.

Показания к торакальному доступу при эхинококкэктомии из 7-8 сегмента печени были следующими:

- 1) наличие эхинококковой кисты в 7-8 сегменте печени;
- 2) высокое стояние и деформация купола диафрагмы;
- 3) сращение фиброзной капсулы кисты с диафрагмой;
- 4) эмпиема плевры, вызванная прорывом нагноившейся эхинококковой кисты 7-8 сегмента печени в плевральную полость;
- 5) печеночно-бронхиальный свищ, вызванный прорывом нагноившейся эхинококковой кисты 7-8 сегмента печени в бронх;
- 6) сочетанное поражение: эхинококкоз 7-8 сегмента печени и правого легкого;
- 7) ранее имело место хирургическое вмешательство на печени.

На основании анализа результатов хирургического вмешательства при эхинококкозе 7-8 сегмента печени, мы выработали показания к лапаротомному доступу.

Показаниями к лапаротомному доступу при эхинококкозе 7-8 сегмента печени являются следующие:

- 1) эхинококкоз 7-8 сегмента печени;
- 2) отсутствие высокого стояния диафрагмы;
- 3) нет увеличения печени в сторону плевральной полости;
- 4) печень увеличена и выступает из-под края реберной дуги;
- 5) нет спаек и сращений между печенью и диафрагмой;
- 6) эхинококкоз 7-8 сегмента и других сегментов печени, и других органов брюшной полости;
- 7) сочетание эхинококкоза 7-8 сегмента печени с другими хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.

Анализ послеоперационных осложнений в зависимости от оперативного доступа показал, что обязательным условием успешной операции при эхинококкозе печени является выбор оптимального хирургического доступа. Особенно важен правильный

выбор при расположении эхинококковых кист в трудно доступных сегментах печени, а именно в 7-8 сегменте печени. Таблица 7.

Таблица 7

Частота послеоперационных осложнений в зависимости от доступа									
Доступ		Число больных	Характер осложнений						
			Остаток пол. (%)	Остаток с нагноением (%)	Желч. свищ (%)	Нагноения (%)	Плеврит (%)	Пневмоторакс	Летальность (%)
1	Лапаротомия в правом подреберье.	101	5 (4,9)	2 (2)	1 (1)	2 (2)	-	1 (1)	-
2	Верхне-срединная лапаротомия	3	-	1 (33)	-	-	-	-	-
3	Торакофрентомия	25	-	-	-	-	1 (4)	-	-
4	Торакофренто-лапаротомия	14	-	-	-	-	-	-	-

Из 143 больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени лапаротомным доступом было прооперировано 104 (72,8%), 101 больной оперирован правым подреберным разрезом, 3 больным - верхне-срединная лапаротомия.

Наибольшее число осложнений наблюдалось при правом подреберном доступе в 11 случаях, что составило 10,9%. Верхнесрединная лапаротомия проведенная трем больным - осложнение было отмечено у 1 больного, что составило 33%, торакофрентомия проведена 25 больным, послеоперационное осложнение было только у 1 (4%) больного, это плеврит, связанный с осложненным эхинококкозом легкого.

Наш анализ послеоперационных осложнений в зависимости от оперативного доступа показал, что правосторонняя

торакофренотомия и торакофрено-лапаратомия позволяют полноценно произвести обследование в поддиафрагмальном пространстве; верхней, передней и задней полюсов печени и провести полный объем хирургического вмешательства в 7-8 сегменте печени. Этот доступ для эхинококкоза 7-8 сегмента печени является самым предпочтительным и эффективным.

Непосредственные результаты хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени нами оценены по четырехбальной системе:

Хороший результат хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени отмечен у 91 (63,6%) больного, удовлетворительный результат - у 50 (35,1%) больных, неудовлетворительный результат - у 2 (1,3%) больных.

При сопоставлении непосредственного результата хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени с методами хирургического лечения, мы получили такие показатели.

1. Традиционный метод хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени способом капитонажа остаточной полости проведен у 96 (67,1%) больных, хорошие результаты были отмечены у 59 (61,4%) больных..

2. Новый, впервые нами проведенный, вакуумный метод ликвидации, остаточной полости у 25 (17,5%) больных. Непосредственный результат хирургического лечения у этой группы больных хороший, что составляет 100%.

3. Пункционный менее инвазивный метод ликвидации остаточной полости, проведенный впервые у 7 (4,8%) больных, непосредственный результат этого лечения хороший, что составляет 100%.

4. Открытый и полукрытый методы хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени были проведены у 15 (10,6%) больных, в этой группе больных хороших результатов не было отмечено.

Непосредственный результат хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени находится в непосредственной зависимости от метода операции.

Наибольшее число хороших непосредственных результатов хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени приходится на закрытый метод эхинококкэктомии.

Особенно следует отметить, что впервые нами примененные новые методы (вакуумный и пункционный) закрытия остаточной полости у 32 больных непосредственный результат хирургического лечения был у всех хорошим.

Неудовлетворительный непосредственный результат хирургического лечения отмечен у 2 больных, которым был применен открытый метод эхинококкэктомии.

Нами анализированы непосредственные результаты хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени в зависимости от доступа.

Чрезплевральным доступом эхинококкэктомия из 7-8 сегмента печени была произведена у 39 (27,2%) больных и непосредственные результаты хирургического лечения у всех 39 больных были хорошими.

Лапаротомным доступом эхинококкэктомия из 7-8 сегмента печени была проведена у 104 (72,8%) больных. Непосредственные результаты хирургического лечения были такими: хорошие непосредственные результаты хирургического лечения были отмечены у 52 больных, удовлетворительные результаты - у 50, и неудовлетворительные у 2 больных.

Из вышеприведенных цифр результатов хирургического лечения, хорошие результаты приходятся на все 39 случаев, которым по показанию был применен торакальный доступ, что составило 100%.

А при лапаротомном доступе эхинококкэктомии из 7-8 сегмента печени удовлетворительные и неудовлетворительные результаты хирургического лечения отмечены у более 50% больных.

Таким образом, становится очевидным, что плевральный доступ эхинококкэктомии из 7-8 сегмента печени более предпочтителен нежели лапаротомный.

Практические рекомендации

1. Для выявления эхинококкоза 7-8 сегмента печени необходимо учитывать характерные симптомы и формы клинического течения.

2. Использовать рентгенологическое исследование, как основной и обязательный метод в выявлении эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

3. Применять ультразвуковое и компьютерно-томографическое исследование, как высокоинформативные методы в диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

4. Хирургам широко внедрять вакуумный и пункционный методы эхинококкэктомии, как менее травматичные и эффективные.

5. Практическим врачам в своей работе реализовывать показания к торакотомному и абдоминальному доступам при эхинококкозе 7-8 сегмента печени.

Выводы

1. Клиника и клиническое течение эхинококкоза 7-8 сегмента печени разнообразна: наряду с бессимптомным и маловыраженным течением, встречаются тяжелые осложненные формы заболевания.

2. Рентгенологический метод является одним из основных методов в диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

3. Метод ультразвукового исследования в диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени является высокоинформативным.

4. Компьютерно-томографическое исследование является единственным методом, позволяющим получить исчерпывающие сведения в диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

5. Вакуумный и пункционный методы эхинококкэктомии 7-8 сегмента печени просты и эффективны нежели традиционный метод капитонажа остаточной полости.

6. Разработаны показания к торакотомному и абдоминальному доступам при хирургическом лечении эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

Список опубликованных работ

1. Эхинококкоз 7-8 сегмента печени. // Актуальные проблемы образования и науки. Сборник научно-методических трудов. Выпуск 4.- Бишкек, - 1997, - с.54-56. (соавт. Фунлоэр И.С., Бебезов Х.С., Акылбеков И.К.).

2. Хирургическая тактика при травмах груди // I Конгресс хирургов Казахстана. Алма-Аты, - 1997, - с.169. (соавт. Фунлоэр И.С., Гаипов Р.Г., Жынжыров Б.К.).

3. Эндоскопическое лечение абсцессов легких. /Актуальные проблемы образования и науки. Сборник научно-методических трудов. Выпуск 4. Бишкек, - 1997, с.61-64.(соавт. Фунлоэр И.С., Гаипов Р.Г., Жынжыров Б.К.).

4. Поддиафрагмальная локализация эхинококкоза печени. // Актуальные проблемы образования и науки. Сборник научно-методических трудов. Выпуск 8.- Бишкек, - 1998, с.16-18. (соавт. Акылбеков И.К.)

5. Тактика хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени. // Развитие хирургии в Кыргызстане. Сборник научных трудов. - Бишкек, - 1998, с.43-47. (соавт. Акылбеков И.К., Бебезов К.С.).

6. Диагностика и выбор хирургического доступа при эхинококковой болезни. // Развитие хирургии в Кыргызстане. Сборник научных трудов. - Бишкек. - 1998, с.346-348. (соавт. Садырбеков Д.С., Бебезов Х.С., Мамашев Н.Ж., Чынгышбаев Ш.М., Султаналиев Р.А.).

7. Эхинококкоз 7-8 сегмента печени. // Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике и их дальнейшее развитие. Сборник научных статей молодых ученых Центральной Азии, Казахстана и России. - Бишкек, - 1998, - с.740-742. (соавт. Бебезов Х.С.).

8. Сочетанный эхинококкоз легких и печени, хирургическая тактика и лечение. // Развитие хирургии в Кыргызстане. Сборник научных трудов. - Бишкек, - 1998, - с.31-33. (соавт. Бебезов Х.С., Казакбаев А.Т., Ашиналиев А.А., Мухамедзиев М.Н., Тентимишев А.Э.).

9. Оперативная эндоскопия в торакальной хирургии. - Издательство. - "Центр государственного языка и энциклопедии". - Бишкек - 2000, - с. 246. (15,5 п.л.). (соавт. Фунлоэр И.С., Гаипов Р.Г.).

АННОТАЦИЯ

диссертации Фунлоэр Рашида Исхаровича «Особенности клиники, диагностики и хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.27- хирургия г.Бишкек.

Анализированы результаты хирургического лечения 143 больных эхинококкозом 7-8 сегмента печени.

По клинике эхинококкоза 7-8 сегмента печени выделены 4 формы клинического течения: бессимптомная - 10(6,9%), легкая - 46(32,1%), средней тяжести - 55(38,5%) и тяжелая - 32(22,5%).

Определены степени диагностических возможностей рентгенографии, ультразвукового исследования и компьютерной томографии в диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени. Рентгенологический метод является одним из основных методов в диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени. На основании рентгенологических исследований можно поставить диагноз эхинококкоз 7-8 сегмента печени в 90 % случаев. Метод ультразвукового исследования в диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени является высокоинформативным. По данным ультразвукового исследования можно определить диагноз эхинококкоз 7-8 сегмента печени в 96,5% случаев. Компьютерно-томографическое исследование является единственным методом, позволяющим получить исчерпывающие сведения в диагностике эхинококкоза 7-8 сегмента печени, (100%).

Анализированы методы хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени. Традиционный метод капитонажа остаточной полости был применен в большинстве случаев, а также были применены вакуумный и пункционный методы эхинококкэктомии. По результатам лечения вакуумный и пункционный методы предпочтительнее.

Выработаны показания к торакотомному и абдоминальному доступам при хирургическом лечении эхинококкоза 7-8 сегмента печени.

Определены непосредственные результаты хирургического лечения эхинококкоза 7-8 сегмента печени и оценены по 4-х бальной системе: хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный и летальный исход. Более 60 % больных были оценены как хороший результат, удовлетворительный результат - 35% больных, неудовлетворительный результат - 1,3%, летальных исходов не было.

Работа изложена на 174 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы и 7 глав собственных исследований, иллюстрирована 10 таблицами и 11 рисунками.

Библиографический указатель содержит 302 источника литературы, из них 102 - дальнего зарубежья.

Аннотация

Медицина илимдеринин кандидаты Р.И. Фунлоэрдин «Боордун эхинококкозунун 7-8 сегментин клиникалык, диагностикалык жана хирургиялык дарылоонун озгочолуктору» деген темада окумуштуу деген каам учун оз кесиби боюнча жазган диссертациясы, 14.00.27. – хирургия. Бишкек шаары

Боордун эхинококкозунун 7-8 сегментин хирургиялык жол менен 143 оорулууну дарылоонун анализинин результаты.

Клиникалык дарылоо боюнча боордун эхинококкозунун 7-8 сегментин 4 формасы бар: симптомсуз, женил, орточо оорлукта жана абдан оор.

Оорунун журушу боюнча ар-кырдуу степендеги оорулуулар 4 группага болунот: 1. Симптомсуз оорунун журушу; 2. Женил оорунун журушу; 3. Орточо оорлукта оорунун журушу; 4. Оор салмакта (абдан оор) оорунун журушу.

Боордун эхинококкозунун 7-8 сегментин диагностикалык изилдодо рентгенографияны, ультразвукту жана компьютердик-томографияны колдонуп изилдоого жетишкен. Боордун эхинококкозунун 7-8 сегментин диагностикалык изилдонун бирден-бир методу – рентгендик изилдоо. Боордун эхинококкозунун 7-8 сегментин изилдодо эн жогорку жетишкендик, ал эми компьютердик-томографиялык изилдоо методу боордук эхинококкозунун 7-8 сегментин изилдодо эн жогорку, так маалымат бере турган методдун бири.

Боордун эхинококкозунун 7-8 сегментин дарылоодо хирургиялык метод менен дарылоо анализделген. Копчулук убакта традициялуу метод капитонаж колдонулганб ошондой эле эхинококкэктомиянын вакуумдук, пункциондук методдору колдонулган. Результаты боюнча вакуумдук жана пункциондук методдор кобуроок тура келген.

Боордун эхинококкозунун 7-8 сегментин хирургиялык дарылоо торакомдук жана абдоминалдык женил корсоттучко жетишкен.

Боордун эхинококкозунун 7-8 сегментин хирургиялык дарылоонун результаты аныкталык 4 балдуу системада бааланган: жакшы, канааттандырылган, жаман жана летальный патыйжа 60% жакын оорулар жакшы деген результатты канааттандыраалык результатты – 35 %, орточо результаты 1,3%, ал эми летальный патыйжа жок деп баал алган.

Диссертация компьютердик текст менен жазылган, кирши соз жана адабияттар корсоулгон. 7 болугу озунун изилдоосу, 10 таблица жана 11 сурот.

Библиографиялык корсотмодо 302 адабияттын булактары, анын ичине 102 шыраакы чет олконуку.

SUMMARY

of dissertation by Mr. Rashid Funloer "Specificity of clinics, diagnosis and surgical cure of echinococcosis 7-8 segment of liver", for seeking of Ph.D. on Medicine under specialization 14.00.27 – Surgery.

The results of the surgery treatment of 143 patients having echinococcosis 7-8 segment of liver have been analyzed.

Under clinic of echinococcosis 7-8 segment of liver, 4 forms of clinical process have been defined and there are: 1. Sypmtomless; 2. Of easy; 3. Medium complicated and 4. Serious forms.

Four groups of patients having different degree of seriousness in inflammation were categorized: 1. Lack of inflammatory process; 2. Availability of medium inflammatory process; 3. Availability of serious inflation and 4. Very serious.

The levels of diagnostic capacity in X-ray, USD and computer tomography for identification of echinococcosis 7-8 segment of liver have been determined. X-ray method is one of the key approaches in diagnosis of echinococcosis 7-8 segment of liver. The US techniques in identification of echinococcosis 7-8 segment of liver is highly informative while the computer tomography method is the only direction, which enables to obtain the comprehensive information in diagnosis of echinococcosis 7-8 segment of liver.

Moreover, the methods of surgery treatment have been analyzed. The customary approach in "Kapitonaj" of residual cavity has been adopted in the majority cases and Vacuum and Puncture methods of echinocococectomy have been also used. According to the results cleared, the Vacuum and Puncture methods of surgical cure are advisable.

The recommendations of toracotom and abodminal access for surgery cure of echinococcosis 7-8 segment of liver have been also found out.

The direct results of surgery cure in echinococcosis 7-8 segment of liver have been identified and evaluated by 4 scoring system: good, satisfactory, unsatisfactory and fatality. Over 60% of patients have been categorized as having the good results, 35% - satisfactory outcomes, 1.3% -unsatisfactory results and there was no the fatality.

The research has been highlighted on the computer text pages and it consists of Introductory, List of Literature and 7 chapters of Research. This research is illustrated in 10 tables and 11 pictures.

The bibliographic list comprises 302 books used and 102 of them are from the overseas source.

Подписано в печать 3.01.2001г. Формат бумаги 60X84/16.
Печать офсетная. Объем 2,0 п.л. Заказ 43. Тираж 100.
г.Бишкек, ул. Орджаникидзе-32, ОсОО «Медфарминфо»