

2018-42.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
им. И.К.АХУНБАЕВА**

Диссертационный совет Д.14.17.550

На правах рукописи
УДК 616.36-002.951.21-089.819

МАДАМИНОВ ЭРНСТ МАМАСАЛИЕВИЧ

**АБДОМИНИЗАЦИЯ ПОЛОСТИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ
В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

14.01.17 - хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек-2017

Работа выполнена на кафедре хирургии общей практики с курсом комбустиологии КГМА им. И.К. Ахунбаева и Городской клинической больницы №1, г. Бишкек.

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Акылбек Инаятович Мусаев

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Алымкадыр Савирдинович Бейшеналиев
доктор медицинских наук, профессор
Махамаджан Гуламович Кенжаев

Ведущая организация: Ошский Государственный университет

Защита диссертации состоится «28» декабря 2017 года в 14⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д.14.17.550 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и Кыргызской Государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: г. Бишкек, улица 3-линия, 25, на сайте www.nsc.kg и в библиотеке КГМА им. И.К. Ахунбаева по адресу: г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92а.

Автореферат разослан «27» ноября 2017 года

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук



Н.Ч. Элеманов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации: Эхинококкоз занимает значительное место в структуре паразитарных заболеваний, который продолжает оставаться причиной довольно высокого процента осложнений и летальности населения во многих странах мира (М.М.Мамакеев и соавт., 1998; А.Т. Пулатов, 2002; Б.А. Агаев и соавт., 2005; У.А. Арипов и соавт., 2008; Р.Т. Меджидов и соавт., 2014; V. Ferreira, 1996; B.K. Jain, R.K. Singh, 1998). К зоне высокой эндемии отнесено большинство стран Северо-Восточной Африки, Южной Европы и Центрально-Азиатский регион (С.О. Ордабеков, 1991; М.А. Алиев и соавт., 1997; V. Ozmen et al., 1992; A. Kir, E. Baran, 1995; V. Eckert, 1997; R. Perdomo, et al., 1997). Очагом гиперэндемии эхинококкоза является и Кыргызская Республика (Б.А. Акматов, 1994; М.А. Айманбетов и соавт., 1994; Х.С. Бебезов и соавт., 2002; Р.А. Оморов и соавт., 2008) и кроме того частота встречаемости осложненных форм не имеет тенденции к снижению. Наиболее тяжелыми являются нагноение, прорыв кист в желчные протоки, брюшную и грудную полость, лечение которых представляет большие сложности (Б.С. Ниязов и соавт., 2000; Ф.А. Хаджибаев и соавт., 2017).

В результате поражения эхинококкозом печени страдает и ее функциональное состояние. Многие авторы ранее исследовали состояние печени путем применения ряда биохимических реакций (Б.Д. Дамянов и соавт., 1985; А.В. Вахидов и соавт., 1987; Т.Х. Хамзобаев и соавт., 1987; О.Г. Скипенко и соавт., 2011), но было установлено, что биохимические показатели отражают лишь отдельные функции печени, а гистологическое исследование ткани печени при эхинококкозе с учетом локализации и размеров кист дает более обширную информацию о состоянии печени, но использование его после операции ограничено. А между тем, при целом ряде заболеваний печени, в том числе и при эхинококкозе, возникает нарушение гемодинамики, которое играет существенную роль в исходе болезни, так как кровоток по воротной вене и печеночной артерии отражают интегральное функциональное состояние печени (М.Ю. Гилевич и соавт., 1990; Э.И. Гальперин и Г.Г. Ахаладзе, 1992; Б.А. Дамянов и соавт., 1995; Г.И. Кунцевич и Е.А. Белолопотько, 1998; А.Д. Джоробеков, 2000; А.С. Бейшеналиев и соавт., 2013). Из всех существующих лабораторных и инструментальных методов исследования, определяющих состояние сосудистой архитектоники печени, наиболее информативным методом является ультразвуковая доплерография (Г.И. Кунцевич соавт., 1995; Е.А. Белолопотько, 1997; К.И. Маисая и соавт., 2001; V.M. Chawia et al., 2008), но эти исследования нашли отражение в основном при циррозе печени (К.И. Маисая и соавт., 2001; D. Saccredoti et al., 1995; K. Numata et al., 1998). А при эхинококкозе имеются лишь единичные публикации о гемодинамике печени в

зависимости от размера кист и характера осложнения (А.М. Ганичкин и соавт., 1990; Ж.А. Кочконбаев, 2005; А.С. Бейшеналиев и соавт., 2013).

Основным методом лечения эхинококкоза является хирургический, в этом плане предложено много методов, но при любом из них выполняются три этапа: аспирация содержимого кист, обеззараживание и ликвидация полости фиброзной капсулы (А.З. Вафин, 2000; Т.О. Омурбеков, 2002). Если первые два этапа нашли свое решение, то третий этап является одной из первостепенных проблем в гепатологии на что указывают многие исследователи (А.И. Мусаев, 1999; Р.М. Агеев и соавт., 2001; Ш.К. Назаров, 2006; Б.И. Альперович, 2010). Ряд хирургов рекомендуют использовать органосохраняющие операции, как менее травматичные, после которых быстро улучшается состояние больных, но после них частота осложнений и рецидива достигает 24-30% (В.Н. Чернышев и соавт., 2005; А.Р. Шаймухамедов, 2010; A. Petri et al., 2002). В последние годы, предложенные и разработанные радикальные операции снижают частоту рецидива, но они сложны и требуют особых условий для их выполнения (В.В. Вишневецкий и соавт., 2007; А.А. Третьяков и соавт., 2012). Идут поиски выбора менее травматичных операций, но чтобы они обеспечивали клиническое выздоровление и не повышали риск рецидива болезни. Появившиеся единичные сообщения о возможности выполнения такой операции является абдоминализация полости фиброзной капсулы, которая была разработана А.В.Вишневецким и применена Ахунбаевым И.К. и Ахунбаевой Н.И. (1977) в лечении эхинококкоза легких, а в отношении печеночной локализации кист не определены показания к этой операции и ее эффективность, а также не изучена гемодинамика.

Несмотря на множество работ, посвященных лечению эхинококкоза, многие вопросы окончательно не решены.

Так, до сих пор окончательно не решен вопрос выбора метода ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени, не представлены преимущества и их недостатки, не разработаны показания к такому методу как абдоминализация, не дана оценка эффективности этого способа и не разработаны меры коррекции нарушений гемодинамики при эхинококкозе печени. Все вышесказанное явилось основанием для выполнения данного исследования.

Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами. Работа инициативная.

Цель работы – улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени за счет совершенствования методов ликвидации полости фиброзной капсулы.

Задачи исследования.

1. Изучить клинико-лабораторные и инструментальные показатели функционального состояния печени при эхинококкозе.

2. Разработать показания для выполнения метода абдоминализации для ликвидации полости фиброзной капсулы.

3. Определить состояние гемодинамики печени при поражении ее эхинококкозом и после оперативного лечения с использованием метода абдоминализации полости фиброзной капсулы.

4. Дать сравнительную оценку методам ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени.

Научная новизна.

1. Разработаны показания для выполнения метода абдоминализации в ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени и дана оценка ее эффективности.

2. Усовершенствована методика ликвидации полости фиброзной капсулы и представлены ее преимущества.

3. Определено состояние гемодинамики печени в зависимости от метода ликвидации полости фиброзной капсулы.

Практическое значение полученных результатов.

Внедрение в практику комплексного исследования состояния печени при эхинококкозе в сочетании с ультразвуковой доплерографией, дает более достоверную картину о нарушениях функции печени, состоянии вне- и внутривенечных сосудов, что позволило избрать наиболее адекватный способ эхинококкэктомии и выполнить полноценную коррекцию нарушений печени до и после операции, что способствовало улучшению результатов оперативного лечения эхинококкоза печени.

Разработанная методика абдоминализации полости фиброзной капсулы менее травматична, после нее редко возникают осложнения, а гемодинамические нарушения менее выражены.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффективности за счет снижения частоты осложнений и уменьшения сроков стационарного лечения.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. При использовании традиционных органосохраняющих операции (капитонаж и инвагинация) имеет место высокая частота осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и при этом возникают значительные нарушения гемодинамики печени.

2. Применение методики абдоминализации при эхинококкозе печени способствует снижению частоты осложнений в послеоперационном периоде и не ведет к усугублению нарушения гемодинамики печени.

Внедрение результатов исследования.

Основные положения диссертации (методика абдоминализации полости фиброзной капсулы и коррекция нарушения гемодинамики после ее выполнения) внедрены в хирургических отделениях городской клинической больницы №1, г. Бишкек и используются в учебном процессе студентов 4 и 6 курсов КГМА им. И.К. Ахунбаева и на семинарах клинических ординаторов и аспирантов.

Апробация полученных результатов исследования.

Результаты исследования доложены и обсуждены на конференции молодых ученых КГМА (г. Бишкек, 2014, 2016), на совместном заседании сотрудников кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии, кафедры факультетской хирургии КГМА и хирургов ГКБ №1 (г. Бишкек, 2016), на заседании экспертной комиссии при диссертационном совете д.14.17.550, Национального хирургического центра и КГМА им. И.К. Ахунбаева (г. Бишкек, 2017).

Личный вклад соискателя включает обследование и оперативное лечение больных эхинококкозом печени, совершенствование этапов оперативного лечения и выполнение лабораторно-функциональных методов исследования. Обработка полученных результатов и их анализ выполнены лично аспирантом.

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях.

По теме диссертации опубликовано 9 статей, из них 2 работы опубликованы в журналах ближнего зарубежья, рекомендованных ВАК КР. Утверждено 4 рационализаторские предложения (№10/14 от 27.01.2014г., №08/15 от 13.03.2015г., №35.9/15 от 03.12.2015г., №10/16 от 06.06.2016 г. выданные патентным отделом КГМА им. И.К. Ахунбаева).

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 112 страницах компьютерного набора, на русском языке, шрифтом Times New Roman (размер шрифта 14, интервал 1,5) и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованных литературных источников. Всего источников 215, из них 68 работ авторов дальнего зарубежья.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, изложены цель и задачи, научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе: «**Современное состояние вопроса диагностики в оперативного лечения эхинококкоза печени**» систематизированы и обобщены данные научной литературы по вопросам диагностики эхинококкоза

и его оперативное лечение. Особое внимание уделено методам ликвидации полости фиброзной капсулы и показана их эффективность. Сведения обзора литературы подтвердили актуальность темы исследования.

Во второй главе: «**Клиническая характеристика больных и методы исследования**» дана характеристика клинического материала, описание методов исследования по оценке эффективности методов ликвидации полости фиброзной капсулы. Для решения цели и задачи исследования было обследовано и подвергнуто оперативному лечению 103 больных которые были оперированы с 2013 по март месяц 2016 года у которых были использованы разработанные меры, направленные на повышение результатов лечения-это была основная группа, а для оценки эффективности выполненных разработок была представлена группа больных (77 чел.) у которых были применены традиционные методы- это контрольная группа всего больных было 180. Их распределение по полу и возрасту дано на рисунке 1.

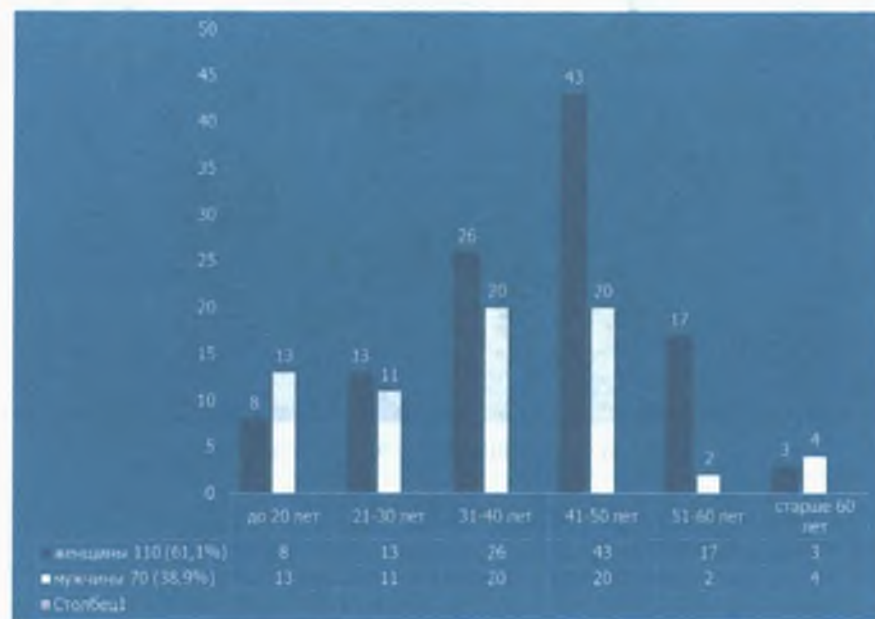


Рис. 1 Распределение больных по полу и возрасту.

Как женщины, так и мужчины чаще поступали в возрасте от 20 до 50 лет.

При поступлении больных в хирургические отделения, помимо общих методов обследования, использовано УЗИ до и после операции, определение

функционального состояния печени и почек и УЗ-доплерография для оценки состояния гемодинамики печени.

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением среднеарифметической (M), средней квадратичной (£) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности определяли по таблице Стьюдента. Различия считали достоверными при $P < 0,05$.

При анализе сроков заболевания было установлено, что чаще поступали больные до 3 месяцев и от 6 до 12 месяцев. В результате УЗИ было установлено, что чаще кисты были в правой доле печени (68,9%) и реже в левой (17,5%) но и поражение обеих долей составляло не малый удельный вес (11,7%) (рис. 2).

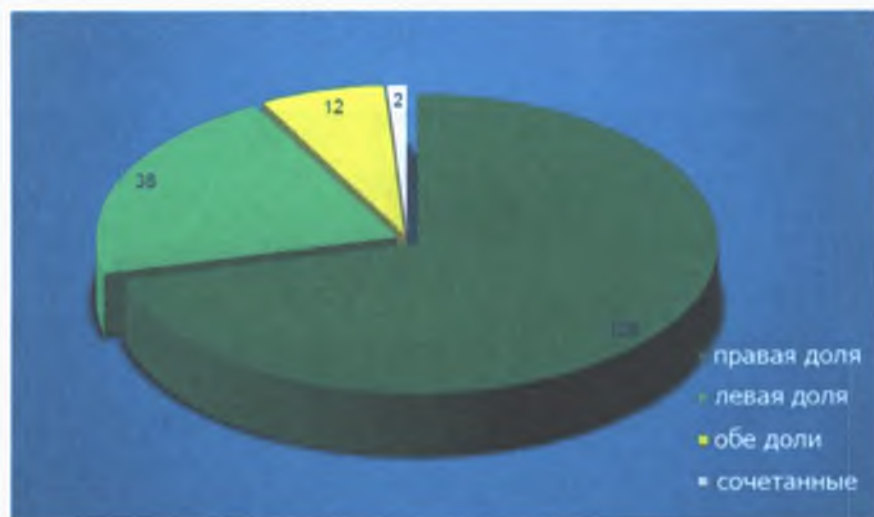


Рис.2. Локализация кист при эхинококкозе печени

Чаще обнаруживали одиночные кисты (59,2%), две кисты у 32% и более трех кист у 5 больных (4,9%).

При определении размеров кист было установлено, что малые кисты (до 5 см.) были у 4 больных (3,9%), средние кисты (от 5 до 10 см) у 65 (63,3%), большие (от 10-20 см.) у 33 (32%) и гигантские кисты (более 20 см. в диаметре) обнаружены у одного больного. Наиболее часто кисты локализовались в зоне 6,7,8 сегментов.

В результате обследования в основной группе неосложненные кисты обнаружены у 69 (67%) и осложненные у 34 (33%) - и в контрольной соответственно 71,4 и 28,6% это осложнившие нагноением и разложением

кисты, а у одного имело место такое осложнение как прорыв кисты в желчные протоки. Удельный вес осложнений в обеих группах дан на рисунке 3.

При анализе семиотики эхинококкоза обращало на себя внимание, что при осложненной форме более выражен болевой синдром, повышение температуры, иногда ознобы и явления интоксикации. При неосложненной форме болевой синдром не выражен, но отмечались общие признаки нарушения состояния больных: похудание, снижение или потеря аппетита, нарастающая слабость, быстрая утомляемость и снижение физической активности.



Рис.3. Удельный вес осложненных кист у больных основной и контрольной групп.

Таким образом анализ клинических проявления эхинококкоза печени показал, что при этом нет строго специфических признаков эхинококкоза печени, что и затрудняет своевременную диагностику этого заболевания.

В третьей главе: «Результаты оперативного лечения эхинококкоза печени (контрольная группа)» представлен анализ послеоперационного периода у больных контрольной группы, у которых выполнялись органосохраняющие операции по традиционной методике (капитонаж, инвагинация). Типы операции больных контрольной группе даны в таблице 1.

Наиболее часто выполняли ликвидацию полости фиброзной капсулы капитонажем по Дельбе и инвагинацией, реже сочетание инвагинации с капитонажем и реже дополняли пластикой сальником. Послеоперационный период протекал благоприятно, быстро улучшалось общее состояние больных, исчезали симптомы интоксикации.

Таблица 1 - Типы операции и характер осложнений при эхинококкозе печени у больных контрольной группы.

Типы операции	Число больных		из них возникли осложнения				Всего ослож- нений
	абс.ч	%	ост. пол.	желчеис- течение	плев- рит	нагноени е раны	
Капитонаж	41	53,2	4	1	1	1	7
Капитонаж + инвагинация	7	9,1	1	-	1	-	2
Инвагинация	23	29,9	2	-	-	2	4
по Аскерханову Р.П. (пластика сальником)	6	7,8	1	-	1	-	2
Всего абс.ч.	77		8	1	3	3	15
%		100,0	10,4	1,3	3,9	3,9	19,5

К моменту выписки из стационара у 8 больных была обнаружена остаточная полость, без наличия жидкости, они были выписаны с остаточной полостью и за ними продолжено наблюдение. При этом было установлено, что по мере увеличения срока после операции уменьшались размеры полости вплоть до их исчезновения. Однако, у одного из них уже через три месяца после выписки возникло нагноение остаточной полости он был госпитализирован и произведено дренирование полости. У одного послеоперационный период осложнился желчеистечением, которое прекратилось самостоятельно и по 3 случая был плеврит и нагноение раны. Плеврит излечен плевральными пункциями, а нагноение раны – лечением под повязкой. Всего осложнений было 15 у 77 оперированных, что составило 19,5%.

В четвертой главе: «**Результаты оперативного лечения эхинококкоза печени (основная группа)**» представлены исходы использованных методов ликвидации полости фиброзной капсулы. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом, доступ определялся с учетом локализаций эхинококковых кист, при расположении кисты в правой доле использован правый подреберный доступ по Федорову, при расположении кист в левой доле- верхне-срединный доступ, а при поражении обеих долей поперечный доступ типа «Мерседес». Это обеспечивало выполнение всех этапов эхинококкэктомии.

Для обеззараживания содержимого кист и полости фиброзной капсулы использовали три способа: озонированные физиологические растворы хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, 0,02 % раствор Декаметаксина и 30% раствор хлорида натрия. Мы использовали эти растворы так как сотрудниками нашей клиники (Максут уулу Эрлан, 2012, Акешов А., 2012, и

Алиев А.Ж., 2015) было установлено, что эти растворы приводят к гибели плодоносных элементов эхинококкоза в течение 3-5 минут. Кроме того, было установлено, что эти препараты проникают в стенку фиброзной капсулы и перикапсулярную ткань печени, а следовательно при использовании этих растворов нет необходимости выполнять тотальную перидистэктомию. Типы выполненных операции у больных основной группы даны в таблице 2.

В этой группе наиболее часто использовали абдоминализацию, этот метод мы заимствовали у А.В.Вишневого, который применил в лечении эхинококкоза легких, а И.К. Ахунбаев и Н.И. Ахунбаева (1976) эту методику успешно использовали также в лечении эхинококкоза легких, а мы в лечении эхинококкоза печени.

Таблица 2. – Типы операции у больных эхинококкозом печени основной группы.

Типы операций	Всего		из них возникли осложнения			Всего
	абс.ч.	%	плеврит	Желчеис- течение	инфиль- трат	
			абс.ч.	абс.ч.	абс.ч.	
Абдоминализация	78	75,7	4	1	1	6
Частичная перидистэктомия+ абдоминализация	12	11,7	2	-	-	2
Абдоминализация+ пластика сальником по Аскерханову	2	1,9	-	-	1	1
Симультанные операции (абдоминализация+хо ле-цистэктомия)	11	10,7	-	-	1	1
Всего абс.ч.	103	100,0	6	1	3	10 (9,7%)

Сущность этой методики заключается в том, что выступающую часть кисты иссекали до ткани печени и на края накладывали гамостатический обвивной шов, затем тщательно осматриваем оставшуюся часть капсулы для выявления желчных свищей при обнаружении которых свищи ушивали, а при сомнении в герметичности к ушитому свищу подводили прядь большого сальника по Аскерханову Р.П., это предотвращало формирование желчных свищей. Схема операции абдоминализации дана на рисунке 4.

При использовании этой методики у одного из 103 нами оперированных больных имело место желчеистечение, но повторная операция не выполнялась, так как желчеистечение прекратилось самостоятельно. В этой группе выявлено такое осложнение как плеврит, который возникал чаще всего при локализации кист в зоне 7,8 сегмента печени. При выявлении выпота в плевральной полости осуществляли плевральную пункцию до прекращения накопления жидкости. Всего осложнений мы наблюдали у 10 больных, что составило 9,7%.

Наши наблюдения показали, что риск возникновения осложнений при абдоминализации преувеличен. Метод прост, доступен для выполнения хирургам любой квалификации и послеоперационный период протекает сравнительно благоприятно, что является основанием для рекомендации этого метода в лечении эхинококкоза печени. Однако, очень важным моментом этой методики является тщательная ревизия оставленной части фиброзной капсулы для выявления желчных свищей и их ликвидации.

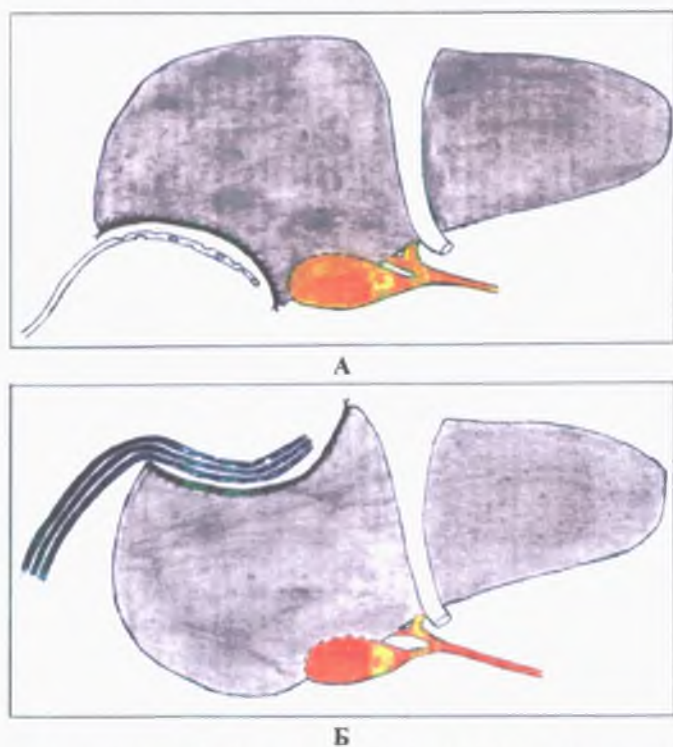


Рис. 4. Схема операции абдоминализации полости фиброзной капсулы: А- при локализации кисты на нижней поверхности печени, Б- при локализации кисты в зоне 7-8 сегментов.

Выполненное нами сравнение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени больных основной и контрольных групп показало преимущество абдоминализации, но при соблюдении определенных показаний к осуществлению этой методики (диаметр кисты не более 15 см., периферическое расположение кист и когда другие методы представляет риск повреждения сосудов и желчных путей. В контрольной группе частота осложнения составила 19,5 %, в основной она была значительно ниже (9,7%), эти различия достоверны ($p < 0,05$).

В оценке результатов лечения мы сравнили показатели общего анализа крови и результаты биохимических исследований функционального состояния печени и почек.

Таблица 3- Показатели общего анализа крови при различных методах ликвидации полости фиброзной капсулы

Показатели	Методы ликвидации полости фиброзной капсулы					
	капитонаж, n-25		инвагинация, n-18		абдоминализация, n-52	
	до операции, $M_1 \pm m_1$	при выписке, $M_2 \pm m_2$	до операции, $M_3 \pm m_3$	при выписке, $M_4 \pm m_4$	до операции, $M_5 \pm m_5$	при выписке, $M_6 \pm m_6$
Гемоглобин, г/л	108,2±2,12	113,1±0,92	110,2±1,37	116,4±2,12	111,2±1,28	115,4±1,21
P	$M_2 - M_6 > 0,05$		$M_4 - M_6 > 0,05$			
Эритроциты, $10^{12}/л$	3,2±0,03	3,1±0,04	3,2±0,07	3,4±0,03	3,1±0,03	3,2±0,03
P	$M_2 - M_6 > 0,05$		$M_4 - M_6 > 0,05$			
Лейкоциты, $10^9/л$	12,2±0,37	6,4±0,12	11,4±0,21	7,4±0,13	12,8±0,41	6,2±0,13
P	$M_2 - M_4 > 0,05$		$M_4 - M_6 > 0,05$			
Эозинофилы, %	5,2±0,11	3,1±0,09	5,5±0,08	2,4±0,03	4,9±0,01	2,1±0,02
P	$M_2 - M_6 > 0,05$		$M_4 - M_6 > 0,05$			
Палочко-ядерные, %	5,7±0,13	2,1±0,05	4,4±0,12	3,1±0,07	5,1±0,09	2,1±0,05
P	$M_2 - M_6 > 0,05$		$M_4 - M_6 < 0,05$			
Сегментоядерные, %	63,2±1,12	64,7±1,17	66,8±0,97	65,2±1,12	65,8±0,97	64,7±1,82

Продолжение таблицы 3

P	M ₂ -M ₆ >0,05			M ₄ -M ₆ >0,05		
Лимфоциты, %	18,4±0,08	21,3±0,17	20,1±0,18	24,5±0,12	19,4±0,21	29,8±0,31
P	M ₂ -M ₆ <0,01			M ₄ -M ₆ <0,01		
Моноциты, %	3,4±0,16	2,9±0,07	2,7±0,04	2,9±0,06	3,1±0,07	2,9±0,04
P	M ₂ -M ₆ >0,05			M ₄ -M ₆ >0,05		
ЛИИ	1,4±0,02	1,1±0,04	1,4±0,06	1,2±0,03	1,4±0,03	0,9±0,01
P	M ₂ -M ₆ >0,05			M ₄ -M ₆ <0,05		
СОЭ, мм/час	18,4±0,32	21,2±0,37	17,7±0,38	22,5±0,91	28,5±0,41	26,7±0,32
P	M ₂ -M ₆ <0,01			M ₄ -M ₆ <0,01		

При анализе показателей крови всех трех групп установлено, что до операции они были равнозначные. При рассмотрении результатов общего анализа крови больных после операции абдоминализации в сравнении с капитонажем и инвагинацией отмечено достоверное снижение количества лимфоцитов, а имевшиеся незначительные колебания не носили достоверных различий. ЛИИ более существенно снизился после операции абдоминализации и обращало на себя внимания, что у больных после абдоминализации количество лимфоцитов было достоверно выше в сравнении с другими методами ликвидации полости фиброзной капсулы.

Таким образом показатели общего анализа крови после операции носили однонаправленные положительные сдвиги, которые были более выражены после операции абдоминализации.

Наряду с показателями общего анализа крови мы проследили за динамикой показателей функционального состояния печени (табл. 4).

Таблица 4. – Показатели функционального состояния печени при различных методах ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени

Показатели	Методы ликвидации полости фиброзной капсулы						Практически здоровые, n=20
	капитонаж, n=25		инвагинация, n=18		абдоминализация, n=52		
	до операции, M ₁ ±m ₁	при высылке, M ₂ ±m ₂	до операции, M ₃ ±m ₃	при высылке, M ₄ ±m ₄	до операции, M ₅ ±m ₅	при высылке, M ₆ ±m ₆	
Общий билирубин, мкмоль/л	19,4±1,12	15,4±0,92	18,7±0,31	16,4±0,17	21,5±0,41	11,2±0,37	11,2±0,91
	P	M ₂ -M ₁ >0,05	M ₂ -M ₆ >0,05		M ₄ -M ₆ <0,05		M ₆ -M ₇ <0,05
Тимоловая проба, ед	3,1±0,12	3,4±0,09	3,6±0,17	3,1±0,11	4,2±0,16	3,2±0,18	4,2±0,14
	P	M ₂ -M ₁ >0,05	M ₂ -M ₆ >0,05		M ₄ -M ₆ >0,05		M ₆ -M ₇ >0,05
АЛТ, мккат/л	0,38±0,07	0,32±0,06	0,41±0,08	0,33±0,07	0,52±0,13	0,32±0,09	0,08±0,01
	P	M ₂ -M ₁ >0,05	M ₂ -M ₆ >0,05		M ₄ -M ₆ >0,05		M ₆ -M ₇ <0,01
АСТ, мккат/л	0,29±0,11	0,31±0,13	0,38±0,11	0,31±0,09	0,39±0,12	0,22±0,07	0,07±0,01
	P	M ₂ -M ₁ >0,05	M ₂ -M ₆ <0,05		M ₄ -M ₆ <0,05		M ₆ -M ₇ <0,01
Общий белок, г/л	65,6±0,41	69,8±1,12	62,4±0,37	66,4±0,81	64,2±0,37	72,4±0,26	76,3±0,13
	P	M ₂ -M ₁ >0,05	M ₂ -M ₆ <0,05		M ₄ -M ₆ <0,05		M ₆ -M ₇ <0,05

Таблица 5- Показатели гемодинамики печени при различных способах ликвидации полости фиброзной капсулы.

Показатели	Методы ликвидации полости фиброзной капсулы						Практически здоровые, n=20 M ₁ ±m ₁
	абдоминализация, n=52		капитонаж, n=25		инвагинация, n=18		
	до операции M ₁ ±m ₁	при вылиске M ₂ ±m ₂	до операции M ₃ ±m ₃	при вылиске M ₄ ±m ₄	до операции M ₅ ±m ₅	при вылиске M ₆ ±m ₆	
V. porte Главная вена, d, см	1,040±0,02	0,92±0,02	1,52±0,06	1,64±0,07	1,71±0,05	1,02±0,06	0,91±0,02
Vvol., мл/мин	P M ₁ -M ₄ <0,01 634,32±14,28	670,5±12,12	M ₁ -M ₆ >0,05 676,32±12,17	652,31±4,12	M ₂ -M ₇ >0,05 678,33±12,13	612,51±10,13	674,30±8,13
Vср., см/сек	P M ₁ -M ₄ <0,05 18,90±0,11	16,2±0,52	M ₂ -M ₆ <0,05 21,10±0,28	18,14±0,72	M ₂ -M ₇ >0,05 20,18±0,27	19,14±0,31	16,10±0,48
Правая ветвь, d, см	0,92±0,02	0,81±0,01	0,66±0,01	0,69±0,05	0,66±0,07	0,68±0,06	0,71±0,01
Vvol., мл/мин	P M ₁ -M ₄ <0,05 452,15±5,14	359,4±7,13	M ₁ -M ₆ <0,05 314,17±1,71	392,13±3,13	M ₂ -M ₇ <0,05 328,14±2,71	321,51±2,37	329,31±7,14
Vср., см/сек	P M ₁ -M ₄ >0,05 11,49±0,63	12,6±0,37	M ₂ -M ₆ <0,05 15,31±0,92	12,81±0,13	M ₂ -M ₇ >0,05 15,92±1,13	14,41±0,73	13,61±0,11
Левая ветвь, d, см	0,73±0,01	0,68±0,02	0,56±0,01	0,61±0,02	0,56±0,02	0,62±0,03	0,67±0,01
Vvol., мл/мин	P M ₁ -M ₄ >0,05 316,17±5,14	301,5±4,18	M ₁ -M ₆ >0,05 231,11±1,49	299,75±1,59	M ₂ -M ₇ >0,05 249,13±2,14	261,17±3,17	311,22±6,131
Кровоток общей печ-ой артерией: d, см	P M ₁ -M ₄ >0,05 0,42±0,01	0,44±0,02	M ₂ -M ₆ <0,05 0,49±0,05	0,46±0,06	M ₂ -M ₇ >0,05 0,50±0,05	0,52±0,04	0,43±0,02
Vmax, см/сек	P M ₁ -M ₄ >0,05 83,62±0,97	71,21±2,21	M ₂ -M ₆ >0,05 107,8±1,15	85,14±0,97	M ₂ -M ₇ >0,05 99,7±1,11	88,54±1,12	70,21±2,21
Vmin, см/сек	P M ₁ -M ₄ <0,05 22,14±0,11	18,63±1,14	M ₂ -M ₆ <0,05 36,18±1,14	26,4±1,19	M ₂ -M ₇ >0,05 35,12±0,92	31,18±0,61	18,63±0,32

До операции основные показатели функционального состояния печени были равнозначными во всех группах. К моменту выписки отмечены достоверные различия в уровне трансаминаз. У больных после абдоминализации они достоверно снижены в сравнении с капитонажем и инвагинацией, но к моменту выписки все еще отличались от нормы. Уровень общего белка был выше у больных после абдоминализации.

Исследования функционального состояния печени показали, что после любого метода в ближайшие сроки после операции остаются повышенными уровень трансаминаз, но более низкое их содержание отмечено после абдоминализации.

Анализ результатов гемодинамики при различных методах ликвидации полости фиброзной капсулы дан в таблице 5.

Мы выполнили сравнение показателей гемодинамики после операции, полученных у больных, которым выполнена абдоминализация и сравнение с данными у пациентов после капитонажа и инвагинации, и при этом установили, что до операции они были равнозначны, небольшие колебания не носили достоверных различий.

Необходимо отметить, что метод ультразвуковой доплерографии расширяет не только диагностические возможности этого исследования, благодаря качественной оценке очага поражения печени, но и дает количественную оценку скоростных и спектральных характеристик печени.

Количественная обработка спектра результатов ультразвуковой доплерографии дает информацию о скоростных компонентах кровотока, а качественная о типе потока и особенностях распространения пульсовой волны кровотока по сосудистому руслу и оценить сосудистую архитектуру. В нашем исследовании мы попытались дать оценку характеру кровотока печени вне зоны расположения кисты.

При анализе показателей воротной вены (рис 5) было установлено, что диаметр вены до операции был на одинаковом уровне во всех трех группах оперированных по поводу эхинококкоза и не отличался от диаметра полученного у практически здоровых лиц, но и после операции он оставался на дооперационном уровне, кроме группы больных которым в ликвидации полости фиброзной капсулы применен метод инвагинации.

Отмечены различия в объемной скорости кровотока. Так, после абдоминализации она была на уровне практически здоровых лиц, после капитонажа отмечена тенденция к снижению, а после метода инвагинации она была достоверно ниже нормы (P<0,05).

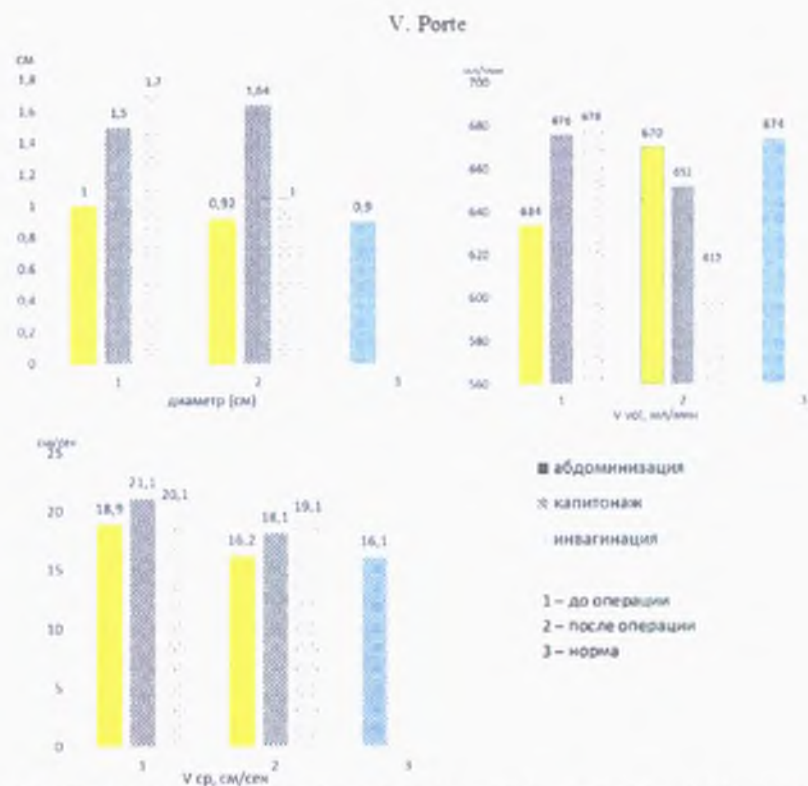


Рис. 5. Показатели гемодинамики портальной вены до и после различных методов ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкоза печени.

Средняя скорость кровотока портальной вены до операции у больных всех групп была на одинаковом уровне и имела тенденцию во всех группах к повышению, а после операции абдоминизации она была на уровне практически здоровых, в то время как после капитонажа и инвагинации отмечено достоверное увеличение средней скорости кровотока.

Мы также проанализировали показатели гемодинамики в правой ветви воротной вены (рис. 6).

До операции диаметр правой ветви был равнозначным у больных, которым выполнены капитонаж и инвагинация, а у больных с абдоминизацией диаметр был выше, хотя и не отличался от нормы.

После операции у всех оперированных диаметр не отличался от нормы и не было различий между показателями всех групп.

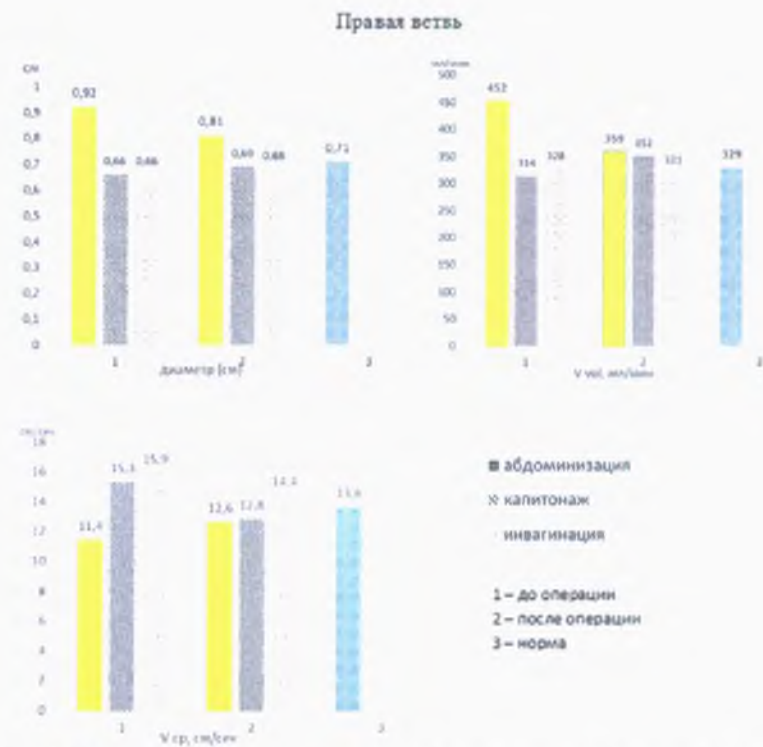


Рис. 6. Показатели гемодинамики правой ветви воротной вены до и после различных методов ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени.

До операции объемная скорость кровотока у больных, которым предстояла абдоминизация, была выше нормы и превышала показатели больных, которым выполнен метод капитонажа и инвагинации.

После операции объемная скорость кровотока после абдоминизации и капитонажа была на одинаковом уровне, а после инвагинации имело место снижение.

Средняя скорость кровотока в правой ветви до операции была на одинаковом уровне во всех группах и не отличалась от нормы, а после операции отмечена тенденция к повышению этого показателя, особенно после операции инвагинации.

Нами выполнен анализ показателей гемодинамики и в левой ветви (рис. 7).

При рассмотрении показателей гемодинамики левой ветви до операции установлено, что диаметр до операции и после нее был равнозначным и не отличался от здоровых лиц и в послеоперационном периоде практически не изменялся.

Объемная скорость кровотока при абдоминализации была выше в сравнении с группой больных, которым выполнен капитонаж и инвагинация.

После операции объемная скорость кровотока повысилась во всех группах, но не достигала нормы, особенно сниженной она была в группе больных, которым выполнена инвагинация.

Подобная динамика отмечена и со стороны средней скорости кровотока, особенно сниженной она была у больных после инвагинации и составляла $8,2 \pm 0,03$ при норме $14,11 \pm 0,47$ см/сек.

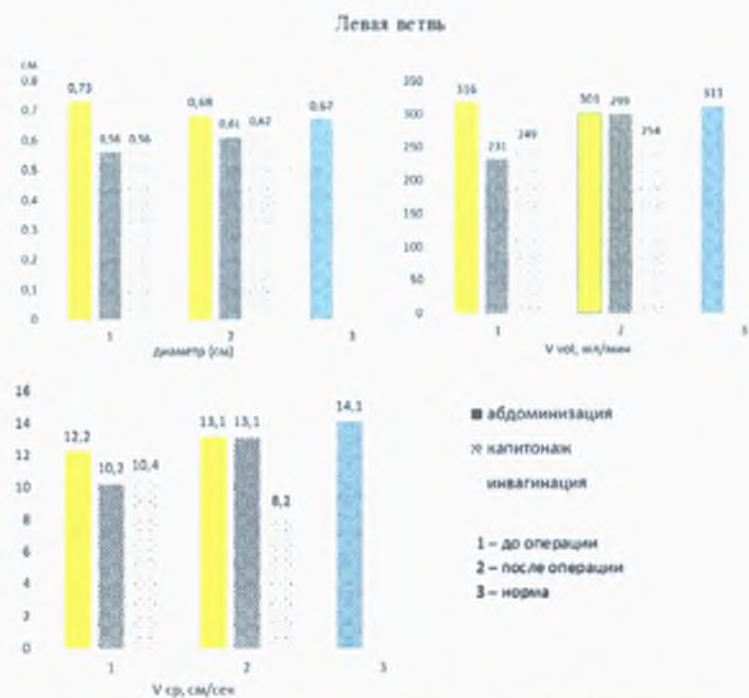


Рис. 7. Показатели гемодинамики портальной вены левой ветви до после различных методов ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени.

Таким образом, анализ гемодинамики воротной вены и ее правой и левой ветви показал, что до операции изменения во всех группах, оперированных были равнозначны, а после операции отмечены более выраженные изменения после инвагинации.

Анализ показателей гемодинамики общей печеночной артерии (рис. 8) позволил установить, что диаметр общей печеночной артерии во всех группах не превышал нормы до операции, а после абдоминализации он был в пределах нормы, в то время как после капитонажа и инвагинации отмечена тенденция к повышению.

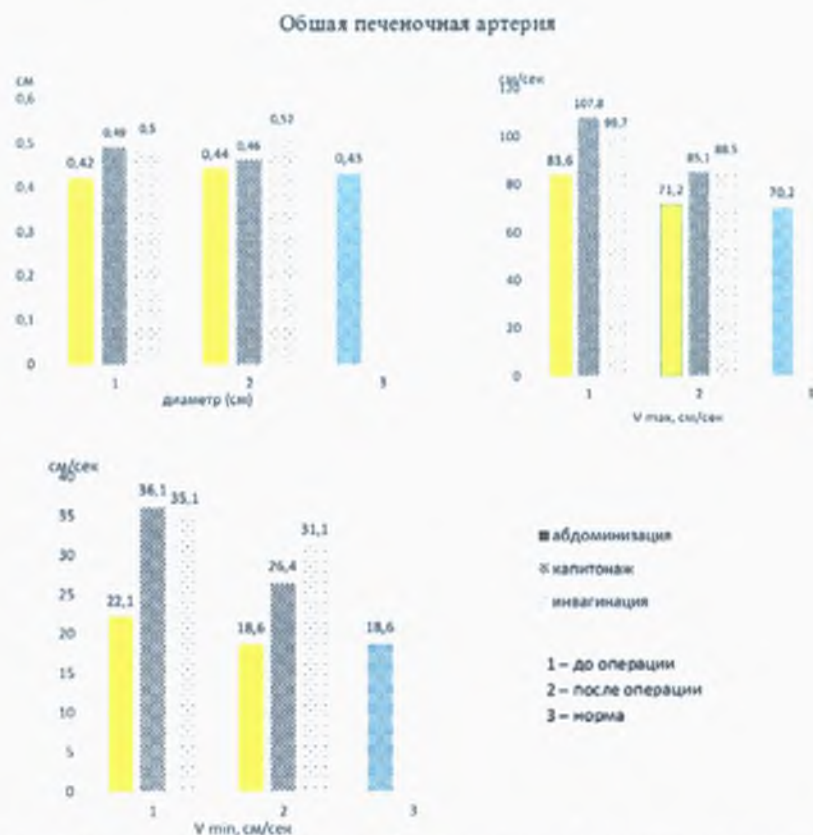


Рис. 8. Показатели гемодинамики общей печеночной артерии при различных способах ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени.

Максимальная систолическая скорость кровотока до операции во всех группах была повышенной, а после операции абдоминализации она достигала нормы, а после капитонажа и инвагинации была повышенной, хотя и ниже, чем до операции. Существенные изменения выявлены в показателях минимальной диастолической скорости кровотока, во всех группах до операции она была повышенной, а после операции абдоминализации она достигала нормы, в то время как после капитонажа и особенно инвагинации отмечено достоверное повышение минимальной диастолической скорости кровотока.

Таким образом выполненные нами исследования показали, что при эхинококкозе имеет место нарушение гемодинамики и биохимических показателей функционального состояния печени. А после операции эти показатели существенно улучшаются после выполненной абдоминализации. Результаты оперативного лечения больных основной группы подтвердили целесообразность выполнения абдоминализации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени.

ВЫВОДЫ

1. При эхинококкозе печени имеет место нарушение функционального состояния печени, которое нашло подтверждение в результатах клинико-лабораторных и инструментальных исследованиях.

2. Методику абдоминализации в ликвидации полости фиброзной капсулы использовать при периферической локализации кист, при размерах кисты не более 15 см. в диаметре и в тех случаях, когда выполнение капитонажа, инвагинации представляет риск повреждения сосудов и желчных путей. При наличии желчных свищей их можно ушить традиционно и дополнить фиксацией пряди большого сальника.

3. При абдоминализации полости фиброзной капсулы нарушения гемодинамики минимальны, в то время как после капитонажа и особенно после инвагинации эти нарушения усугубляются.

4. Применение методики абдоминализации полости фиброзной капсулы в сравнении с капитонажем и инвагинацией позволило снизить частоту осложнений в 2 раза (с 19,5% до 9,7%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В оперативном лечении эхинококкоза печени использовать методику абдоминализации в ликвидации полости фиброзной капсулы.

2. Методика абдоминализации может быть применена при одиночных кистах, размере не более 15 см., при поверхностном расположении кист и в тех случаях, когда при ликвидации полости капитонажем имеется высокий риск повреждения сосудов и желчных протоков.

3. В момент операции выполнять тщательный осмотр оставленной части капсулы для выявления желчных свищей.

4. В оценке состояния печени использовать результаты биохимических исследований и УЗ доплерографии.

5. Для коррекции нарушенных функций печени использовать гепатопротекторы (гептрал, эссенциале), комплекс витаминов группы В и С, и препараты осалмин, но-шпа которые обладают не только спазмолитическим, но и гепатотропным действием.

6. При выписке из стационара рекомендовать диспансерное наблюдение и продолжать коррекцию нарушенных функций печени и с целью профилактики рецидива болезни назначить 3 курса приема альбендазола (28 дней прием препарата, интервал 14 дней).

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Мадаминов, Э.М. Абдоминализация полости фиброзной капсулы в лечении эхинококкоза печени [Текст] / Э.М. Мадаминов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2014. - №4. - С 173-174

2. Мадаминов, Э.М. Способ эхинококкэктомии при поражении печени и его эффективность [Текст] / Э.М. Мадаминов // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2014. - №2. - С 2-4.

3. Мадаминов, Э.М. Результат малоинвазивного варианта эхинококкэктомии печени [Текст] / Э. М. Мадаминов // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – Бишкек, 2015. - №1. - С 111-113.

4. Мадаминов, Э.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] / Э.М. Мадаминов, Б.С. Абдисаматов, М.С. Айтназаров // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - Бишкек, 2015. - №3. - С 70-74.

5. Мадаминов, Э.М. Гемодинамика печени у больных эхинококкозом после абдоминализации фиброзной капсулы [Текст] / Э.М. Мадаминов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2015. - №2 (1). – С 145-151.

6. Мадаминов, Э.М. Клинико-функциональное состояние печени у больных эхинококкозом после абдоминализации фиброзной капсулы [Текст] / Мусаев А.И., Мадаминов Э.М. // «Врач-аспирант». – Воронеж, 2015. - №3.1 (70). -С 164-167.

7. Мадаминов, Э.М. Диагностика и лечение рецидивного эхинококкоза печени диафрагмальной локализации [Текст] / А.И. Мусаев, М.С. Айтназаров, Э.М. Мадаминов // Известия-ВУЗОВ – Бишкек, 2015. - №7. - С 27-29.

8. Мадаминов, Э.М. Абдоминализация полости фиброзной капсулы в лечении эхинококкоза печени [Текст] / А.И. Мусаев, Э.М. Мадаминов, М.С.

Айтназаров // Казанский медицинский журнал. – Казань, 2016. - №3. - С 327-331.

9. Мадаминов, Э.М. Способ ликвидации полости фиброзной капсулы в лечении эхинококкоза печени [Текст] / Э.М. Мадаминов, Б.С. Абдисаматов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2016. - №3. - С 72-75.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы аспиранта Мадаминова Э.М. на тему: «Абдоминализация полости фиброзной капсулы в лечении эхинококкоза печени» на соискания ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17- хирургия

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, диагностика, оперативное лечение, абдоминализация, осложнения.

Цель работы: Улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени за счет совершенствования методов ликвидации полости фиброзной капсулы.

Объект исследования: 103 больных эхинококкозом печени (основная группа), 77 больных (контрольная группа).

Методы исследования: Общий анализ крови, биохимические показатели функционального состояния печени, УЗИ до операции и в послеоперационном периоде, по показаниям КТ и МРТ и УЗ-исследование гемодинамики печени.

Полученные результаты и их научная новизна: В процессе работы выделены 2 группы больных: первая основная- 103 пациента у которых в лечении больных использованы разработанные методы лечения и контрольная группа- 77 больных у которых применены традиционные методы. Осложнения в первой группе возникли у 10 больных (9,7%), а контрольной у 15 больных (19,5%), что подтверждает эффективность использования метода абдоминализации в ликвидации полости фиброзной капсулы. Применение УЗ-доплерографии показало, что при выполнении абдоминализации улучшается гемодинамика печени, что подтверждает эффективность этого метода.

Область применения: хирургия

Структура и библиография: диссертация изложена на 112 страницах компьютерного набора, на русском языке, шрифтом Times New Roman (размер шрифта 14, интервал 1,5) и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованных литературных источников. Всего источников 218, из них 68 работ авторов дальнего зарубежья.

Мадаминов Эрнст Мамасалиевич «Боор эхинококкозун дарылоодо булалуу капсуланын көңдөйүнүн абдоминацияланышы» аттуу темада 14.01.17. – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациялык ишине

КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, дартты аныктоо, ыкчам дарылоо, абдоминациялоо, кабылдоо.

Изилдөөнүн максаты: боор эхинококкозун дарылоонун натыйжасын булалуу капсуланын көңдөйүн алып салуу ыкмаларын өркүндөтүүнүн эсебинен жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: боор эхинококкозу менен жабыркаган 103 бейтап (негизги топ), 77 бейтап (көзөмөлдөгү топ).

Изилдөөнүн ыкмалары: кандын жалпы анализи, боордун функционалдык абалынын биохимиялык көрсөткүчтөрү, операцияга чейинки жана андан кийинки УДИ, боордун гемодинамикасынын КТ, МРТ жана УД-изилдөө көрсөткүчтөрү боюнча текшерүү.

Изилдөөнүн натыйжасы жана илимий жаңылыгы. Изилдөөнүн жүрүшүндө бейтаптар 2 топко бөлүнгөн: биринчи негизги топко – дарылоодо жаңы иштелип чыккан ыкма колдонулган 103 бейтап кирди, ал эми экинчи топту – дарылоонун салттуу ыкмасы колдонулган 77 бейтап түздү. Эгер биринчи топтогу кабылдоолор 10 бейтапта (9,7%) байкалган болсо, ал эми көзөмөл топтогу 15 бейтапта (19,5%) дарттын өтүшүп кетиши белгиленген. Бул жагдай булалуу капсуланын көңдөйүн алып таштоо үчүн абдоминациялоо ыкмасын колдонуу натыйжалуу экенин ырастап турат. УД-доплерографиясындагы текшерүү абдоминациялоо ыкмасын колдонуу боордун гемодинамикасын жакшыртаарын көрсөткөн. Демек, аталган ыкма дурус натыйжа берээри аныкталды.

Колдонуу тармагы: хирургия.

Структурасы жана библиографиясы: диссертация компьютердик терүүдөгү 112 бетте, орус тилинде, Times New Roman шрифтинде (өлчөмү 14, интервал 1,5) жайгашып, кириш сөздөн. 4 бөлүмдөн, корутунду, жыйынтыктардан, практикалык кеңештерден жана колдонулган илимий булактардын тизмесинен турат. Бардык илимий адабияттар 218, анын ичинен 68 эмгек алыскы чет элдик авторлорго таандык.

SUMMARY

of the dissertation of Madaminov E.M. entitled "Abdominization of the cavity of fibrous capsule in the treatment of hydatid liver disease" for a degree of candidate of medical sciences in the specialty 14.01.17 – surgery

Key words: liver, hydatid disease, diagnosis, surgical treatment, abdominization, complications.

Aim of the study: To improve results of surgical treatment of hydatid liver disease through improving methods for liquidating the fibrous capsule cavity.

Study subjects were: 103 patients with hydatid liver disease (study group), 77 patients (control group).

Methods: complete blood count, biochemical tests for the functional state of the liver, preoperative and postoperative ultrasound, computed tomography and magnetic resonance imaging by indications and ultrasonic hepatic hemodynamic examination.

Results and their scientific originality. Two groups of patients were formed up during the research process: a study group of 103 patients for whom the developed methods were used for their treatment and a control group of 77 patients for whom traditional methods were used. In the study group complications appeared in 10 patients (9.7%) and in the control group in 15 patients (19.5%) which supports the effectiveness of abdominization method for liquidating the fibrous capsule cavity. The use of ultrasonic Doppler examination showed that with abdominization the hemodynamics of the liver improved, which confirms the effectiveness of this method.

Scope: surgery

The dissertation contains 112 pages of computer-typed text, in Russian, Times New Roman font (size 14, 1.5 line space) and consists of introduction, 4 chapters, conclusions, practical recommendations and the list of literature sources used. The total number of references is 218, with 68 of them from international sources.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

АЛТ-----аланинаминотрансфераза

АСТ-----аспартатаминотрансфераза

КГМА- ----Кыргызская Государственная медицинская академия

КТ-----компьютерная томография

ЛИИ -----лейкоцитарный индекс интоксикации

МРТ-----магнитно-резонансная томография

УЗИ -----ультразвуковое исследование

Отпечатано в ОсОО «Соф Басмасы»

Подписано к печати 22.11.2017г. Формат бумаги 60x90/16.

Объем 1,0 п.л. Тираж 120экз.

720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева 92.