

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

МУСАЕВ Акылбек Инятович

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ, КОРРЕКЦИИ НАРУШЕННЫХ
ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ**

14.00.27 - Хирургия

А в т о р е ф е р а т
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Бишкек - 2000

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии и Городской клинической больницы № 1 г. Бишкек

Научный консультант: Доктор медицинских наук, профессор
Заслуженный врач Кыргызской Республики
Б.А.АКМАТОВ

Официальные оппоненты:

1. Доктор медицинских наук, профессор И.К.АКЫЛБЕКОВ
2. Доктор медицинских наук, профессор М.А.СЕЙСЕМБАЕВ
3. Доктор медицинских наук, профессор, У.Б.БАЙЗАКОВ

Ведущая организация:

Казахский государственный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова,
г. Алматы

Защита диссертации состоится "22" июня 2000 года в

13 часов на заседании диссертационного совета Д. 14.98.75 при Кыргызской государственной медицинской академии (720061, г. Бишкек ул. И.К.Ахунбаева, 92)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Кыргызской государственной медицинской академии (720061, г. Бишкек Ул. И.К.Ахунбаева, 92)

Автореферат разослан 17 июня 2000 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета
кандидат медицинских наук
доцент

 Осмонов Т.А.

УСЛОВНЫЕ ОБОЗНАЧЕНИЯ

- АИ - амплитуда инцизуры
- АРГ - амплитуда реограммы
- БС - базовое сопротивление
- ВБН - время быстрого наполнения
- ВО - венозный отток
- ВПП - время подъема реограммы
- ИОР - отношение инцизуры к амплитуде реограмм
- КТ - компьютерная томография
- ОП - остаточная полость
- РАЛ - реакция латекс-агглютинации
- РИЭФ - реакция иммуноэлектрофореза
- РНГА - реакция непрямои гемагглютинации
- РП - реографический показатель
- УЗИ - ультразвуковое исследование

Актуальность темы. Проблема диагностики и лечения эхинококкоза была и остается одной из актуальных проблем медицины и, в частности, хирургии (И.К.Ахунбаев и И.И.Ахунбаева, 1977; Ю.С.Гилевич и соавт., 1989; А.В.Вахидов и соавт., 1991; Б.А.Акматов, 1994; Ю.Джалалов и соавт., 1995; Ш.И.Каримов и соавт., 1998; G.A.Kupe, 1988; B.C.Golematis et al., 1995 и др.), поскольку заболеваемость эхинококкозом не имеет тенденции к снижению, а, наоборот, отмечается рост, особенно в нашей республике.

Непроходящий интерес и постоянное внимание исследователей к данной проблеме объясняется, прежде всего, тем, что представления об эхинококкозе постоянное углубляются и расширяются вместе с развитием медицины, эпидемиологии и применения технических средств диагностики и лечения эхинококкоза (Л.С.Яроцкий и соавт., 1988; О.Б.Милонов и соавт., 1990; А.Т.Пулатов и Э.Х.Хамиджанов, 1991; А.Т.Ешанов, 1995; Ф.А.Ильхамов и А.В.Вахидов, 1995; Ф.Г.Назыров и соавт., 1997; М.А.Алиев и соавт., 1998; F.Abi et al., 1988; A.Elhamel, 1990).

К настоящему времени единственно радикальным методом лечения эхинококкоза является оперативное: эхинококкэктомия, хотя и делаются попытки консервативного лечения, но они пока безуспешны. Нужно отметить, что если вопросы диагностики эхинококкоза и обеззараживания кист в какой-то мере нашли свое разрешение, то этого нельзя сказать о ликвидации полости фиброзной капсулы, а это относится к одним из важных моментов операции. Неполноценно или не ликвидированная полость часто приводят к тому, что в ее просвете происходит скопление воспалительной жидкости, крови, желчи и др., которые нередко, нагнаиваясь, являются показанием к повторному оперативному вмешательству. По различным литературным источникам процент остаточных полостей после эхинококкэктомий наблюдается от 15 до 21%, а нагноение в них достигает 60-65% (Ю.С.Гилевич и соавт., 1984; Э.С.Исламбеков и соавт., 1990; М.А.Алиев и соавт., 1995; А.А.Рыскулова и соавт., 1996; В.С.Помелов и соавт., 1997; М.А.Сейсенбаев, 1997).

Основные методы, применяемые в ликвидации остаточной полости, направлена на сближение стенок друг с другом (капитонаж), заполнение ее излишками фиброзной капсулы (инвагинация), пластическим материалом (оментогепатопексия). Во всех этих случаях полость ликвидируется с сохранением фиброзной капсулы.

Особые трудности представляет так называемый обызвествленный эхинококкоз, а также кисты с толстыми стенками, когда стенка фиброзной капсулы становится плотной, твердой, вследствие этого и малоподатливой. При попытке сближения стенок друг к другу обычно швы прорезываются и ликвидировать полость не представляется возможным.

В настоящее время установлено, что фиброзная капсула состоит из трех слоев. На наш взгляд, для того, чтобы стенка ее стала более податливой, необходимо удаление толстого твердого внутреннего слоя и сохранение состоящего из соединительнотканых клеток наружного слоя, после чего стенка фиброзной капсулы становится более податливой и возникает

реальная возможность ликвидировать полость значительно легче. Кроме того при этом методе опасность повреждения сосудов и желчных протоков минимальна, но в литературе этот вопрос освещен недостаточно.

Не лучшим образом обстоит вопрос с ликвидацией полости при наличии желчных свищей, открывающихся в просвет кисты, а также при таком осложнении эхинококкоза, как прорыв кист в желчные протоки, обуславливающие возникновение механической желтухи. И здесь, как указывают А.А.Мовчун и соавт. (1995), А.В.Вахидов и соавт. (1995), Ю.В.Джалалов и соавт. (1996), С.О.Ордабеков и соавт. (1996), Ж.О.Белеков (1997), проблемой является выявление свищей и их ликвидация, так как в этих случаях больные длительное время страдают желчеистечением и нередко хирурги вынуждены выполнять повторную операцию, которая значительно сложнее, чем первичная.

В целом следует отметить, что несмотря на большое количество методов ликвидации полости фиброзной капсулы, еще сохраняется большой процент остаточных полостей, который указывает на то, что все виды используемых операций еще далеки от совершенства и не отвечают всем предъявляемым требованиям. Кроме того, при поражении печени эхинококкозом остается не изученным вопрос о состоянии ее гемодинамики и перекисного окисления липидов до оперативного лечения и при использовании различных методов ликвидации полости фиброзной капсулы, нельзя исключить, что не коррегирование этих нарушений сказывается на исходах операции.

Все вышесказанное явилось основанием для выполнения данного исследования.

Цель работы: Улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени путем разработки новых и усовершенствования известных методов ликвидации полости фиброзной капсулы и желчных свищей, открывающихся в полость и желчные протоки и методов профилактики осложнений после эхинококкэктомии.

Для осуществления цели были поставлены следующие задачи:

1. Обосновать эффективность применения частичной перицистэктомии с наложением на оставшуюся фиброзную капсулу сближающих П-образных швов.
2. Показать возможность и целесообразность удаления внутреннего слоя фиброзной капсулы (дозированная перицистэктомия) при плотной неподатливой и обызвествленной фиброзной капсуле.
3. Обосновать целесообразность применения лимфостимуляции и лазерного облучения остаточной полости и ткани печени с целью профилактики осложнений.
4. Обосновать эффективность ликвидации желчных свищей, возникших при перфорации кист в желчные протоки путем использования участков аутобрюшины с помощью цианокрилатного клея.
5. Исследовать состояние гемодинамики и перекисное окисление липидов в зависимости от величины эхинококковых кист и метода ликвида-

ции полости фиброзной капсулы и на их основании определить объем реабилитационных мероприятий до и после операции.

6. На основании полученных данных разработать методические рекомендации для врачей с целью улучшения результатов оперативного лечения эхинококкоза печени.

Научная новизна

1. Разработана принципиально новая методика ликвидации полости фиброзной капсулы при плотной, неподатливой и обызвествленной фиброзной капсуле.

2. Разработана методика ликвидации желчных свищей, открывающихся в просвет фиброзной капсулы и при прорыве кисты в желчные протоки.

3. Обоснована методика лимфостимуляции и лазерного облучения полости фиброзной капсулы и ткани печени для профилактики нагноения остаточной полости.

4. Изучено состояние гемодинамики печени и ее взаимосвязь с перекисным окислением липидов при эхинококкозе в зависимости от использованных видов операций и размеров кист.

5. Разработана методика ликвидации полости фиброзной капсулы круглой связкой печени при расположении кист в области ворот печени.

Научно-практическая ценность работы

-Предложен новый метод ликвидации желчного свища при перфорации кист в желчные протоки с использованием аутобрюшины, что позволяет снизить осложнения в послеоперационном периоде.

-Разработка и внедрение в практику дозированной перикистэктомии (удаление внутренних слоев) значительно облегчает ликвидацию полости фиброзной капсулы при обызвествленных и резко утолщенных, не податливых стенках капсулы.

-Применение региональной лимфостимуляции, облучение остаточной полости и ткани печени существенно улучшают гемодинамику печени, нормализуют быстрее биохимические показатели состояния печени и тем самым способствуют улучшению результатов лечения, что является основанием для их широкого применения в практику.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Возможность улучшения результатов оперативного лечения эхинококкоза путем использования вариантов частичной и дозированной перикистэктомии и методов профилактики нагноения полости фиброзной капсулы.

2. Эффективным методом ликвидации желчных свищей может служить использование паристальной брюшины, фиксированной цианокрилатным клеем.

3. Необходимость целенаправленной терапии с целью улучшения гемодинамики печени и перекисного окисления липидов.

4. Целесообразность использования лимфостимуляции через круглую связку печени и лазерного облучения остаточных полостей и ткани печени для профилактики осложнений.

Внедрение:

Методика перикистэктомии для ликвидации полости фиброзной капсулы с удалением внутренних слоев капсулы внедрены в хирургических отделениях ГКБ № 1 г. Бишкек и ЦРБ г. Кара-Балта. Методика ликвидации желчных свищей внедрена в хирургических отделениях ГКБ № 1. Основные положения диссертации используются в учебном процессе на кафедре факультетской хирургии (бюджетной и центра коммерческого обучения) Кыргызской государственной медицинской академии по теме: "Диагностика и лечение эхинококкоза печени".

Апробация работы и публикации

Основные положения работы доложены на:

1. Международной конференции молодых ученых (Бишкек, 1996, 1998, 1999);

2. Научно-практической конференции ГКБ № 1 (Бишкек, 1997);

3. I конгрессе хирургов Казахстана (Алматы, 1997);

4. Заседании Ассоциации научных обществ хирургов КР (Бишкек, 2000).

5. Заседании комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций по хирургии (КГМА, Бишкек, 2000).

Опубликовано 29 работ по теме диссертации и одна монография. Утверждено 5 рационализаторских предложения и получено два авторских свидетельства на изобретение (патент № 87 от 09.06.1995; регистрационный номер 990033.1 от 17.06.1999).

Структура диссертации: Работа изложена на 233 страницах, состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 337 источников, из них 112 работ авторов дальнего зарубежья, иллюстрирована 38 рисунками и 36 таблицами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для реализации поставленных задач, помимо общеклинических методов исследования, использовано рентгенологическое и ультразвуковое исследование, по показаниям компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, реакция иммунохемилюминесценции, хемилюминесценция апо-β-липопротеидов и реовазография. Исследования выполнялись до операции, при выписке и в отдаленные сроки (от 6 мес. до 3 лет). Для оценки функционального состояния печени определяли уровень билирубина, сулемовую и тимоловую пробы и трансаминазы (АЛТ, АСТ).

Цифровые данные обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (М), средней квадратичной величины (σ), ошибки малого ряда (m) и вычислением t критерия по таблице Фишера-Стьюдента.

Всего под наблюдением находилось 230 больных эхинококкозом печени, их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1
Распределение больных эхинококкозом печени по полу и возрасту

Возраст Пол	до 15 лет	15-20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	61 и более	Всего	
								абс. число	%
Женщины	5	26	47	39	22	12	10	161	70,0
Мужчины	3	9	22	15	9	7	4	69	30,0
Всего	8	35	69	54	31	19	14	230	100,0

Из 230 с рецидивом болезни было 31, из них дважды оперированы 6, три раза - 3. У 43 больных был множественный эхинококкоз (более двух кист).

В результате комплексного обследования была выявлена следующая локализация кист (табл.2).

Таблица 2
Локализация эхинококковых кист

Локализация кист	Всего	
	абс. число	%
Правая доля	182	79,2
Левая доля	33	14,3
Поражение обеих долей	15	6,6
Всего	230	100,0

Наиболее часто кисты локализовались в правой доле печени, причем довольно большой удельный вес занимали кисты, расположенные на диафрагмальной поверхности печени, что существенно затрудняло их ликвидацию.

Нужно отметить, что если УЗИ и КТ позволяют выявить объемные образования печени даже небольших размеров, то что касается характера этого образования, то здесь испытываются трудности. Поэтому для определения характера патологии мы использовали иммунохемилуминесценцию, специфичность которой составляет 98%, а чувствительность - 97,5%. Этот метод был разработан у нас в клинике и использован для раннего выявления эхинококкоза.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Не противопоставляя все виды операций ликвидации полости фиброзной капсулы друг другу, нами проведен сравнительный анализ резуль-

татов их применения с учетом размера кист, их состояния и метода ликвидации, определены показания и противопоказания к применению каждого из них и сделана попытка применения профилактики осложнений, особенно нагноения остаточной полости, как одного из основных осложнений послеоперационного периода.

В условиях нашей клиники на протяжении многих лет наиболее часто применяемыми видами операций являются: капитонаж по Дельбе, инвагинация и тампонада полости большим сальником (табл.3). Мы проанализировали результаты каждой из этих групп. Эффективность оценивалась с учетом размеров кист, их количества и наличия осложнений.

Таблица 3
Виды операций и частота возникновения остаточных полостей

Способы ликвидации полости фиброзной капсулы	Всего больных	Количество с ОП	
		при выписке, абс. число	через 6 мес. - 3 года
Капитонаж по Дельбе	52	8	5
Инвагинация	63	10	7
Тампонада сальником	10	2	2
Дренаж кисты	11	9	6
Всего	136	29(21,3%)	20(14,7%)

По характеру примененных операций больные распределялись следующим образом: капитонаж по Дельбе - 52 больных, инвагинация - 63, тампонада сальником - 10 человек.

Оценку результатов осуществляли путем проведения контрольного ультразвукового исследования до операции, в послеоперационном периоде перед выпиской больного из стационара и в отдаленные сроки (через 6 мес - 3 года после операции).

Полученные результаты показали, что капитонаж по Дельбе более пригоден для кист небольших размеров с мягкой и податливой фиброзной капсулой, которая при затягивании кистетных швов легко соприкасается друг с другом и полость ликвидируется. Недостатками метода является то, что при наложении кистетных швов на фиброзную капсулу (центральные кисты) есть вероятность повреждения крупных внутрипеченочных сосудов и желчных протоков. Кроме этого, в тех случаях, где были кисты с ригидными, толстыми стенками, при затягивании швы прорезываются и ликвидации полости не наступает. Контрольное УЗИ обнаружило, что остаточные полости при данном виде операций были отмечены у 8 (15,3%) больных при выписке и у 5 (9,6%) - в отдаленные сроки (у трех из них полости облитерировались).

Анализ применения инвагинационного метода показал, что метод надежен, технически прост и довольно хорошо удаётся ликвидировать полость. В отличие от капитонажа при инвагинации мала вероятность повреждения внутрипеченочных сосудов и желчных протоков. Метод может быть использован при любой локализации кист, независимо от их разме-

ров. Отрицательными сторонами способа является то, что при затягивании швов происходит деформация печеночной ткани, которая в свою очередь может привести к затруднению оттока желчи и крови из печени. Кроме этого при больших кистах, когда основная часть кисты расположена внутриоргано, а выступающая над паренхимой печени фиброзная ткань мала, метод в чистом виде не применим, так как небольшим участком фиброзной капсулы заполнить большую кисту практически невозможно. В таких случаях метод необходимо сочетать с другими способами. Остаточные полости при выписке обнаружены у 10 (15,8%) больных, в отдаленные сроки - у 7 (11,1%) человек.

Тампонада полости фиброзной капсулы сальником на питающей ножке или оментогепатопексия по Р.П.Аскерханову нами применена сравнительно мало.

Это объясняется рядом причин: во-первых, не всегда можно полностью заполнить сальником полость, особенно если она больших размеров, а сальник слабо выражен (у истощенных больных), во-вторых, у повторно оперированных больных из-за спаечного процесса мобилизовать сальник порой представляет значительные технические трудности и, в-третьих, способ можно эффективно использовать лишь при расположении кист на передней или нижней поверхности печени во избежание деформации поперечно-ободочной кишки. В целом следует отметить, что способ в техническом плане не сложен, риск возникновения осложнений во время операции максимален, и если сальник хорошо выражен, остаточной полости не остается. Контрольное УЗИ перед выпиской больных из стационара и в отдаленные сроки показало наличие остаточной полости у 2 из 10 оперированных.

Обобщая полученные данные по применению различных способов ликвидации фиброзных полостей после эхинококкэктомии, необходимо отметить, что каждый из выше описанных методов с большим или меньшим успехом можно применить в ранней стадии заболевания до развития осложнений. Но в настоящее время, в связи с экономическим кризисом раннее выявление затруднено и большая часть больных поступает с большими, а нередко и осложненными кистами, что значительно затрудняет их ликвидацию.

Удельный вес ОП после всех методов ликвидации полости фиброзной капсулы остается довольно высоким. Большой процент ОП указывает на то, что все виды операций еще далеки от совершенства и не отвечают всем предъявляемым требованиям.

С целью улучшения результатов лечения нами был предложен метод частичной перицистэктомии с наложением на оставшуюся фиброзную капсулу сближающих П-образных швов (рис.1)

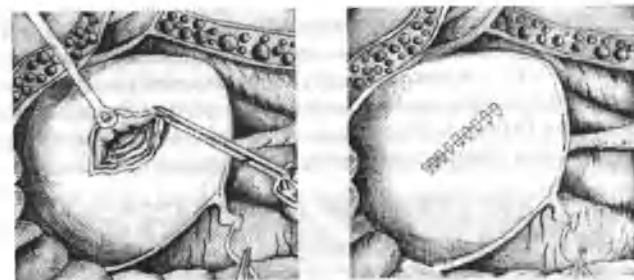


Рис.1. Метод частичной перицистэктомии

Методика способа заключается в иссечении выступающей над паренхимой печени фиброзной капсулы и на оставшуюся часть накладываются П-образные швы из нерассасывающегося материала. Это способствует более плотному соприкосновению оставшихся стенок фиброзной капсулы и более полноценной ликвидации полости. Данный метод был применен у 50 наших больных. Он может быть применен практически во всех случаях, где ранее использовались другие виды операций (инвагинация, капитонаж, оментогепатопексия). Анализ результатов показал, что дозированная перицистэктомия с наложением сквозных П-образных швов на оставшуюся фиброзную капсулу зарекомендовал себя как метод более надежный, при котором полноценно ликвидируется полость фиброзной капсулы. Если при использовании других видов операций частота возникновения ОП составила 15-17%, то при применении разработанного нами метода ОП возникли в 5-6%. Метод может быть использован при любой локализации кист. Случаев осложнений во время операций не было, а после операции они были минимальны и непосредственно с использованием метода не связаны.

В отдаленные сроки у больных, выписанных с небольшими остаточными полостями, у большинства они облитерировались, а у остальных значительно уменьшились в размерах и признаков нагноения не выявлено.

Наиболее сложную группу составили больные с так называемым обызвествленным эхинококкозом и когда стенка фиброзной капсулы толстая, твердая, а вследствие этого мало податливая. При попытке сближения стенок друг к другу швы прорезываются и полость ликвидировать практически не удается.

В настоящее время установлено (Б.В.Петровский и соавт., 1985), что фиброзная капсула состоит из трех четко отличающихся друг от друга слоев клеток. При различных нагноительных процессах в кисте наибольшие изменения претерпевает внутренний слой клеток, который непосредственно соприкасается с содержимым эхинококковой кисты. Она становится твердой, плотной, толстой.

Нами разработан метод удаления внутреннего слоя фиброзной капсулы с оставлением соединительнотканного наружного слоя (рис.2). После

этого фиброзная капсула становится более податливой и мягкой, а ее ликвидация осуществляется гораздо легче. Помимо этого в этом случае минимальна опасность повреждения внутривенных сосудов и желчных протоков, которые наблюдаются при тотальной перикистэктомии. Предложенный метод был применен нами у 15 больных. При выписке из стационара случаев неполноценной ликвидации полости не было.

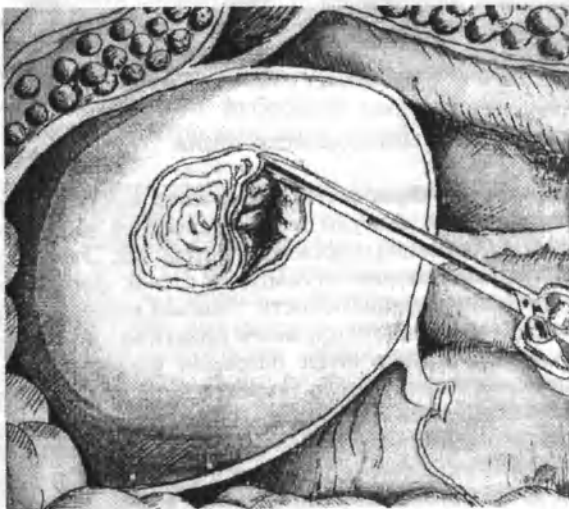


Рис.2. Дозированная перикистэктомия с удалением внутренних слоев фиброзной капсулы

Определенную трудность представляет ликвидация полости кист, расположенных в области ворот печени. Ушивание полости может привести к возникновению таких осложнений, как кровотечение, повреждение стенки желчных путей. В этих случаях мы производили тампонирование полости круглой связкой печени с фиксированным в ней микроирригатором, через который в послеоперационном периоде вводили лимфотропную смесь в течение 4-5 дней. Случаев нагноения остаточной полости при данной методике не было. На этот способ получен патент Кыргызской Республики № 87 от 9.05.1995 г.

Одним из грозных осложнений эхинококкоза печени является механическая желтуха, которая может быть обусловлена либо сдавлением желчных протоков (при расположении кист в области ворот печени), либо прорывом их в желчные пути.

При данной патологии особое значение имеет тщательная ликвидация свища, ибо в противном случае возникают желчные свищи, длительное время не имеющие тенденции к закрытию.

В настоящее время все существующие методы ликвидации желчных свищей направлены на наложение швов. Для ликвидации желчного свища нами предложен новый способ (рис.3). Из париетальной брюшины выкраивался свободный лоскут, на зону свищевого отверстия наносился жидкий слой цианакрилатного клея и туда переносился участок аутобрюшины. Вышеописанная методика была применена у 20 больных. Метод позволяет надежно и герметично ушить свищевое отверстие, а главное, она сводит к минимуму опасность возникновения осложнений, связанных с наложением швов на желчные свищи.

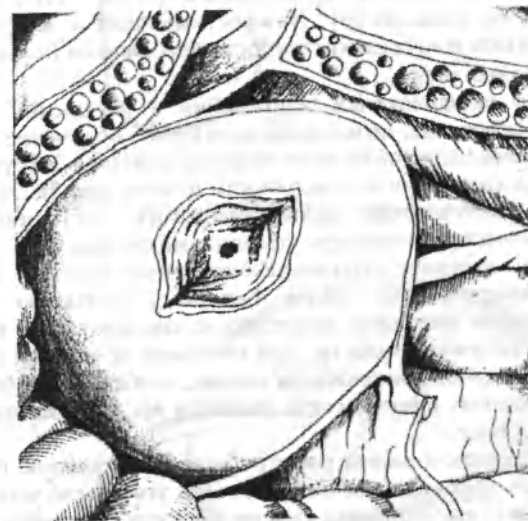


Рис.3. Метод ликвидации желчного свища

В процессе работы нами предпринят ряд мероприятий, направленных на предупреждение нагноения ОП. Это - внутривенное лазерное облучение остаточной полости и ткани печени и лимфостимуляция через круглую связку печени. Лазерное излучение осуществляли в тех случаях, когда были большие полости и при их ликвидации полностью ушить не удавалось и тогда в момент операции в просвет остаточной полости подвели через дренажную трубку гибкий световод и через него осуществляли лазерное облучение, использовался гелий-неоновый лазер (рис.4).

Полученные данные показали, что в группе, где проводилось лазерное облучение, остаточные полости к концу курса лечения уменьшились наполовину и ни в одном случае не было отмечено нагноение. Метод был использован у 18 больных с осложненными полостями, когда полностью полость фиброзной капсулы ликвидировать не удавалось.

Также с целью профилактики осложнений применена была лимфостимуляция через круглую связку печени у 32 больных с множественным и одиночным эхинококкозом печени. Из них у 8 был нагноившийся эхинококкоз.

Анализ результатов показал, что уже на 3 сутки после операции отмечалась положительная динамика в самочувствии больных, температура тела нормализовалась, они стали более активны. Контрольное УЗИ на 6-7 сутки после операции обнаружило наличие небольших остаточных полостей у 11 больных, из которых лишь у одного возникло нагноение, которое было излечено путем пункции кисты под контролем УЗИ с последующим дренированием по Сельдингеру. Лимфостимуляция и лазерное облучение позволили снизить и продолжительность пребывания больных в стационаре на $4,0 \pm 1,6$ койко-дней.

Также с целью профилактики осложнений и улучшения функционального состояния печени мы использовали лазерное облучение ткани печени в момент операции (передне-нижней поверхности) и на 3-5 сутки, через дренаж, помещенный касательно к поверхности печени (рис.5). Это облучение способствовало улучшению функционального состояния печени (улучшались биохимические показатели гемодинамики) (рис.6, 7).

Таким образом, лазерное облучение остаточной полости и печени, лимфостимуляция способствуют более быстрому стиханию воспалительного процесса в зоне операции, существенно снижают риск возникновения нагноения в остаточной полости. Эти методики не сложны и должны использоваться при лечении эхинококкоза печени, особенно при больших и гигантских эхинококковых кистах, когда имеются все условия для такого осложнения как нагноение.

Специальным разделом нашей работы было исследование гемодинамики печени и перекисное окисление липидов. При этом было установлено, что степень нарушения гемодинамики печени зависела от размеров эхинококковых кист, чем больше размеры, тем более глубокие нарушения и степень восстановления гемодинамики была более выраженной при кистах средней величины по сравнению с большими.

Мы попытались сопоставить результаты исследований в зависимости от метода ликвидации полости фиброзной капсулы и при этом установили, что при любом методе операция усугубляет нарушение гемодинамики, особенно выражены изменения венозного оттока, а в отдаленные сроки более быстро нормализуются показатели после перцистэктомии и у больных, которым выполнялась региональная лимфостимуляция и лазерное облучение ткани печени в момент операции и в ближайшем послеоперационном периоде.

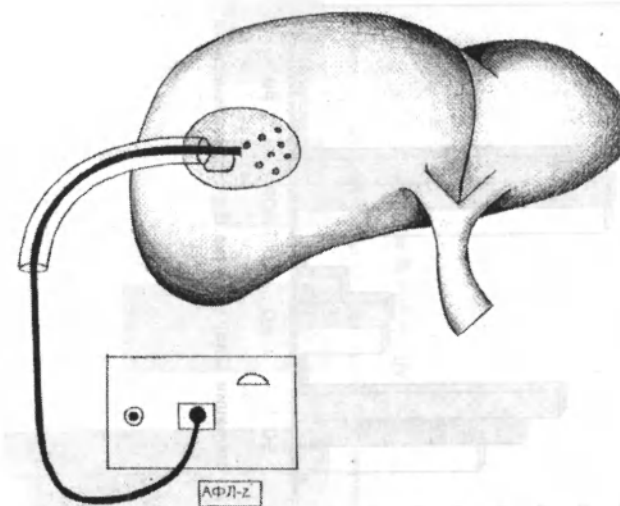


Рис.4. Схема лазерного облучения остаточной полости

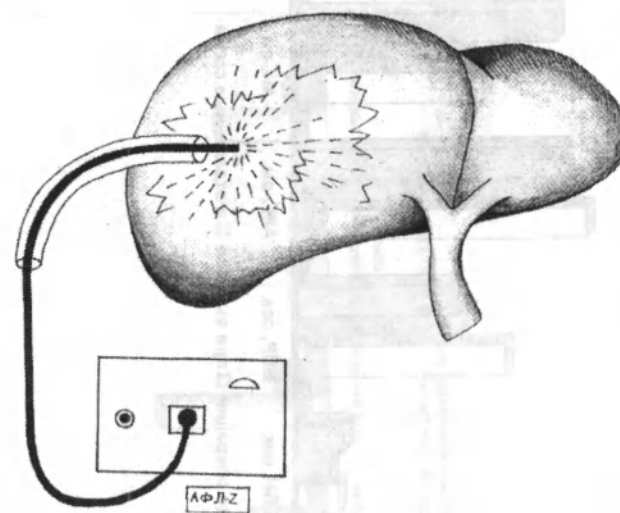
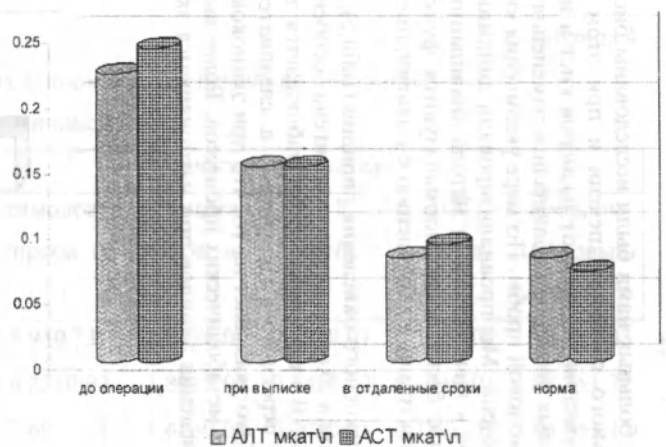


Рис.5. Схема лазерного облучения печени



16

Рис.6. Показатели реопатографии больных эхинококкозом печени, получавших лазерное облучение



17

Рис.7. Биохимические показатели больных эхинококкозом печени, получавших лазерное облучение печени

В процессе лечения больных нами были исследованы биохимические показатели функционального состояния печени и при этом установили (табл.4), что степень нарушения зависела от размеров кист и их локализации. Даже при кистах малых размеров наблюдались изменения со стороны уровня билирубина и тимоловой пробы. По мере увеличения кист нарастали изменения функции печени. Мы проанализировали динамику показателей биохимических тестов в зависимости от метода ликвидации полости и при этом обнаружили, что более полно нормализуются функции печени после операции перикистэктомии по сравнению с инвагинацией и капито-нажем.

Что же касается перекисного окисления липидов (табл.5), то оно резко угнетается в присутствии эхинококкового антигена, особенно при нагноившемся эхинококкозе. В отдаленные сроки наблюдается тенденция к улучшению показателей перекисного окисления, а следовательно и антиоксидантной системы. Это указывает на то, что при эхинококкозе возникают глубокие нарушения метаболических процессов. Более выражено нарушение перекисного окисления липидов при нагноившемся эхинококкозе (рис.8).



Рис.8. Показатели ХЛ апо-β-липопротеидов при осложненном и неосложненном эхинококкозе

Учитывая выявленные нарушения печени в послеоперационном периоде, необходимо использовать препараты для купирования артериоспазма

Таблица 4

Биохимические показатели больных эхинококкозом печени до операции с различной величиной кист

Сроки обследования	Число обследованных	Стат. показатели	Биохимические показатели					
			билирубин, мкмоль/л	тимоловая проба, ед	сулемовая проба, мл	АЛТ, мкт/л	АСТ, мкт/л	протромбиновый индекс, %
Малых размеров	40	$M_1 \pm m_1$	$16,2 \pm 0,81$	$5,9 \pm 0,73$	$1,72 \pm 0,03$	$0,12 \pm 0,01$	$0,10 \pm 0,02$	$96,3 \pm 1,03$
Средних размеров	74	$M_2 \pm m_2$	$18,4 \pm 0,97$	$6,82 \pm 0,92$	$1,80 \pm 0,05$	$0,14 \pm 0,02$	$0,15 \pm 0,01$	$98,2 \pm 1,72$
Больших размеров	75	$M_3 \pm m_3$	$34,7 \pm 1,18$	$7,69 \pm 0,84$	$1,62 \pm 0,04$	$0,20 \pm 0,05$	$0,18 \pm 0,02$	$98,8 \pm 1,12$
Практически здоровые	12	$M_4 \pm m_4$	$11,2 \pm 1,92$	$3,80 \pm 1,1$	$1,92 \pm 0,05$	$0,08 \pm 0,01$	$0,07 \pm 0,01$	$92,4 \pm 1,31$
Р-степень достоверности		$M_1 - M_4$	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05
		$M_2 - M_4$	<0,01	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05
		$M_3 - M_4$	<0,001	<0,05	<0,05	<0,01	<0,01	<0,05
		$M_1 - M_2$	<0,001	>0,05	<0,05	<0,01	>0,05	<0,05

Таблица 5

Показатели ХЛ апо-β-липопротеидов при первичном и рецидивном эхинококкозе печени до операции

Группы обследованных	Число обследованных	Стат. показатели	Показатели	
			интенсивность ХЛ, $\times 10^5$, квант/сх4л	время достижения Нст показателя (в мин)
Первичный эхинококкоз	127	$M_1 \pm m_1$	$4,2 \pm 0,41$	$21,4 \pm 1,70$
Рецидивный эхинококкоз	47	$M_2 \pm m_2$	$3,7 \pm 0,63$	$26,7 \pm 2,30$
Доноры	28	$M_3 \pm m_3$	$32,2 \pm 1,20$	$13,7 \pm 1,65$
Степень достоверности Р		$M_1 - M_2$	$> 0,05$	$> 0,05$
		$M_1 - M_3$	$< 0,001$	$< 0,01$
		$M_2 - M_3$	$< 0,001$	$< 0,01$

(эуфиллин, трентал, димедрол, фурасемид), для декомпрессии печеночной ткани (салуретики), для улучшения обменных процессов в печени (гемодез, гипертонические растворы глюкозы с инсулином, гепатопротекторы), для профилактики внутрисосудистых тромбозов - гепарин, для детоксикации - лазикс, гемодез.

Под нашим наблюдением находились еще 37 больных, поступивших с остаточными полостями после эхинококкэктомии, из них 16 оперированы в нашей клинике, а 21 - в других лечебных учреждениях. При обнаружении в них нагноения лечение начинали с пункции под контролем УЗИ с последующим дренированием по Сельдингеру, а при отсутствии нагноения, вели за ними наблюдение (10 чел.). Если путем дренирования ликвидировать полость не удавалось, то выполнялось широкое дренирование полости. Из 37 - путем дренирования ликвидировать полость и в ней нагноение удалось у 15 больных, а 12 больным произведена повторная операция. Летальных исходов не было.

Таким образом улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза можно достигнуть при ранней его диагностике до развития осложнений, дифференцированном выборе метода ликвидации полости фиброзной капсулы, выполнением коррекции гемодинамики печени и нарушениях ее функции до операции и после нее. После выписки из стационара необходимо продолжить лечение с целью предотвращения развития необратимых процессов в печени.

ВЫВОДЫ

1. Частичная перицистэктомия с наложением П-образных сквозных швов является операцией выбора при эхинококкозе печени и в большинстве случаев обеспечивает надежную ликвидацию полости фиброзной капсулы, лишь в единичных случаях выявляются остаточные полости небольших размеров, которые в последующем облитерируются.

2. Перицистэктомия с удалением внутренних слоев полости фиброзной капсулы, при обызвествленных или слишком утолщенных плотных стенках фиброзной капсулы оправдана, поскольку после их иссечения ткань капсулы становится податливой и при этом может быть использован любой способ ликвидации полости.

3. При осложнении эхинококкоза печени прорывом кисты в желчные протоки и развитием механической желтухи операцией выбора ликвидации свища является закрытие его путем использования участка аутобрюшины с фиксацией его цианокрилатным клеем с последующим погружением свободной части фиброзной капсулы для плотной фиксации места заплаты свища.

4. Используемые нами приемы ликвидации полости фиброзной капсулы позволяют снизить процент остаточных полостей с 25% до 5%.

5. При эхинококкозе печени выявляется нарушение ее гемодинамики, степень которой зависит от величины кист и их состояния. Оперативное лечение ведет к усугублению нарушений гемодинамики, которые более выражены при использовании метода инвагинации и менее - после перицистэктомии.

6. Региональная лимфостимуляция, лазерное облучение остаточной полости и ткани печени являются не только надежной профилактикой осложнений, но и ведут к улучшению гемодинамики печени и нормализации функциональных, биохимических показателей.

7. Выявленные нарушения гемодинамики печени диктуют необходимость в дооперационном и послеоперационном периодах осуществлять коррекцию нарушенных функций, направленных на купирование артериоспазма, декомпрессии печеночной ткани, улучшение обменных процессов печени и профилактики тромбозов.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для выявления желчных свищей, открывающихся в полость фиброзной капсулы, целесообразно использовать введение любого красящего вещества в холедох в ретроградном направлении.

2. При прорыве кисты в крупные желчные протоки, помимо эхинококкэктомии необходимо удалять и желчный пузырь для профилактики рецидива и воспаления желчного пузыря.

3. Для ликвидации цистобилиарного свища использовать свободный лоскут брюшины и фиксировать его цианокрилатным клеем.

4. Для улучшения гемодинамики печени и функционального ее состояния в дооперационном и особенно в послеоперационном периодах использовать региональную лимфостимуляцию, лазерное облучение остаточной полости и ткани печени.

Для улучшения обменных процессов использовать гепатопротекторы (эуфиллин, трентал, димедрол, фурасемид), гипертонические растворы глюкозы с инсулином,

5. Для улучшения обменных процессов использовать гепатопротекторы (трентал, гемодез, гипертонические растворы глюкозы с инсулином, комплекс витаминов), для купирования артериоспазма - эуфиллин, димедрол, фурасемид.

СПИСОК

опубликованных работ по теме диссертации

1. Использование излучений гелий-неонового лазера для профилактики нагноения послеоперационных ран // Матер. II научно-практической конференции ГКБ № 1. - Бишкек, 1995. - С.99-101.
2. Внутривидеальное лазерное облучение полости фиброзной капсулы после эхинококкэктомии // Матер. 2 научно-практической конференции ГКБ № 1. - Бишкек, 1995. - С.105-106 (соавт. Рыскулова А.А.).
3. Лимфостимуляция в комплексном лечении эхинококкоза печени // Материалы научно-практической конференции. - Бишкек, 1996. - С.20-21 (соавт. Рыскулова А.А.).
4. Способ ликвидации полости фиброзной капсулы после эхинококкэктомии печени // Материалы 3-й междунар. конференции студентов и молодых ученых. - Бишкек, 1996. - С.25 (соавт. Рыскулова А.А.).
5. Лазерное облучение в лечении эхинококкоза печени // Материалы 3-й междунар. конференции студентов и молодых ученых. - Бишкек, 1996. - С.85-86 (соавт. Рыскулова А.А., Вишняков Д.В.).
6. Ликвидация полости фиброзной капсулы после эхинококкэктомии // Сб. научн. работ. Актуальные проблемы современной медицины. - Бишкек, 1996. - С.204-206.
7. Эхинококкоз печени, осложненный механической желтухой // I конгресс хирургов Казахстана. - Алматы, 1997. - С.49 (соавт. Акматов Б.А., Кенжаев М.Г., Касыев И.Б., Баширов Р.М.).
8. Хирургическое лечение эхинококкоза печени, осложненного механической желтухой // Академик К.Р.Рыскулова и ее вклад в медицину. - Бишкек, 1998. - С.49-52.
9. Профилактика госпитальной инфекции в хирургии брюшной полости // Сб. научных статей молодых ученых Центральной Азии, Казахстана и России. - Бишкек, 1998. - С.702-703 (соавт. Рыскулова А.А., Вишняков Д.В.).
10. Совершенствование техники ликвидации полости фиброзной капсулы после эхинококкэктомии // Хирургия Кыргызстана. - 1998. - № 1. - С.77-80 (соавт. Акматов Б.А.).
11. Механическая желтуха как осложнение эхинококкоза печени // Хирургия Кыргызстана. - 1998. - № 2. - С.46-48.
12. Методы профилактики нагноения полости фиброзной капсулы после эхинококкэктомии // Сб. трудов. Актуальные аспекты современной медицины. - Бишкек, 1999. - С.49 (соавт. Рыскулова А.А.).
13. Методы профилактики нагноения полости фиброзной капсулы после эхинококкэктомии // Хирургия Кыргызстана. - 1999. - № 8. - С.34-36.

14. Частота возникновения остаточных полостей после эхинококкэктомии и их лечение // Хирургия Кыргызстана. - 1999. - № 2. - С.39-41.
15. Модифицированный способ ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии // Хирургия Кыргызстана. - 1999. - № 2. - С.71-73.
16. Совершенствование методов диагностики эхинококкоза // Наука и новые технологии. - 1999. - № 3. - С.77-78.
17. Пути совершенствования лечения эхинококкоза печени // Наука и новые технологии. - 1999. - № 4. - С.105-108.
18. Клинико-функциональная оценка различных методов ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 1999. - Т.V, № 2-3. - С.146-149 (соавт. Акматов Б.А.).
19. Особенности оперативного лечения эхинококкоза печени, осложненного механической желтухой // Актуальные проблемы хирургии. - Бишкек, 1999. - С.1997-2000.
20. Реогепатография при эхинококкозе печени // Актуальные проблемы хирургии. - Бишкек, 1999. - С.200-204.
21. Результаты хирургического лечения сочетанного эхинококкоза // Актуальные проблемы хирургии. - Бишкек, 1999. - С.242-246 (соавт. Рыскулова А.А.).
22. Хемиллюминесценция апо-β-липопротеидов сыворотки крови в диагностике эхинококкоза и его динамика в послеоперационном периоде // Проблемы и перспективы экспериментальной и клинической медицины. - Бишкек, 1999. - С.215-218 (соавт. Баширов Р.М.).
23. Показатели гемодинамики печени при ее поражении эхинококкозом // Проблемы и перспективы экспериментальной и клинической медицины. - Бишкек, 1999. - С.218-222.
24. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени (монография). - Бишкек. - 1999. - 156 с.
25. Особенности оперативного лечения больных с множественным и сочетанным эхинококкозом органов брюшной полости // Сборник научных трудов. - Бишкек, 2000. - С.13-17 (соавт. Рыскулова А.А.).
26. Перицистэктомия в ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени // Сборник научных трудов. - Бишкек, 2000. - С.18-22.
27. Особенности клинических проявлений эхинококкоза печени, осложненного прорывом в брюшную полость // Сборник научных трудов. - Бишкек, 2000. - С.22-27 (соавт. Оморов Р.А., Рыскулова А.А.).
28. Биохимические показатели функционального состояния печени при эхинококкозе // Сборник научных трудов. - Бишкек, 2000. - С.27-33 (соавт. Рыскулова А.А.).
29. Характер и лечение осложнений, возникших при хирургическом лечении множественного и сочетанного эхинококкоза // Сборник научных трудов. - Бишкек, 2000. - С.33-39 (соавт. Рыскулова А.А.).

Изобретения

1. Предпатент № 87. 30.09.1995. Способ хирургического лечения остаточных полостей печени (соавт. Рыскулова А.А.).
2. Уведомление на выдачу предварительного патента на изобретение. Регистр. номер 990033.1. 17.06.1999. Способ лечения желчных свищей при эхинококкэктомии (соавт. Акматов Б.А., Рыскулова А.А.).

Рационализаторские предложения

1. № 662. 18.05.95. Внутривенное лазерное облучение полости фиброзной капсулы после эхинококкэктомии печени.
2. № 674. 21.02.96. Способ предупреждения гнойно-воспалительных осложнений при операциях на органах гепатобилиарной системы.
3. № 692. 20.12.96. Способ лечения острых хирургических заболеваний.
4. № 712. 27.09.97. Способ ликвидации полости фиброзной капсулы.
5. № 760. 28.05.99. Способ ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии печени.

АННОТАЦИЯ

диссертации Мусаева Акылбека Инаятovichа "Новые подходы к хирургическому лечению эхинококкоза печени, коррекции нарушенных функций печени и профилактика осложнений" на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.27 - хирургия. г.Бишкек

В работе представлены результаты оперативного лечения эхинококкоза печени у 230 больных.

Для диагностики использовано ультразвуковое исследование, компьютерная томография, реакция латекс-агглютинации и иммунохемилюминесценция, а для оценки эффективности лечения и состояния печени, помимо ультразвукового исследования, применены реовазография и биохимические тесты. Проанализированы результаты использования традиционных методов ликвидации полости фиброзной капсулы (капитонаж, инвагинация, тампонада сальником) при эхинококкозе печени, выявлены недостатки и показано, что при применении этих методов у 20-21% больных возникают остаточные полости. Для улучшения результатов автор усовершенствовал методику частичной и дозированной перцистэктомии и разработал новую методику пластики желчного свища при прорыве кист в желчные пути путем использования аутобрюшины. Разработаны методы профилактики осложнений и коррекции функции печени при больших и осложненных кистах (региональная лимфостимуляция, облучение лазером остаточной полости и ткани печени). Использование этих приемов позволили снизить частоту остаточных полостей с 21% до 5%. На основании функциональных исследований доказаны преимущества операции перцистэктомии.

Работа изложена на 233 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы и 6 глав собственных исследований, иллюстрирована 36 таблицами, 38 рисунками. Библиографический указатель содержит 337 литературных источников, из них 112 работ авторов дальнего зарубежья.

ABSTRACT

of doctor dissertation of Musayev Akylbec Inayatovich "New Methods of Liver Echinococcosis Surgical Treatment, Correction of Disturbed Liver Functions, and Prophylaxis of Complications" according to speciality 14.00.27 - Surgery

The results of surgical treatment of liver echinococcosis in 230 patients were analysed.

Ultrasound examination, computer tomogram, latex-agglutination reaction, and immunochemoluminescence were used. And for estimation of treatment efficiency and liver state rheovasography and biochemical tests were used, besides ultrasound examination. The results of the use of traditional methods of capsule cavity liquidation (capitonage, invagination, omentum tamponada) in patients with liver echinococcosis were analysed. It was shown that the use of these methods gave 20-21% of residual cavities in patients. To improve the results the author perfected the method of partial and dosed pericystectomy and worked out the new method of biliary fistula plate on cyst break into biliary tracts by using autoperitoneum. Methods of prophylaxis of complications and correction of liver function in patients with large and complicated cysts were worked out (regional lymphostimulation, laser irradiation of residual cavity and liver tissue). The use of these methods allowed to bring down the frequency of residual cavities from 21% to 5%. On the basis of functional investigations preferences of pericystectomy were proved.

The work is written on 233 pages of computer text. It consists of introduction, survey of literature, and 6 chapters of own investigations. The work is illustrated by 36 tables and 38 pictures. Bibliographic list includes 337 works, 112 works of them are the works of authors from the rest of the world.

Мусаев Акылбек Инаятовичтин

Медицина илимдеринин докторлугу илимий даражасын изденген «Боордун эхинококкозун хирургиялык жол менен дарылоонун жаңы ыкмалары, функцияларынын бузулууларын коррекциялоо жана алардын татаалдашуусуна профилактика жүргүзүү» деген темадагы хирургия адистиги боюнча 14.00.27. диссертациясынын

Аннотациясы

Эмгекте 230 оорулуунун боорлорунун эхинококкозун операция жолу менен дарылоолун жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Дартты тактоодо ультраун изилдөөсү, компьютердик томография, латекс - агглютинация жана иммунохемилюминесценциянын реакциясы, ал эми дарылоонун таасирдүүлүгүн баалоодо, боордун ахвалын аныктоодо ультраунден бөлөк реовазография менен биохимиялык тесттер колдонулган.

Боордун эхинококкозууда берч челинин көндөйүн кеңири таралган ыкмалар менен жоготуунун жыйынтыктары талданып (кайрып жапма, түйрүп жапма, ич май менен толтуруу), кемчиликтери табылган жана ал ыкмаларды колдонууда 20-21% сыркоолордо көндөйдүн калаары көрсөтүлгөн. Жыйынтыгын жакшыртуу үчүн автор чет - четинен жана өлчөмдөлгөн берчти перицистэктомия операциясын ичтен чыгаруу менен көндөйдүн өт жолуна өтүүсүн аутобрюшинаны колдонуу аркылуу бүтөөнү өркүндөткөн жаңы методиканы иштеп чыккан. Ыйлакчалардын чоң жана татаалдашкан учурларындагы (регионалдык лимфостимуляция, боордун этин жана көндөйчөлөрдү лазер менен кактоо) боордун функцияларынын татаалдашууларын жана коррекцияларын профилактика кылуучу методдор иштелип чыккан. Аталган ыкмаларды колдонуу көндөйдүн калышын 21%тен 5% ке чейин азайтууга мүмкүнчүлүк берген. Функционалдык изилдөөлөрдүн негизинде берч челин перицистэктомия операциясы аркылуу бүтөлүүнүн артыкчылыгы далилделген. Эмгек компьютердик текст жазылган 233 беттен, кириш сөздөн, адабият баяндоосунан жана 6 бөлүмдү түзгөн менчик изилдөөлөрдөн турат. 36 таблица, 38 сүрөт менен көркөмдөлгөн. Библиографиялык көрсөткүчтөрүндө 337 аталыштар бар, анын ичинде 112 эмгектен булактары алыскы чет элдик авторлор.

ЖАШЫНДА

ABSTRACT

of doctor dissertation of Musayev Akyibek Inaytovich "New Methods of Liver Echinococcosis Surgical Treatment, Correction of Disrupted Liver Function and Prophylaxis of Complications according to

The results of surgical treatment of liver echinococcosis in 730 patients were analysed.

Ultrasound examination, computer tomogram, latex-agglutination reaction, and immunochromoluminescence were used. And for estimation of treatment efficiency and liver state radioangiography and biochemical tests were used, besides ultrasound examination. The results of the use of traditional methods of treatment (cystectomy, invagination, omentum transposition) were compared with the results of the new methods. It was shown that the new methods of treatment of liver echinococcosis were analyzed. To improve the results of treatment, the method of partial and doled resection was used. The results of the use of the new methods of prophylaxis of complications and correction of liver functions in patients with large and complicated cysts were analyzed. Laser irradiation of residual cavity and liver tissue of these methods allowed to bring down the frequency of residual cysts from 31% to 1%. On the basis of

The work is divided into 4 chapters. The first chapter consists of introduction, purpose of the work, objectives, chapters of the work. The work is illustrated by 36 tables and 36 pictures. Bibliography list includes 137 works, 114 works of them are the works of authors from the USSR of the world.

Подписано к печати 15.05.2000 г. Объем 1,75 п.л.

Тираж 100 экз. Отпечатано в ОсОО „С-Б-С”

г. Бишкек