



## СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

**Хайитов Илхом Баходирович<sup>1</sup>**

доцент кафедры хирургических болезней.

ТМА.тел+998909119337. эл. почта. ilhom.med79@mail.ru.

Адрес: 100178 Республика Узбекистан г. Ташкент Алмазарский район. массив Кара-Камыш 2/4 ул Уразбаева 2 дом кв 57.

**Аминжанов Абдулхамид Аширали угли<sup>2</sup>**

магистр 3го курса ТМА. Тел +998905534211 эл.почта arshavin011495g@mail.ru.

**Бабажанов Ахмад Баходирович<sup>3</sup>**

асс. Кафедры хирургических болезней ТМА.

Тел+998974216989

<sup>1-2-3</sup>Ташкентской медицинской академии

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7112181>

### ARTICLE INFO

Received: 20<sup>th</sup> September 2022

Accepted: 22<sup>nd</sup> September 2022

Online: 26<sup>th</sup> September 2022

### KEY WORDS

эхинококкоз печени,  
симультаннные операции,  
cystic echinococcosis, киста.

По нашим наблюдениям и по данным литературы, больные эхинококкозом печени (3) около 20-25% случаев сопутствует другая хирургическая патология. Это патология основном чаще всего встречается желчекаменная болезнь, кисты различного генеза органов брюшной полости и малого таза, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и тд(4). Распространенность эхинококковой болезни может свидетельствовать тот факт, что оно не выявлено пока только в Арктике и Антарктике. В экономически развитых странах рост заболеваемости за счет миграцией и туризмом. Несмотря на развитие медицине в

### ABSTRACT

*Настоящее время в арсенал плановой хирургии оснащена современными технологиями и навыками, которые позволяет одновременно устранить больному 2 и более хирургической патологии. По данным ВОЗ, у 20-30% больных, поступающих в хирургические отделения, имеется по 2-3 заболевания, при которых показано оперативное лечение. Если у больного 2 и более хирургической болезни, вероятность встречаемости тяжелых соматических патологии высока(1,2).*

развитых странах, неосведомленность врачей в проблеме эхинококкоза приводит к поздней диагностике, отсутствию санитарно-профилактических мер и как следствие к неадекватному лечению больных эхинококкозом.

Изучение морфологических изменений в печени при эхинококкозе показало, что в начальной стадии заболевания вокруг эхинококкового пузыря развивается массивный некроз печеночной ткани. Затем по мере роста эхинококковых кист вокруг них появляются воспалительные инфильтраты, состоящие из эозинофильных лейкоцитов,



лимфоцитов, плазматических клеток, макрофагов, развивается грануляционная ткань и постепенно формируется фиброзная капсула вокруг эхинококковой кисты. При этом в толще воспалительного инфильтрата, в прослойках соединительной ткани отмечается гиперплазия желчных протоков. [5] При эхинококкозе печени у лиц молодого возраста капсул вокруг эхинококковой кисты характеризуется значительны преобладанием грануляционного слоя с воспалительно инфильтрацией, а у лиц пожилого возраста наличием обширного некротического слоя, рыхлостью соединительной ткани, петрификатами и очаговыми воспалительными инфильтратами. У лиц молодого возраста непосредственно прилежащая к капсуле печеночная ткань характеризуется активным коллагенообразованием, а у лиц пожилого возраста - формированием мелкоузлового цирроза[6]. Эффективность лечения пациентов, страдающих гидатидозным эхинококкозом печени, зависела от первоначальной оценки состояния кист, жизненного цикла развития паразита и тактики оперативного лечения. Для этого на дооперационном этапе выполняли комплексное диагностическое обследование. Наиболее значима сонографическая характеристика стадий развития эхинококковой кисты печени. Поэтому, в 2003 году Всемирной организацией здравоохранения была стандартизирована ультразвуковая классификация гидатидозного эхинококкоза печени, которая была

пересмотрена в 2010 году [7,8]. Согласно данной классификации, гидатидозный эхинококкоз печени может быть представлен в следующем виде:

CL – (cystic lesion) кистозное образование, или однокамерное кистозное образование, обычно сферичной или овоидной формы, с неясным однородным анэхогенным содержимым, ограниченное гиперэхогенным ободком (стенки кисты не видно). Стенка кисты не визуализируется (отсутствует четко ограниченная гиперэхогенная капсула). CE1 – (cystic echinococcosis) Статус: (active) активный, паразит живой. Однокамерное кистозное образование сферичной или овоидной формы с однородным анэхогенным содержимым. Могут определяться единичные гиперэхогенные включения. Стенка кисты четко визуализируется характерна двуслойная капсула кисты). Патогномоничные признаки гидатидозной эхинококковой кисты – четко визуализирующаяся стенка кисты.

CE2 – (cystic echinococcosis) Статус: (active) активный, паразит живой. Мультивезикулярные, мультисептальные кисты, сферичной или овоидной формы, в которых дочерние кисты могут частично или полностью заполнить материнскую кисту. Возможна визуализация перегородок в кисте. Стенка кисты четко определяется. Обычно киста прогрессивно растет, может образовывать новые дочерние кисты. CE3 – (cystic echinococcosis) Статус: (transitional) переходный,



промежуточный, паразит в переходной, промежуточной фазе. Наряду с погибшей материнской и дочерними кистами, в жидкости и на оболочках могут находиться жизнеспособные протосколексы. Однокамерная киста может содержать дочерние кисты. Анэхогенное содержимое одновременно с отслоившейся внутренней оболочкой кисты. Визуализируется оболочка в виде знака «водной лилии». Однокамерная киста, которая может содержать дочерние кисты, имеет анэхогенное изображение, в то время как эхогенные участки свидетельствуют о разрушенной мембране/дегенерации дочерних кист. Эти кисты на УЗИ-картине представляют собой «комплексную массу».

CE4 – (cystis echinococcosis) Статус: (inactive) неактивный, паразит погибший, жизнеспособность протосколексов обычно не содержит. Гетерогенное гипозохогенное или дисгомогенное дегенеративное содержимое. Дочерние капсулы отсутствуют. Может выглядеть как «клубок шерсти», что свидетельствует о разрушении оболочек.

CE5 – (cystis echinococcosis). Для кист характерна толстая, кальцинированная капсула, в форме арки, за которой образуется коническая эхотень. Степень кальцификации капсулы варьирует от частичной до полной. Жизнеспособных сколексов обычно не содержит. Киста в большинстве случаев не развивается, жизнеспособных протосколексов обычно не содержит. Приведенная классификация ВОЗ всесторонне отражает стадии жизненного цикла паразита и используется в мировой

клинической практике как стандарт в диагностической и лечебной программе.

Исходя из специфической особенности эхинококкоза печени показания к симультанным операциям возрастают прежде всего из-за сложностей выбора оперативного доступа. В этой связи при решении вопроса о необходимости ликвидации эхинококкоза печени, а это, в первую очередь, больших и гигантских кистах, следует одновременно расширять показания к симультанным операциям(4).

Исторически хирурги измеряли скорее количество жизни, чем ее качество, а эффективность хирургических методов определялась показателями летальности, наличием послеоперационных осложнений, основное внимание было сфокусировано на совершенствовании хирургической техники, что безусловно, было немаловажно [5,6]. Количество и качество симультанных операций и эхинококкозах печени напрямую зависят от уровня профессиональной подготовки хирурга [1,2,3,4].

#### **Материалы и методы лечения:**

В 63 случаях нами выполнены симультанные операции, что составило 12,2% от общего количества больных. При этом в контрольной группе симультанные операции были выполнены 26 (41,3%) больным, а в основной группе – у 37 (58,7%) больных. Наиболее распространенными симультанными операциями были холецистэктомия – 18 (28,5%), ДХС – 11 (17,4%), аппендэктомия – 7 (11,1%), ампутация матки – 9 (14,3%); грыжесечения – 8 (12,7%), вентрофиксация – 5 (7,9%), экстирпация



матки – 3 (4,8%), холецистэктомия с дренированием холедоха, ликвидация сигмастомы (сигма-ректального

анастомоза) по одной операции, (табл. 1).

Таблица 1

Распределения больных по виду симультанных операций

Вид операции	Контрольная группа	Основная группа	Всего
Холецистэктомия	7 (26,9%)	11 (29,7%)	18 (28,5%)
Аппендэктомия	3 (11,5%)	4 (10,81%)	7 (11,1%)
Ампутация матки	4 (15,3%)	5 (13,51%)	9 (14,3%)
Вентрофиксация	2 (7,69%)	3 (8,10%)	5 (7,9%)
Экстирпация матки	1 (3,84%)	2 (5,4%)	3 (4,8%)
Грыжесечение	3 (11,5%)	5 (13,51%)	8 (12,7%)
Ликвидация сигмастомы (сигма-ректального анастомоза)	1 (3,84%)	0	1 (1,6%)
Холецистэктомия с дренированием холедоха	1 (3,84%)	0	1 (1,6%)
ДХС	4 (15,3%)	7 (18,91%)	11 (17,4%)
Итого	26 (41,3%)	37 (58,7%)	63 (100%)

Следовательно, при предлагаемом дифференцированном тактики хирургического лечения эхинококкоза печени частота ближайших местных и общих осложнений существенно снизились, а качество жизни пациентов улучшилась.

Сравнительная характеристика ближайших осложнений в двух группах больных с эхинококкозом печени на фоне сопутствующих хирургических патологий показала некоторые превосходства предлагаемых способов лечения (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительная характеристика результатов лечения больных эхинококкоза печени в основной и контрольной группах

Показатели	Контрольная, n=90	Основная, n=84
Общий срок пребывания в стационаре (сутки)	5,2±2,3	6,3±2,3
Продолжительность операции (мин)	142±36	176±58
Местные осложнения	30 (33,3%)	24 (28,6%)
Общие осложнения	41 (45,5%)	11 (13,1%)
Летальный исход	3 (3,3%)	-

Так, хотя сроки пребывания в стационаре и продолжительность операций были несколько выше у больных основной группы, однако частота ближайших осложнений была

меньше. Более длительное нахождение больных в стационаре после операции мы связываем со степенью сложности симультанных операций.



Местные осложнения чаще выявлялись у больных контрольной группы (в 1,16 раза чаще), чем в основной. Значительное снижение общих осложнений в 3,47 раза у больных основной группы связано с ранним выявлением бронхолегочных и сердечно-сосудистых заболеваний, их лечением, что существенно повысило адаптивные возможности этих систем и, как следствие – снижения частоты их осложнений. Данные обстоятельства в совокупности способствовали улучшению

результатов лечения и отсутствию летальных исходов в основной группе.

**Резюме:**

1. Больным с эхинококкозом печени и наличием сопутствующей хирургической патологии со стороны органов брюшной полости рекомендуем выполнение симультанных операций. Симультанная операция при эхинококкозе печени должен проводить опытный хирургический коллектив, который должен иметь опыт оперативного лечения в брюшной полости

**References:**

1. Dronova VL, Dronov AI, Kriuchina EA, TesliukRS, Lutsenko EV, Nastashenko MI. Simul'tannye operatsii pri sochetannykh khirurgicheskikh iginekologicheskikh zabolevaniyakh. Ukrain Zhurn Khirurgii. 2013;(2):143-51. <http://www.ujs.dsmu.edu.ua/journals/2013-02/2013-02.pdf> (In Russ.)
2. Maistrenko NA, Berlev IV, Basos AS, Basos SF. Simultaneous endovideosurgical interventions ingynecological patients with concurrent non-complicated gallstone disease. Zhurn Akusherstva i Zhenskikh Boleznei. 2008;LVII(3):18-23. [http://www.jowd.ru/arhiv/JOWD\\_3\\_2008/Maistrenko.html](http://www.jowd.ru/arhiv/JOWD_3_2008/Maistrenko.html) (In Russ.)
3. T. Tuxun, J.H. Zhang, J.M. Zhao, Q.W. Tai, M. Abudurexti, H.Z. Ma, et al. World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis-914 patients Int. J. Infect. Dis., 24 (2014), pp. 43-50
4. Саидмурадов, К., Курбаниязов, З., & Бобоназаров, С. (2014). Симультанные операции при эхинококкозе печени. Журнал проблемы биологии и медицины, (3 (79), 52–53. извлечено от [https://inlibrary.uz/index.php/problems\\_biology/article/view/4965](https://inlibrary.uz/index.php/problems_biology/article/view/4965)
- Д.С.Сексенбаев, А.М.Жаксыбергепов. Показатели периферической крови при эхинококкозе //Эхинококкоз и очаговые заболевания\* паренхиматозных органов человека. Сборник Казахстанское научно-практической конференции. - Шымкент, 1998. - С. 116.
- 6.А.М.Жаксыбергенов. Органная локализация эхинококкоза I Южном Казахстане //Матлы 1 итоговой науч. конф. молодых ученых ЮКГМА. - Шымкент, 1999. -С. 31.
7. Харнас, С.С. Ультразвуковая семиотика и классификация эхинококкоза печени /С.С. Харнас [и др.] // Медицинская визуализация.2006. №4.С.46-51.
8. Эхинококкоз: ВОЗ, 2016 г./ Информационный Бюллетень №377, Апрель 2016 Г.