

А.Ш. Абдуллоев // Вестник Авиценны. – 2021. – Т. 23, № 1. – С. 124-129.

REFERENCES

1. Kozlova N.M. *Vospalitelnye i nevospalitelnye zabolevaniya pishchevoda: uchebnoe posobie* [Inflammatory and non-inflammatory diseases of the esophagus: textbook]. Irkutsk, IGMU Publ., 2013. 83 p.

2. Maev I.V. *Divertikuly zheludchno-kishechnogo trakta: uchebno-metodicheskoe posobie dlya vrachey* [Diverticula of the gastrointestinal tract: textbook. - method. handbook for doctors]. Moscow, Prima Print Publ., 2015. 60 p.

3. Stanovenko V.V. Lechenie divertikulov pishchevoda [Treatment of esophageal diverticula]. *Vestnik Smolenskoy meditsinskoy akademii - Bulletin of the Smolensk medical academy*, 2010, Vol. 1, pp. 88-91.

4. Yuldoshev R.Z. Odnomomentnoe khirurgicheskoe lechenie raka zheludka i divertikulyoza toshchey kishki [Simultaneous surgical treatment of stomach cancer and jejunal diverticulosis]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna Bulletin*, 2021, vol. 23, No. 1, pp. 124-129.

5. Furukawa K. Esophageal diverticulum: new perspectives in the era of minimally invasive endoscopic treatment. *World Journal of Gastroenterology*, 2019, No. 25 (12), pp. 1457-1464.

ХУЛОСА

С.Р. Расулов, А.А. Хучамкулов

ТАБОБАТИ ЧАРРОХИИ ДИВЕРТИКУЛИИ СУРХЧАТОБ БО АСБИЯТИ НОЁР

Мақсади тадқиқот. Ходисаи нодиреро дар бораи мушкилии дивертикули сурхчатоб тавсиф кунед ва дар бораи натиҷаҳои табобати чарроҳии он гузориш диҳед.

Усулҳои моддӣ ва тадқиқотӣ. Маълумоти клиникии таърихи бемории гирифтори дивертикули мураккаби сурхчатоб, ки дар шӯъбаи торакоабдоминалии Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмию саратоншиносӣ»-и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон муоина ва табобат шудааст.

Натиҷаҳои омӯзиш ва муҳокимаи онҳо. Бемор бо шикояти гузариши душвори ғизои саҳт аз рӯдаи сурхак, нафаси пӯсида, заъфи умумӣ, аз рӯи таҳлили КТ-и сурхрӯда, аломатҳои рӯдаи фистулӣ дар сеяки поёни сурхрӯда бо пайдоиши пӯфак дар 9-10 сегменти шуши рост, бо мавҷудияти моеъи шабоҳат ба абсцесс бо тағйироти инфилтративии перифокалӣ дар бофтаи шуш. Эзофагогастроуденоскопия мавҷудияти дивертикули дар сеяки поёни сурхрӯда бо мавҷудияти ду гузариши фистулӣ ба холигоҳи плевраро муайян кард. Барои ҳолӣ кардани холигии абсцесс, аксиз кардани капсулаи наҳдори девори абсцесс, аксиз кардани дивертикул ва барқарор кардани тамомияти девори сурхчатоб ба бемор торакотомияи рост гузаронида шуд.

Хулоса. Мушкилоти дивертикули сурхчатоб дар шакли фистула бо пайдоиши абсцесс дар холигоҳи плевра як ҳолати казуистӣ мебошад. Табобати асосии ин мушкилот чарроҳӣ мебошад.

Калимаҳои калидӣ. Дивертикули сурхчатоб, мушкилиҳо, фистулаи дивертикулӣ, табобати чарроҳӣ.

КРАТКОЕ СООБЩЕНИЕ

УДК: 616.36-002.951.21

doi: 10.52888/0514-2515-2022-353-2-109-112

З.А. Азизода², Б.К. Хакимов¹, М.Б. Сангов¹, А.Т. Муродов¹, Ф.Ш. Сафаров¹

СОЧЕТАНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ ОТКРЫТОЙ И ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕЗПЕЧЕНОЧНОЙ ЭХИНОКОКЭКТОМИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТАХ ПЕЧЕНИ

¹Кулябская многопрофильная клиническая областная больница имени А. Хакназарова

²ГОУ «Кулябский медицинский колледж им. Рахмонзода Р.А.», кафедра хирургии

Азизода З.А. – врач хирургического отделения Кулябской многопрофильной клинической областной больницы имени А. Хакназарова, Тел.: +992987217177, E-mail: azizov-med76@mail.ru

В работе представлен случай из практики диагностики и хирургического лечения женщины 26 лет с множественным эхинококкозом печени. Диагноз установлен с помощью УЗИ. Киста в левой доле печени частично располагалась экстрапаренхиматозно. Произведена открытая эхинококкэктомия с субтотальной перицистэктомией и дренированием остаточной полости. По данным интраоперационного УЗИ имелась и вторая киста, расположенная глубоко в проекции VII и VIII сегментов с признаками нагноения. В связи с угрозой массивного кровотечения и травматизации ткани печени, было решено произвести чрескожно-чреспеченочную пункцию кисты. Выделилось около 200 мл густого гноя. Киста дренирована дренажем типа «pig tail» 16Fr. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больная выписана на 14 сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Ключевые слова: множественные эхинококковые кисты, открытая эхинококкэктомия, чрескожно-чреспеченочная эхинококкэктомия, послеоперационные осложнения.

Z.A. Azizzoda², B.K. Khakimov¹, M.B. Sangov¹, A.T. Murodov¹, F.Sh. Safarov¹

COMBINATION OF TRADITIONAL OPEN AND PERKUTANEOUS-TRANSHEPATIC ECHINOCOCCECTOMY FOR MULTIPLE LIVER ECHINOCOCCUS CYSTS

¹Kulob multidisciplinary regional clinical hospital named after A. Khaknazarov

²GOU “Kulyab Medical College named after Rakhmonzoda R.A.”, Surgery Department

Azizzoda Z.A. - Medical doctor of the surgical department of the Kulyab multidisciplinary clinical regional hospital named after A. Khaknazarov, Tel: +992987217177, E-mail: azizov-med76@mail.ru

The paper presents a case of the practice of diagnosis and surgical treatment of a 26-year-old woman with multiple liver echinococcosis. The diagnosis was established on the basis of ultrasound. The cyst in the left lobe located partially extraparenchymatous. An open drainage of the residual cavity was performed. According to intraoperative ultrasound data, there was also a second cyst located deep in the projection of VII and VIII segments with signs of suppuration. Due to the threat of massive bleeding and trauma to the liver tissue, it was decided to perform a transhepatic puncture of the cyst. Approximately 200 ml of thick pus was released. The cyst was drained by echinococcectomy with «pig tail» 16Fr drainage. The postoperative period is also conservative complications. The patient was discharged on the 14 th day after surgery in Key multiple hydatid cysts.

Keywords: echinococcectomy, percutaneous-transhepatic echinococcectomy, postoperative complications.

Актуальность. Качество диагностики эхинококкоза печени и его осложнений за последние годы намного улучшилось, что связано с внедрением в хирургическую гепатологию современных диагностических технологий [1, 2]. Однако до сих пор не существует единого мнения среди хирургов относительно выбора метода и объема оперативного вмешательства при эхинококкозе печени [3, 4]. Несмотря на бурное развитие малоинвазивной хирургии, в том числе методов чрескожных вмешательств при эхинококкозе печени, ряд авторов скептически относятся к их применению [5].

Сложившаяся ситуация обуславливает необходимость разработки четкого алгоритма выбора метода оперативного вмешательства при эхинококкозе печени в зависимости от стадии его развития, локализации и размеров кист.

Сложность выбора метода эхинококкэктомии побудило нас представить собственное наблюдение.

Пациентка И. 26 лет., № истории болезни 372/79/50, обратилась в хирургическое отделение Кулябской многопрофильной клинической областной больницы имени А. Хакназарова 01.02.2022г. с жалобами на боли и чувство тяжести в эпигастральной области.

Из анамнеза: пациентка, будучи беременной сроком 18 недель, находилась под наблюдением у гинеколога. Случайно при УЗИ у пациентки диагностированы две эхинококковые кисты левой (III и IV сегменты) и правой (VII и VIII сегменты) доли печени, размерами 12x8 и 8x7 см. После консультации хирурга было решено выбрать выжидательную тактику и после родов в плановом порядке произвести эхинококкэктомию.

После родов, когда ребенку исполнилось 4 месяца, пациентка в плановом порядке была госпитализирована в клинику и было проведено повторное обследование. На УЗИ было выявлено кистозное образование в проекции III и IV сегментов печени размером 12х8 см и размером 8х7 см в проекции VII-VIII сегментов печени. При госпитализации: общее состояние относительно удовлетворительное, кожные покровы сухие, чистые, дыхание везикулярное, ЧДД – 17 актов дыхания в минуту, сердечные тоны ясные, ритмичные, АД – 120/75 мм рт.ст., ЧСС – 68 уд. в минуту. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, перитонеальных симптомов нет.

Данные лабораторных исследований: в общем анализе крови – эритроциты – $3.8 \times 10^{12}/л$, Hb – 128г/л, эозинофилы – 9,4%, СОЭ – 18 мм/ч. Показатели биохимических анализов крови: общий билирубин – 18,6 мкмоль/л, АСТ – 31,4 ед/л, АЛТ – 42 ед/л, креатинин – 57 мкмоль/л, глюкоза – 4,8 ммоль/л. Данные серологических реакций: ИФА – 1,4 п/кол. Данные инструментальных исследований: ЭКГ – ритм синусовый, 68 ударов в минуту, нормальное положение ЭОС. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. УЗИ брюшной полости – в проекциях III-IV и VII и VIII сегментах печени определяются две кисты диаметром 120 х 80 мм и 80 х 70 мм с четко выраженной капсулой и отчетливым двойным контуром.

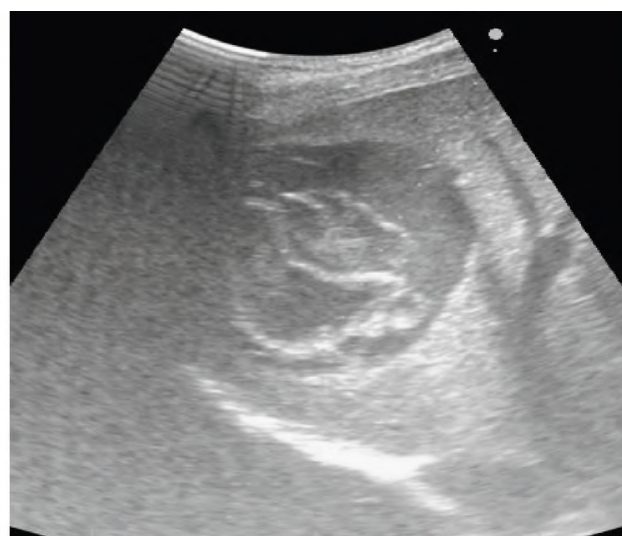
Пациентка в плановом порядке прооперирована. Под эндотрахеальным наркозом произведена

лапаротомия подреберным доступом по Федорову. При ревизии выявлено наличие эхинококковой кисты, расположенной частично экстрапаренхиматозно в проекции III и IV сегментов печени размером 12 х 8 см. Произведена открытая эхинококкэктомия с субтотальной перицистэктомией и дренированием остаточной полости. Также дренирована подпеченочная область. Поскольку, по данным УЗИ, имелась и вторая киста, пытались путем пальпации печени выявить её. Однако пальпаторно мы не смогли найти ни уплотнение, ни изменение консистенции в других сегментах печени. В связи с чем, было произведено интраоперационное УЗИ и выявлено наличие эхинококковой кисты проекции VII и VIII сегментов, размером 8 х 6 см с признаками нагноения. В связи с угрозой массивного кровотечения и травматизации ткани печени, было решено произвести чрескожно-чреспеченочную пункцию кисты. Прокол кожи осуществлялся по средней подмышечной линии в области восьмого межреберья (рис. 1). При пункции выделилось около 200 мл гноя, на УЗИ отмечалось спадание стенок кисты и уменьшение его размеров. В полость было введено 150 мл 80% водного раствора глицерина. Экспозиция 8 минут. Весь введенный глицерин аспирирован. Киста дренирована дренажем типа «pig tail» 16Fr. Осложнений во время операции не наблюдалось.

Поскольку пациентка была кормящей матерью, ей не была назначена противорецидивная терапия альбендазолом. Чрескожный дренаж оставлен в остаточной полости для последующей её санации. Послеоперационный период протекал без



а



б

Рисунок 1. а. Этап дренирования эхинококковой кисты. б. Отслоения хитиновой оболочки после введения глицерина.

осложнений. Больная выписана на 14 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. При выписке пациентки, по данным УЗИ, размер остаточной полости составлял 28х16 мм. Больная регулярно приходила в клинику, где ей промывали остаточную полость в печени 80% водным раствором глицерина. Через месяц после операции при контрольном обследовании остаточная полость в правой доле печени уменьшилась до 16 мм. Также отмечалась полная облитерация остаточной полости после эхинококкэктомии из III-IV сегментов печени.

Интерес данного сообщения заключается в том, что чрескожные методы лечения внутрипеченочно расположенных эхинококковых кист способствуют снижению травматичности оперативного вмешательства и снижению процента послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

(п 5 см. REFERENCES)

1. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений / Р.М. Агаев // Хирургия. - 2001. - №2. - С. 32-36.
2. Ветшев П.С. Миниинвазивные чрескожные технологии: история, традиции, негативные тенденции и перспективы / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, С.В. Бруслик // Анналы хирургической гепатологии. - 2014. - Т. 19, №1. - С. 12-16.
3. Вишневский В.А. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение / В.А. Вишневский [и др.] // Доказательная гастроэнтерология. - 2013. - №2. - С. 18-25.

REFERENCES

1. Agaev R.M. Khirurgicheskoe lechenie ekhinokokkoza pecheni i ego oslozhneniy [Surgical treatment of liver echinococcosis and its complications]. *Khirurgiya - Surgery*, 2001, No. 2, pp. 32-36.
2. Vetshev P.S. Miniinvazivnye chreskozhnye tekhnologii: istoriya, traditsii, negativnye tendentsii i perspektivy [Minimally invasive percutaneous technologies: history, traditions, negative trends and prospects]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii - An-*

nals of Surgical Hepatology, 2014, Vol. 19, No. 1, pp. 12-16.

3. Vishnevskiy V.A. Ekhnokokkoz pecheni. Khirurgicheskoe lechenie [Echinococcosis of the liver. Surgical treatment]. *Dokazatel'naya gastroenterologiya - Evidence-based gastroenterology*, 2013, No. 2, pp. 18-25.

5. Gabal A.M. Modified PAIR technique for percutaneous treatment of high-risk hydrated cyst. *Cardiovascular Interventional Radiology*, 2005, Vol. 28, No. 2, pp. 200-208.

ХУЛОСА

З.А. Азиззода, Б.К. Ҳакимов, М.Б. Сангов,
А.Т. Муродов, Ф.Ш. Сафаров

ОМЕЗИШИ ЭХИНОКОККЭКТОМИЯИ КУШОДАИ АНЪАНАВӢ ВА ТУФАЙЛИПӢСТӢ ҲАНГОМИ КИСТАҲОИ СЕРШУМОРИ ЭХИНОКОККОЗИИ ЧИГАР

Дар мақола ҳодисаи ташхис ва табобати чарроҳии зани 26 сола бо эхинококкози сершумори чигар оварда шудааст. Ташхис ба воситаи дастгоҳи ултрасадоӣ муайян карда шудааст. Дар тарафи чапи чигар эхинококкэктомияи кушода бо пересистэктомияи субтоталӣ ва обияткашқунонии ковокии боқимонда шузаронида шуд. Тибқи нишондоди ултрасадоӣ дохиличарроҳӣ дар тарафи ростии чигар дар ҳиссаҳои VII ва VIII кистаи дигари эхинококкозӣ, ҳаҷмаш 80х60 мм бо нишонаҳои фассодгирӣ ошкор карда шуд. Бинобар сабаби чуқур ҷойгиршавии киста, мавҷуд будани ҳатари осебҳои чигар ва хунравӣ ҳулоса бароварда шуд, ки эхинококкэктомияи туфайлипӯстӣ гузаронида шавад. Ҳангоми пунксия тақрибан 200 мл моеъи фассоднок баромад. Киста ба воситаи найчаи навъи «pig tail» 16Fr. обияткаш карда шуд. Марҳилаи баъдичарроҳӣ бе ориза гузашт. Бемор дар шабонарӯзи 14-уми баъдичарроҳӣ руҳсатӣ карда шуд.

Калимаҳои калидӣ: кистаҳои сершумори чигар, эхинококкэктомияи кушода, эхинококкэктомияи туфайлипӯстӣ-туфайличигарӣ, оризаҳои баъдичарроҳӣ.