

УДК 616.36-002.951.21-089

doi: 10.52888/0514-2515-2023-357-2-29-37

С.М. Ахмадзода¹, А.Т. Хомидов², Ф.Ш. Рашидов³, Х.О. Бобоев¹, Б.Д. Сафаров¹

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЛЕГКИХ

¹ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан

²ГУ «Медицинский комплекс Истиклол»

³ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии»

Ахмадзода Саидилхом Мухтор - д.м.н., профессор ГУ «Институт гастроэнтерологии» МЗ и СЗН Республики Таджикистан; Тел.: +9922360183; E-mail: gkbsmp2004@mail.ru

Цель исследования. Провести анализ и сравнительную характеристику результатов традиционных и современных способов хирургического лечения сочетанного эхинококкоза печени и легких, в том числе с использованием низких температур жидкого азота.

Материал и методы исследования. Проведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 188 больных (100—контрольная; 88—основная) сочетанным эхинококкозом печени и легких. У больных основной группы использованы современные методы диагностики и криотехнологии при выполнении эхинококкэктомии. 188 больных сочетанным эхинококкозом печени и легких были госпитализированы и прооперированы 234 раза. Оперативное лечение сочетанного эхинококкоза печени и легких осуществлялось с обязательным соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности.

Результаты исследования и их обсуждение. Специфические послеоперационные осложнения в виде ограниченного гидро- и пневмоторакса, бронхиального свища, билом, околопеченочных жидкостных скоплений и нагноение ран диагностированы у 24% оперированных контрольной группы, которым, в 6% случаев, требовалось проведение повторного хирургического вмешательства. Среди больных основной группы послеоперационные осложнения зарегистрированы у 9,7% больных и только в одном случае (1,38%) прибегли к релапаротомии. Летальных исходов в исследуемых группах не отмечено.

Заключение. Применение сверхнизкой температуры жидкого азота в хирургии сочетанного эхинококкоза печени и легких, как компонента апаризарности и антипаразитарности, является высокоэффективной лечебной технологией. Неосложненное течение эхинококкоза печени и легких позволяет проведению оперативного пособия в один этап.

Ключевые слова: сочетанный эхинококкоз, апаразитарность, антипаразитарность, криотехнологии.

M. Akhmadzoda¹, A.T. Khomidov², F.S. Rashidov³, H.O. Boboev¹, B.D. Safarov¹

SURGICAL TREATMENT OF COMBINED ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER AND LUNGS

¹SU “Institute of Gastroenterology” of the Ministry of Health and Health of the Republic of Tajikistan

²SU “Medical Complex Istiklol”

³State Institution “Republican Scientific Center of Cardiovascular Surgery” of the Ministry of Health and Health of the Republic of Tajikistan

Ahmadzoda Saidilhom Mukhtor - Doctor of Medical Sciences, Professor, State Institution “Institute of Gastroenterology” of the Ministry of Health and Social Welfare of the Republic of Tajikistan; Tel.: +9922360183; E-mail: gkbsmp2004@mail.ru

Aim. To evaluate comparatively the outcomes of diagnostic procedures and surgical treatment for combined echinococcosis of the liver and lungs, utilizing state-of-the-art diagnostic methods and innovative echinococcectomy technologies.

Materials and Methods. A comparative assessment was undertaken on the surgical treatment outcomes for 188 patients (100 in the control group; 88 in the main group) afflicted with combined liver and lung echinococcosis (CLLE). The main group of patients were subjected to contemporary diagnostic techniques and cryotechnology during the echinococcectomy process. A total of 188 patients with CLLE were hospitalized and underwent 234 surgical procedures. The surgical treatment for combined echinococcosis of the liver and lungs was conducted, adhering strictly to the principles of aparasitism and antiparasitism.

Results. Specific postoperative complications, such as localized hydrothorax and pneumothorax, bronchial fistula, biloma, perihepatic fluid accumulations, and wound suppurations, were identified in 24% of the surgically treated patients in the control group, leading to repeat surgical interventions in 6% of these cases. In the main group, postoperative complications were observed in 9.7% of patients, with only a single case (1.38%) necessitating relaparotomy. No fatalities were reported in either of the study groups.

Conclusion. The application of ultra-low temperature liquid nitrogen in surgery for combined echinococcosis of the liver and lungs, as an integral part of a parasitic and antiparasitic measures, proves to be a highly effective therapeutic technology. The uncomplicated progression of liver and lung echinococcosis facilitates a one-stage surgical operation.

Keywords: combined Echinococcosis, parasitism and antiparasitism, cryotechnology.

Введение. К началу XXI века наметилась отчетливая тенденция к росту заболеваемости эхинококкозом и расширение ее географических границ. По данным ВОЗ, из 50 млн человек ежегодно умирающих в мире, более чем у 16 млн из них причиной смерти являются инфекционные и паразитарные заболевания. С 2018 г ВОЗ утверждена эффективная стратегия борьбы с эхинококкозом [1].

Известно, что после заражения у промежуточного хозяина (человека), онкосферы (яйца паразита) всасываются в желудочно-кишечном тракте и с током крови заносятся в печень, где чаще всего оседают, как в первом “фильтре”. Однако, они могут попасть в малый круг кровообращения и задержаться в легких, как во втором “фильтре”. В случае прохождения легочного барьера они рассеиваются током крови по всему организму [2].

В последние годы отмечается значительный рост эхинококковой болезни во всех регионах Республики Таджикистан. Так, ежегодно в республике с населением в 9,5 млн человек, по поводу эхинококковой болезни оперируются от 850 до 1050 больных, что превосходит суммарное число таких острых хирургических заболеваний органов живота, как кровотечение из желудка и двенадцатиперстной кишки, прободение гастродуоденальных язв и острого панкреонекроза. Многие исследователи подтверждают, что в структуре органических поражений эхинококкоза, печень занимает доминирующее место (65%); осложненные формы поражения печени – 15-35%, рецидив заболевания – 6,2-16,0% [1, 3].

Сочетанный эхинококкоз печени и легких (СЭПЛ) не является редкостью и, по данным литературы, встречается в 5,7–14,8% наблюдений [4-7]. В большинстве случаев хирургический метод лечения эхинококкоза печени и легких не имеет альтернативы. На сегодняшний день арсенал хирургического пособия в лечении СЭПЛ включает малоинвазивную пункционно-дренирующую хирургию под контролем ультразвука или КТ, виде-

оторако- и лапароскопическую и традиционную – органосохраняющую и резекционную [8-15].

Однако, до сих пор остаются нерешенными вопросы последовательности и интервальности выполнения хирургического лечения множественных паразитарных кист, целесообразность комбинации оперативного вмешательства с химиотерапией и уменьшения вероятности развития осложнений [16].

Техническая сложность, а иногда и невозможность одномоментного удаления всех паразитарных кист при осложненном эхинококкозе и частое развитие рецидивов, приводят к неоднократным оперативным вмешательствам. Тяжелые инвазии не позволяют больным “выйти из заболевания” и они нередко погибают, либо от осложнений эхинококкоза, либо от прогрессирующей кахексии [12].

Развитие таких осложнений, как прорыв паразитарной кисты легких в бронхиальное дерево или в плевральную полость; прорыв эхинококковой кисты печени в свободную брюшную полость, либо в билиарное дерево, с развитием тяжелого перитонита или механической желтухи, отличаются высокой летальностью (до 16% случаев) и требуют от хирурга принятия неординарных решений [18].

В связи с чем, поиск новых способов эффективного воздействия на “живых” возбудителей паразитарных кист, минимизация тяжести оперативных вмешательств и профилактика рецидива заболевания у данного контингента больных, не только оправдан, но и необходим.

Цель исследования. Анализ и сравнительная характеристика результатов традиционных и современных способов хирургического лечения сочетанного эхинококкоза печени и легких, в том числе с использованием низких температур жидкого азота.

Материал и методы исследования. В статье приведен сравнительный анализ результатов хирургического лечения 100 больных, оперированных в 2005-2015 гг. (контрольная группа), и 88 больных, лечившихся в 2016-2022 годах, с ис-

пользованием современных методов диагностики и криотехнологий эхинококэктомии (основная группа), при сочетанном эхинококкозе печени и легких.

Диагностика СЭПЛ предусматривала не только подтверждение топической локализации паразитарных кист, но и с высокой достоверностью определение наличия осложнений эхинококкоза. Поэтому, опираясь на информативность современных методов исследования, диагностика СЭПЛ включала: иммуноферментный анализ на гидатидозный эхинококкоз (РИФА), полипозиционную цифровую рентгенографию, УЗИ, КТ или МРТ, видеоторако- и бронхоскопию и, по показаниям, тонкоигольную пункцию плевральной полости. Порядок и принцип применения вышеперечисленных методов исследования всецело зависел от клинических проявлений эхинококковой болезни, наличия или отсутствия осложнений: инфицирова-

ния, прорыв кист в плевральную и (или) брюшную полость, билиарное дерево. Во всех случаях, при неосложненном эхинококкозе, диагностику начинали с УЗИ органов живота (рис. 1), обзорной рентгенографии легких (рис. 2) и брюшной полости (рис. 3), а при осложненном и множественном эхинококкозе, считали уместным использование КТ (рис. 4, рис. 5) или МРТ (рис. 6).

Диагностическая ценность используемых методов исследования: число и размеры кист, наличие воздуха, бронхиального свища, свободной жидкости в плевральной и (или) брюшной полости и расширение желчных ходов, была на уровне 90% и выше, на что указывают и ряд авторов [1, 7, 15, 18].

Тактические подходы в хирургическом лечении СЭПЛ всецело зависели от наличия или отсутствия осложнений заболевания. Так, при неосложненном варианте течения эхинококкоза,

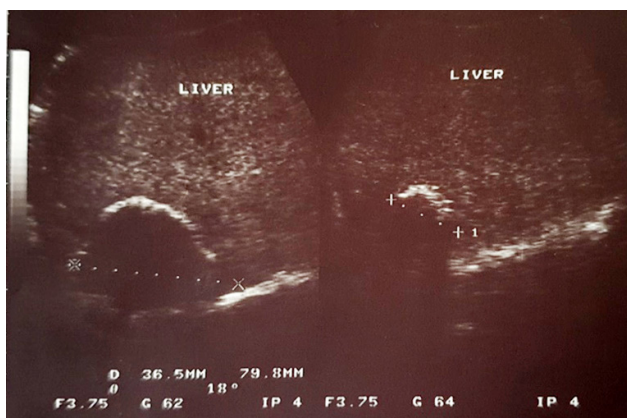


Рисунок 1. Ультразвуковая картина эхинококкоза 8-го сегмента печени

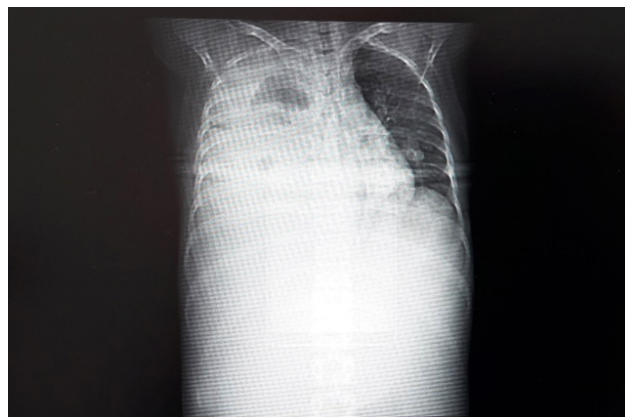


Рисунок 2. На обзорной рентгенограмме легких картина эхинококкоза средней и нижней доли правого легкого

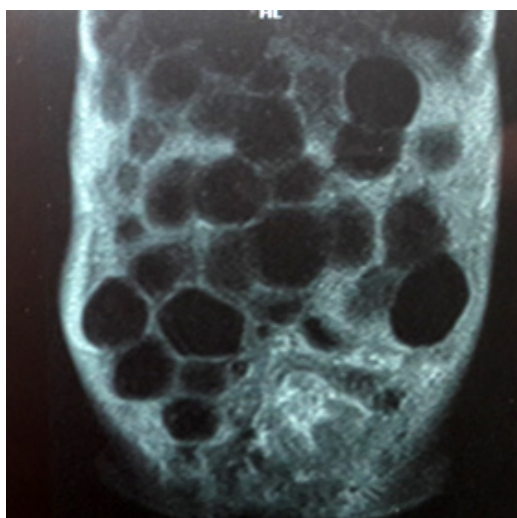


Рисунок 3. На обзорном рентгенограмме брюшной полости видны множественные кисты печени



Рисунок 4. КТ-картина множественного эхинококкоза печени

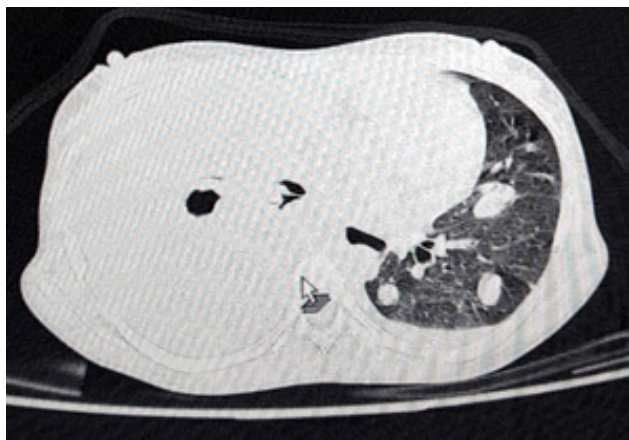


Рисунок 5. КТ множественного двухстороннего эхинококкоза легких

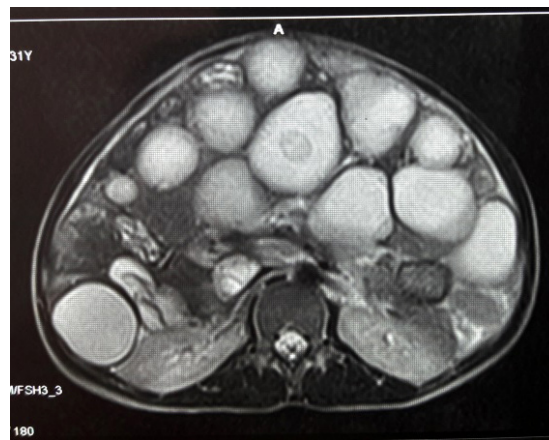


Рисунок 6. МРТ -картина множественного эхинококкоза печени

с локализацией кист в нижней доле правого легкого и одиночных кист на диафрагмальной поверхности печени (II, III, VII, VIII), использовали торакофренотомный доступ. При одиночных или множественных паразитарных кистах нижней доли легкого и нескольких сегментов правой доли печени, выполняли торакофренолапаротомию.

Альтернативным вариантом доступа считали использование раздельной торакотомии и верхнесрединной лапаротомии, при одно- или двусторонних поражений легких и любых сегментов печени; печени и селезёнки, когда операция проводилась в один этап. Случаи солитарных или множественных кист больших размеров в легких и печени, равно как и одиночные большие кисты легкого с множественными кистами печени, требовали выполнения этапного хирургического лечения больных с интервалом в 2-3 месяца. При этом, первым этапом удалялись кисты с более высоким риском развития осложнений. Оперативные вмешательства осложненных вариантов СЭПЛ выполнялись только на осложненном органе, из лапаротомного или торакотомного доступа.

В качестве гермицида использовали 30% водный раствор хлорида натрия, 70% спирт, 1% раствор Люголя с глицерином и жидкий азот. Основному этапу операции предшествовало временное улучшение дренажной функции бронхиального дерева (лечебная бронхоскопия); обеспечение адекватного оттока элементов эхинококкоза из плевральной полости (санационная торакоскопия), ликвидация гидро- и пневмоторакса с дренированием плевральной полости, удаление элементов паразита из свободной брюшной полости путём дренирования обеих подвздошных областей дренажными трубками.

Статистический анализ проведен на персональном компьютере IBM P-IV с использованием пакета статических программ «Биостат» и критериев Стьюдента при сравнения количественных признаков (с указанием 95% доверительного интервала для разности средних) и χ^2 для сравнения долей.

Результаты исследования и их обсуждение. Возраст оперированных больных был в пределах 16-87 лет, соотношение мужчин и женщин было близок 1:1 (53%: 47%). Согласно исследуемому материалу, 188 больных СЭПЛ были госпитализированы и прооперированы 234 раза, причем однократно госпитализированы 141 (75%) больных, дважды – 37 (19,6%) больных, трижды – 8 (4,2%) больных и четырежды – 2(1%) больных. Первичное поражение эхинококкозом диагностировано у 82% пациентов, рецидивное – у 18%. Одиночные паразитарные кисты печени и легких выявлены у 116 (61,7%) исследуемых, множественные – у 72 (38,2%) больных (рис. 7).

Эхинококкоз правой доли печени диагностирован в 60% случаев, левой доли – в 29% случаев и обеих долях – в 11% наблюдений. Неосложненный СЭПЛ имел место у 60,4% больных, осложненный – у 39,6%. При этом, нагноение кист легкого, прорыв в бронхиальное дерево, плевральную полость, пневмоторакс установлены в 33,7% случаев, а осложненный эхинококкоз печени (прорыв кисты в билиарное дерево, свободную брюшную и (или) плевральную полость, желчно-бронхиальный или желчно-плевральный свищ) выявлен у 18,6% госпитализированных.

Характеристика локализаций СЭПЛ и других органов на 218 случаев госпитализации больных приведена в табл. 1.



Рисунок 7. Интраоперационная картина множественного эхинококкоза печени

Таблица 1

Локализация эхинококковых кист

Варианты поражения эхинококкоза:	Число госпитализации	
	Абс.	%
правое легкое + печень	77	32,9
легкие + печень	65	25,7
левое легкое + печень	54	23,1
легкие + печень + селезенка	21	8,9
левое легкое + печень + селезенка	12	5,2
легкие + плевра + печень + малый таз	5	2,2
Всего	234	100

Примечание: % - от общего количество больных

Оперативные вмешательства в 116 (49,6%) случаях проводились из торакотомного, по 38 (32,4%) случаев – из торакофренотомного и лапаротомного и в 42 (17,9%) наблюдениях – из торакофренолапаротомного доступов. Одноэтапная торакотомия и лапаротомия выполнена у 6 (2,5%) пациентов, торакотомия и торакофренотомия – у 2 (0,8%) пациентов и в 1 наблюдении (0,4%) выполнена одноэтапная двусторонняя торакотомия. К моменту госпитализации 22,6% больных имели в анамнезе перенесенную операцию на печени или легких.

Оперативное лечение сочетанного эхинококкоза печени и легких осуществлялось с обязательным соблюдением принципов апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза. Закрытая эхинококкэктомия по О.Б. Милонову выполнена

у 23% больных в контрольной и у 30,5% – в основной группе. Она предусматривала удаление паразитарной кисты без предварительной пункции или вскрытия кисты и включала варианты цистэктомии (18,1%), краевой резекции легкого с кистой (30,9%) и удаление доли с кистами (50,9%). Открытая эхинококкэктомия выполнена у 77% больных в контрольной группе и у 69,5% - в основной. Сочетанная эхинококкэктомия выполнена у 2,7% больных.

Открытая эхинококкэктомия предусматривала вскрытие и удаление содержимой паразитарной кисты, уничтожение паразита, профилактику диссеминации плевральной полости, ликвидацию бронхиального свища и полную ликвидацию остаточной полости кисты с максимальным сохранением паренхимы легкого. Метод капитонажа в исследуемых группах использован в 152 (80,9%) случаях. Также, в 16 наблюдениях, с целью уменьшения деформации легкого, риска прорезывания швов бронхиальных свищей и минимизации экссудация из стенок фиброзной капсулы при больших остаточных полостях, последняя ликвидировалась по методу академика Н.У. Усманова. Методика осуществлялась следующим образом: фиброзная капсула рассекается с учетом направления бронхиальных ветвей и отступая на 1 см от края легочной ткани до корня легкого, что образует глубокую полость. Начиная от верхушки образовавшихся пирамид в сторону их основания накладывается непрерывный шов с захватом двух краев фиброзной капсулы и дна остаточной полости. При этом достигается ликвидация остаточной полости без особой деформации легочной ткани, и надежно укрываются зоны ушитых бронхиальных свищей. В 4% наблюдениях контрольной группы с инфицированным эхинококкозом, после открытой эхинококкэктомии, было произведено наружное дренирование остаточных полостей. Дренирование плевральной полости во всех случаях считалось обязательным компонентом операции.

Эхинококкэктомия из печени во многом зависит от количества кист, течения заболевания, тяжести состояния и возраста больного. Верхнесрединная лапаротомия в 95% случаев обеспечивает адекватный доступ ко всем сегментам печени. В отдельных (2%) случаях, когда возраст больного и тяжелые сопутствующие заболевания не позволяли использовать общую анестезию, прибегали к чрескожно-чреспеченочному дренированию полости кисты под контролем ультразвука. Узловыми этапами операции на печени является

апаризаторная вакуум аспирация элементов кисты мощным электроотсосом, антипаразитарная обработка остаточной фиброзной полости, ликвидация желчных свищей и остаточной полости. При прорыве паразитарной кисты в желчные ходы выработали следующую хирургическую тактику: а) высокая гипербилирубинемия сопровождающаяся острой печеночной, печеночно-почечной недостаточностью требовала проведение билиарной декомпрессии, путем формирования краткосрочной чрескожно-чреспеченочной холангиостомы, под контролем УЗИ и (или) эндоскопическую санацию билиарного тракта через БСД; б) умеренная или высокая гипербилирубинемия при отсутствии тяжелой острой печеночной недостаточности, считались показанием для краткосрочной (до 6 часов) предоперационной подготовки и проведения лапаротомии. Оперативный этап включал в себя санацию кисты, ликвидацию внутреннего желчного свища и остаточной полости, санацию и дренирование холедоха. Прорыв паразитарной кисты в свободную брюшную полость, наряду вышеизложенным, требовал тщательную санацию и дренирование брюшной полости.

Хирургическое пособие при эхинококкозе печени, согласно классификации О.Б. Милонова (1985) заключалось в «открытом» удалении содержимого кисты, противопаразитарной обработки и полной ликвидации остаточной полости (закрытая), в т.ч. и после субтотальной перицистэктомии, методом капитонажа у 85% больных контрольной и у 90% – основной группы.

«Открытая» эхинококкэктомия с неполной ликвидацией остаточной полости (полузакрытая), в т.ч. после суб- или тотальной перицистэктомии с

оставлением на дне оставшейся полости дренажной трубки, выполнены у 9% больных контрольной и 5% пациентов основной группы.

Множественные кисты сегмента или анатомической доли, также как и инфицированные кисты в т.ч. и рецидивные, с ригидной фиброзной капсулой с- или без гнойно-желчного свища, считались показанием к резекции печени, которые выполнены у 4% больных в обеих группах. Ввиду тяжелых сопутствующих заболеваний и преклонного возраста, в 2% случаях ограничились чрескожным наружным дренированием кисты под контролем УЗИ. В одном наблюдении, с множественными эхинококковыми кистами печени, сочли возможным только «открытую» эхинококкэктомию с криообработкой оставшихся полостей. Марсупиализация и тампонада остаточной полости сальником нами ни разу не применялась.

Отличительной особенностью хирургического пособия среди больных основной группы являлось использование сверхнизкой температуры жидкого азота, в качестве антипаразитарной обработки остаточных полостей (рис. 8 а, б), лигатурного способа диссекции паренхимы с перевязкой (клипированием) трубчатых структур и технологии пневмотермокоагуляции (рис. 9).

Результаты исследования и их обсуждение. В исследуемых группах больных анализированы следующие показатели: информативность используемых методов диагностики, эффективность проведенных способов хирургического лечения, частота и характер послеоперационных осложнений, сроки пребывания больных в стационаре, частота рецидива заболевания.

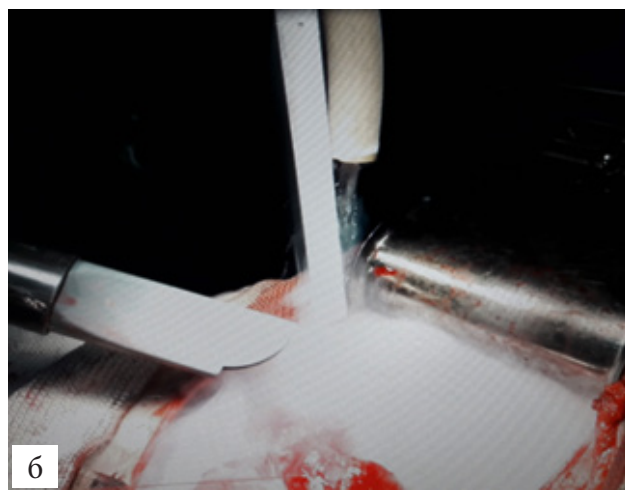


Рисунок 8. а. «Открытое» удаление содержимого кист. б. Криообработка остаточной полости при множественном эхинококкозе печени

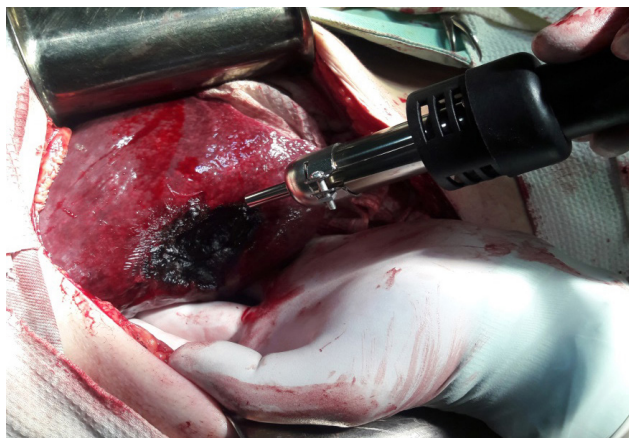


Рисунок 9. Пневмотермокоагуляция остаточной полости эхинококковой кисты.

Так, после эхинококкэктомии традиционным способом, послеоперационные осложнения в виде ограниченного гидро- и пневмоторакса, бронхиального свища, билом, околопеченочных жидкостных скоплений и нагноение ран диагностированы у 24% оперированных и в 6% случаев требовали проведения повторного хирургического вмешательства. Среди больных основной группы послеоперационные осложнения зарегистрированы у 9,7% больных и только в одном случае (1,38%) прибегли к релапаротомии. Летальных исходов в исследуемых группах не отмечено.

Продолжительность стационарного лечения снизилась с $30,5 \pm 0,9$ койко-дней до $22,5 \pm 0,7$ (26,2%, $p \leq 0,05$), послеоперационные койко-дни сократились с $23,4 \pm 0,6$ до $13,2 \pm 0,3$ (43,6%, $p \leq 0,05$).

Отдаленные результаты наблюдения изучены у 69 (78,4%) обследованных основной группы в сроки от 6 месяца до 5 лет. Хороший результат отмечен у 93,3% обследованных и преимущественно среди тех больных, где оперативные вмешательства на легких и печени, проводились из отдельных доступов; эхинококкэктомия завершалась полной ликвидацией остаточной полости, либо удалением кисты.

На момент осмотра эти больные чувствовали себя хорошо, жалоб указывающих на патологию органов дыхания и живота не предъявляли. Послеоперационная рана заполнилась ровным рубцом, данные УЗИ и рентгенография легких подтверждает хороший регенеративный процесс на оперированных органах. У 6,7% оперированных результаты считались удовлетворительными, и последнее было обусловлено такими неудобствами, как наличия лигатурных свищей, периодических болей в области верхнего этажа живота или по ходу межреберий.

Таким образом, полученные результаты диагностики и хирургического лечения сочетанного эхинококкоза печени и легких свидетельствуют о том, что при строгом соблюдении принципа апаризаторности и антипаразитарности при удалении паразитарных кист, можно достичь хороших непосредственных и отдаленных результатов в абсолютном большинстве случаев.

Выводы.

1. Строгое внедрение в практику принципов апаризаторности и антипаразитарности в хирургии эхинококкоза, минимизирует риск интраоперационной диссеминации зародышевых элементов эхинококковых кист, частоту послеоперационных осложнений, вероятность рецидива заболевания и сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

2. Применение сверхнизкой температуры жидкого азота в хирургии сочетанного эхинококкоза печени и легких, как компонент апаризаторности и антипаразитарности, является высокоэффективной лечебной технологией.

3. Неосложненное течение эхинококкоза печени и легких позволяет проведение одноэтапных операций, через торакофренотомный, торакофренолапаротомный и отдельные торакотомный и (или) лапаротомный доступы.

ЛИТЕРАТУРА

(п. 10 см. в REFERENCES)

1. Ахмедов С.М. Резекция печени при эхинококкозе. / С.М. Ахмедов, Б.Дж. Сафаров, Н.К. Ибрагимов // Аннал. хирург. гепатол. - 2014. - №2. - С. 49-55.
2. Гончаров А.Б. Сложный эхинококкоз печени / А.Б. Гончаров, Ю.А. Коваленко, Х.А. Айвазян // Аннал. хирург. гепатол. - 2021. - №4. - С. 32-40.
3. Дадвани С.А. Мининвазивные оперативные вмешательства и химиотерапия при эхинококкозе / С.А. Дадвани, А.В. Стреляева, В.К. Гостищев // Анналы хир. - 2019. - №4. - С. 38-46.
4. Ефанов Н.Г. Лапароскопические и открытые операции в лечении эхинококкоза печени. Анализ ближайших и отдаленных результатов / Н.Г. Ефанов, Н.И. Пронина, Р.Б. Алиханов // Аннал. хирург. гепатол. - 2021. - №4. - С. 69-75.
5. Нагасбеков М.С. Результаты мининвазивного лечения (PAIR) при эхинококкозе печени в сравнении с традиционными хирургическими методами / М.С. Нагасбеков, Ж.Б. Баймаханов, Ш.А. Каниев // Аннал. хирург. гепатол. - 2021. - №1. - С. 61-68.
6. Сапаев Д.Ш. Современная комплексная диагностика и хирургическое лечение осложненных форм эхинококкоза печени / Д.Ш. Сапаев, Р.Ю. Рузибаев, Ф.Р. Якубов // Вестник хирургии. - 2018. - №4. - С. 19-22

7. Иванов С.А. Варианты хирургической тактики при лечении сочетанного эхинококкоза легких и печени / С.А. Иванов, Е.А. Корымазов, С.В. Мешков // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. - 2019. - №1(2). - С. 517-520.

8. Шабунин А.В. Современное состояние проблемы хирургического лечения эхинококкоза печени. / А.В. Шабунин С.С. Лебедев, Ю.А. Коваленко // Анналы хирург. гепатол. - 2021. - №4. - С. 87-96.

9. Шевченко Ю.Л. Современные аспекты хирургии осложненного эхинококкоза печени. / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2018. - Т.13, №4. - С. 29-34.

REFERENCES

1. Akhmedov S.M. Rezektsiya pecheni pri ekhinokokkoze [Liver resection in echinococcosis]. *Annaly khirurgii gepatologii - Annals of Surgery and Hepatology*, 2014, No. 2, pp. 49-55.

2. Goncharov A.B. Slozhnyy ekhinokokkoz pecheni [Complex echinococcosis of the liver]. *Annaly khirurgii gepatologii - Annals of Surgery and Hepatology*, 2021, No. 4, pp. 32-40.

3. Dadvani S.A. Miniinvazivnye operativnye vmeshatelstva i khimioterapiya pri ekhinokokkoze [Minimally Invasive Surgical Interventions and Chemotherapy for Echinococcosis]. *Annaly khirurgii - Annals of Surgery*, 2019, No. 4, pp. 38-46.

4. Efanov N.G. Laparoskopicheskie i otkrytie operatsii v lechenii ekhinokokkoza pecheni. Analiz blizhayshikh i otdalennykh rezultatov [Laparoscopic and open surgery in the treatment of hepatic echinococcosis. Analysis of immediate and long-term results]. *Annaly khirurgii gepatologii - Annals of Surgery and Hepatology*, 2021, No. 4, pp. 69-75.

5. Nagasbekov M.S. rezultaty miniinvazivnogo lecheniya (PAIR) pri ekhinokokkoze pecheni v sravnenii s traditsionnymi khirurgicheskimi metodami [Results of minimally invasive treatment (PAIR) for hepatic echinococcosis compared with traditional surgical methods]. *Annaly khirurgii gepatologii - Annals of Surgery and Hepatology*, 2021, No. 1, pp. 61-68.

6. Sapaev D.Sh. Sovremennaya kompleksnaya diagnostika i khirurgicheskoe lechenie oslozhnennykh form ekhinokokkoza pecheni [Modern comprehensive diagnosis and surgical treatment of complicated forms of hepatic echinococcosis]. *Vestnik khirurgii - Surgery Bulletin*, 2018, No. 4, pp. 19-22.

7. Ivanov S.A. Varianty khirurgicheskoy taktiki pri lechenii sochetannogo ekhinokokkoza legkikh i pecheni [Surgical options in the treatment of combined lung and liver echinococcosis]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo tsentra Rossiyskoy akademii nauk - Proceedings of the Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences*, 2019, No. 1 (2), pp. 517-520.

8. Shabunin A.V. Sovremennoe sostoyanie problemy khirurgicheskogo lecheniya ekhinokokkoza pecheni [Current state of the problem of surgical treatment of hepatic echinococcosis]. *Annaly khirurgii gepatologii - Annals of Surgery and Hepatology*, 2021, No. 4, pp. 87-96.

9. Shevchenko Yu.L. Sovremennye aspekty khirurgii oslozhnennogo ekhinokokkoza pecheni [Modern Aspects of Surgery of Complicated Echinococcosis of the Liver]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of the State Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogova*, 2018, Vol. 13, No. 4, pp. 29-34.

10. Mohkam, K., Belkhiz, L. Surgical management of liver hydatid disease subadventitial cystectomy versus resection of the protruding dome. *World Journal of Surgery*, 2014, Vol. 38 (8), pp. 2113-2121.

ХУЛОСА

С.М. Аҳмадзода, А.Т. Ҳомидов,
Ф.Ш. Рашидов, Ҳ.О. Бобоев, Б.Д. Сафаров

ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ ЭХИНОКОККОЗИ ЧИГАР ВА ШУШ

Мақсади таҳқиқот. Арзебии мукоисавии натиҷаҳои ташҳис ва табобати чарроҳии эхинококкози якҷояи чигар ва шуш ҳангоми истифодаи усулҳои муосири ташҳис ва технологияҳои нави эхинококкэктомия.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳлили мукоисавии натиҷаҳои табобати чарроҳии 188 бемор (100—назорат; 88—асосӣ) бо эхинококкози якҷояи чигар ва шуш (SEPL) гузаронида шуд. Ба беморони гурӯҳи асосӣ ҳангоми гузаронидани эхинококкэктомия усулҳои муосири ташҳис ва криотехнологияро истифода мебаранд. 188 беморони SEPL 234 маротиба дар беморхона бистарӣ ва чарроҳӣ карда шуданд. Табобати фаврии эхинококкози якҷояи чигар ва шуш бо риояи ҳатмии принципҳои апаразитарӣ ва зидди паразитӣ гузаронида шуд.

Натиҷаҳо: Мушкilotи мушаххаси пас аз чарроҳӣ дар шакли маҳдудияти гидроэнергетикӣ ва пневмоторакс, фистулаи бронхҳо, биллом, ҷамъшавии моеъи амниотикӣ ва ҷароҳатҳо дар 24% гурӯҳи назоратии чарроҳӣ таҳҳис карда шудаанд, ки дар 6% ҳолатҳо чарроҳии такрориро талаб мекарданд. Дар байни беморони гурӯҳи асосӣ, мушкilotи пас аз чарроҳӣ дар 9,7% беморон ба қайд гирифта шудаанд ва танҳо дар як ҳолат (1,38%) ба реллапаротомия муроҷиат кардаанд. Дар гурӯҳҳои таҳқиқшуда ягон марг ба қайд

гирифта нашудааст.

Хулоса. Истифодаи ҳарорати ултра пасти ни-
трогени моеъ дар ҷарроҳии якҷояи эхинококкози
чигар ва шуш, ҳамчун ҷузъи апарисарӣ ва зидди
паразитӣ, як технологияи хеле муассири табобатӣ

мебошад. Ҷараёни мураккаби эхинококкози чигар
ва шуш имкон медиҳад, ки кӯмакпулии амалиётӣ
дар як марҳила гузаронида шавад.

Калимаҳои калидӣ: эхинококкози омехта,
апаразитарӣ, антипаразитӣ, криотехнология.

УДК 616/341-007/271-089; 616.34-005.4

doi: 10.52888/0514-2515-2023-357-2-37-44

М.К. Гулов¹, Дж.С. Салимов¹, Дж.К. Мухаббатов¹, С.Г. Али-Заде², К.Н. Носири¹

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИШЕМИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ СО СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

¹ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»,
кафедра общей хирургии №1

²ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»,
кафедра хирургических болезней №1

Салимов Джамшед Сайдахмадович – к.м.н., доцент кафедры общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ
имени Абуали ибни Сино»; Тел.: +992907758510; E-mail: salimov_jamshed1973@mail.ru

Цель исследования. Своевременное выявления ишемии кишечника у больных с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью.

Материал и методы исследования. Нами были исследованы 124 пациента с острой спаечной тонкокишечной непроходимостью. С целью определения наиболее значимых прогностических факторов ишемии кишечника мы провели логистический регрессионный анализ, полученные при этом показатели коэффициента регрессии использовались в виде балльной оценки.

Результаты исследования и их обсуждение. Было выявлено шесть независимых прогностических факторов ишемии кишечника: возраст, продолжительность боли, температура тела, количество лейкоцитов, снижение контрастирования стенки кишечника и локальный отёк брыжейки по данным КТ. Согласно регрессии, каждой из переменных, связанных с ишемией кишечника, были присвоены коэффициентные баллы. Предполагаемая частота ишемии кишечника была рассчитана в виде суммы баллов в диапазоне от 0 до 24. Пороговое значение в 6 баллов было использовано для группы с низкой вероятностью (риск ишемии кишечника составлял 1,13%). Оценка от 7 до 15 определяла группу промежуточной вероятности (риск ишемии кишечника составил 44%). Оценка ≥ 16 определяла группу высокой вероятности (у всех пациентов данной группы отмечалась ишемия кишечника).

Выводы. Мы выполнили оценку прогнозирования риска ишемии кишечника с хорошей точностью (выше 90%). Эта оценка надежна и воспроизводима, поэтому она может помочь хирургу дифференцировать пациентов с ишемией кишечника для выполнения хирургического вмешательства, так как ишемические нарушения могут иметь обратимый характер, что позволяет избежать развитие некроза кишечника.

Ключевые слова: кишечная непроходимость, тонкий кишечник, операция, спайки

М.К. Gulov¹, J.S. Salimov¹, J.K. Mukhabbatov¹, S.G. Ali-Zade², K.N. Nosiri¹

PREDICTING OF INTESTINAL ISCHEMIA IN PATIENTS WITH ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

¹SEI Avicenna Tajik State Medical University, Department of General Surgery №1

²SEI Avicenna Tajik State Medical University, Department of Surgical Diseases No.1

Salimov Jamshed Saidakhmadovich - Candidate of Medical Sciences, associate professor of the Department of General Surgery №1 of the Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +992907758510; E-mail: salimov_jamshed1973@mail.ru

Aim. To detect intestinal ischemia promptly in patients with acute adhesive small bowel obstruction.