

**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛОСТНЫМИ
ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНЫ ПРИ СЛОЖНЫХ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ
РАСПОЛОЖЕНИЯХ**

Р. Р. Арашов,

Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

Ш. Ш. Ярикулов

Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

Резюме

Целью исследования явилось изучить результатов хирургического лечения больных полостными образованиями печени при сложных внутripеченочных расположениях с небольшими размерами.

По мнению ряда современных авторов, в категории полостных образования печени можно включить таких заболевания как паразитарная и непаразитарная киста, остаточный полостей печени после хирургической операции и абсцесса печени. При сложных внутripеченочных расположениях полостных образования печени особенно его малых размерах, хирургический лечения имеет ряд техничек трудности.

Ключевые слова: полостных образования печени, кисты печени, абсцесс печени.

**PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVITY
LIVER FORMATIONS WITH COMPLEX INTRAHEPATIC POSITIONS**

R. R. Arashov,

Bukhara State Medical Institute. Uzbekistan

Sh.Sh.Yarikulov

Bukhara State Medical Institute. Uzbekistan

Resume

The aim of the study was to study the results of surgical treatment of patients with cavity formations of the liver with complex intrahepatic locations with small sizes.

According to a number of modern authors, such diseases as parasitic and non-parasitic cysts, residual liver cavities after surgery and liver abscess can be included in the category of cavity liver formations. With complex intrahepatic locations of cavity formations of the liver, especially its small size, surgical treatment has a number of technical difficulties.

Keywords: cavity formations of the liver, liver cysts, liver abscess.

**ЖИГАР ИЧИ БЎШЛИГИНИНГ МУРАККАБ ШАКЛЛАНИШЛАРИ БИЛАН
ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИНГ
ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ**

Р.Р.Арашов, Ш.Ш.Ярикулов.

Бухоро давлат тиббиёт институти. Ўзбекистон.

Резюме

Тадқиқот мақсади жигарда кичик ўлчамдаги мураккаб интрапаренхематоз жойлашган бўшлиғи ҳосилаларининг шаклланиши билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини ўрганиш.

Бир қатор замонавий муаллифларнинг фикрига кўра, паразитар ва паразитар бўлмаган кисталар, операциядан кейинги қолдиқ жигар бўшлиқлари ва жигар абцесслари шаклланиши тоифасига киритиш мумкин. Жигарда мураккаб, интрапаренхематоз жойлашган бўшлиқли ҳосилалар, айниқса уларнинг кичик ўлчамлари жарроҳлик усулда даволашда бир қатор техник қийинчиликларга ега.

Калит сўзлар: жигарнинг бўшлиқли ҳосилалари, жигар кисталари, жигар абцесса.

Актуальность.

Несмотря разработки новых и новых методов хирургического лечения больных с полостными образованиями печени остается актуальной проблемой печеночной хирургии. По мнению ряда современных авторов, в категории полостных образования печени можно включить таких заболевания как паразитарная и непаразитарная киста, остаточный полостей печени после хирургической операции и абсцесса печени [2]. Хотя эти заболевания этиологический различается друг от друга их общая хирургическая лечения требует аналогический тактика [6].

В последние десятилетия управление абсцессами печени было изменено благодаря новым методам визуализации и хирургическим методам. Гнойный абсцесс печени является сложным заболеванием с высоким уровнем послеоперационной заболеваемости. Основными гнойно-воспалительными осложнениями при заболеваниях печени являются остаточные полости и абсцессы, частота которых достигает 12,8% [5].

Кисты печени – гетерогенная группа заболеваний, различающихся по этиологии и структурным особенностям, но со сходными клиническими проявлениями [8; 9].

На исход хирургической лечения данной категория больных большая значения имеет анатомический расположения очага поражения. При сложных внутривнутрипеченочных расположениях полостных образования печени особенно его малых размерах, хирургический лечения имеет ряд технический трудности.

Целью нашего исследования явилось изучить результатов хирургического лечения больных полостными образованиями печени при сложных внутривнутрипеченочных расположениях с небольшими размерами.

Материал и методы

Проведено анализ результатов хирургического лечения у 17 больных полостными образованиями, сложными внутривнутрипеченочными расположениями с небольшими размерами до 5 см.

Комплекс метод лечения обследованных больных включал себя, общая укрепляющая симптоматическая лечения до операционного периода. Хирургическая лечения всем больным выполнялись срединно-срединный лапаротомным доступ.

Большинство больных (72,7 %) находились в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет).

Из обследованных больных поступили в клинику с гидативный стадии эхинококка печени 13 (76,4 %), 3 (17,6 %) пациента поступили с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени и 1 (5,8 %) пациенты поступили с острым абсцессом печени различной этиологии. (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных полостными образованиями печени по этиологическому фактору.

№	Виды заболеваний	Количество больных	В процентах
1.	Киста печени	11	76,4 %
2.	Остаточная полость печени	3	17,5 %
3.	Абсцесс печени	1	5,8 %
	Всего	17	100 %

Всем больным в день поступления в экстренном порядке измеряли температуру тела, частоту дыхания, проводилось объективное исследование печени (пальпация, перкуссия), УЗИ исследование и при необходимости МСКТ или КТ печени и брюшной полостей, начата консервативная общее укрепляющая и симптоматическая терапия. У больных с остаточной полостей и абсцессом печени проводилась эмпирическая антибиотикотерапия с последующей в послеоперационном периоде с учетом чувствительности микрофлоры.

После соответствующее обследовании и предоперационном подготовки выполнялись традиционная хирургических вмешательства в плановым или экстренным отсроченным порядки.

Диагностика заболевания, начинали со сбора жалоб больного, степени их выраженности, анамнеза длительности заболевания, анализа результатов клинического и объективного обследования пациента. Во время сбора анамнеза уделяли внимания к определению этиологических факторов развития заболевания, характер и продолжительность жалоб, сопутствующую и фоновую патологию. Общеклинические и физикальные методы обследования были направлены на выявление точный диагноз полостных образования печени, размеры, характер и его анатомический расположения. Всем пациентам были выполнены развернутый общий анализ крови, определены биохимические показатели крови, произведен общий анализ мочи, взята кровь на ИФА или ЭДС к сифилису, определены маркеры вирусных гепатитов В и С, антитела к ВИЧ, выполнена ЭКГ. Для установления диагноза эхинококковой кисти печени проводилась серологический проба реакция преципитация и анализ крови на эозинофилах.

При выявлении сопутствующей патологии больные были консультированы соответствующими специалистами, выполнялись профильные обследования.

Микробиологический анализ осуществлялся методом забора выделений из содержимого полостей печени во время операции и в после операционный периоде из выделения

дренажные трубки с качественным и количественным оцениванием выделенной инфекции, а также ее восприимчивость к различным антибиотикам.

Результаты и обсуждения

Во время операции при обнаружении и попадании в полость эхинококковой кисти у 17 больных с внутривнутрипеченочными расположениями с полостными образованиями печени с небольшими размерами было технически труднее из-за глубокого-внутрипеченочного расположения кисты печени с небольшими размерами (до 5 см).

Из 17 больных II группы с не большими размерами полостными образованиями при сложных внутривнутрипеченочных расположениях у 13 пациентов были эхинококковой кисти размерами до 5 см в гидатозной стадии. У 4 больных отмечались гнойный очаг печени в виде послеоперационной нагноения полости у 3 больных, абсцесс печени у 1-го больного. Во время операции у всех этих больных как визуальный, так и пальпаторной ревизии печени невозможно было определить очага поражения из-за его глубокого-внутрипеченочного расположения в небольших размерах. За что вынужденно неоднократно проводились контрольные ревизионные пункции печени с шприцом тонкими иглами для уточнения проекции доступа в полости печени. В 2-х случаях после контрольной пункции и откачивания до 2-3 мл эхинококковой жидкости отмечались с падением просвета кисти и уменьшался размер кисти что сделало еще труднее обнаружения внутривнутрипеченочной расположенной кисти. Операция требовала большая техническая трудность и травматизации паренхимы печени.

Все эти операции выполнены с широкой верхне-средней доступом. У 11 больных которым очаг поражения локализовались к V и VI сегментам печени средний лапаротомный разрез расширили вниз, обходя пупка слева до 10 см ниже.

Общий принцип лечения больных с эхинококкозом печени были идентичным как у предыдущей группы аналогичных больных. Однако технические трудности этой категории больных отличались от предыдущих. Хотя эти группы больных не было большой необходимости к преданию специального положения больного на операционном столе и не требовались особой мобилизации печени, было большой технической трудности обнаружения очага поражения и фиксации стенки полости во время операции. Даже после выявления очага поражения из-за малых размеров и его глубокого расположения вынуждена выполнялись травматичная операция в отношении тканей печени. Хотя размер полостных образований было не более 4-5 см для доступа полостного образования вынужденно разрезы тканей печени длиной не менее 3 см, в глубине до очага поражения, что часто составила от 3 до 5 см.

Из 17 больных полостными образованиями печени с сложными внутривнутрипеченочными расположениями у 6 (35,2%) больных во время контрольной пункции и добычи часть содержания полости печени из-за спадания полости потерялись из контроля полостная образования. Вынуждена многократно проводились контрольные пункции для повторного обнаружения очага поражения из них 3 (50%) случаях очаг поражения выявлена толка после дополнительно проведения интраоперационного УЗИ исследования. Всем больным хотя можно было выполнять завершит операции эхинококкэктомии закрытым способом с применением метода капитанажа по Делбе из-за

технических трудности вынужденно выполняли полужакрытая эхинококкэктомия оставляя конец дренажной трубки в полость печени с последующими фиксации дренажной трубки в капсуле через паренхима печени который выполнена доступ к очагу поражения.

У 8 (47 %) пациентов для достижения качественной операции выполняли пересечением связки и спайки печени.

Все 17 больные с эхинококкозом печени были гидатидозом эхинококкозом печени с небольшими размерами внутривнутрипеченочными расположениями. Основной этапы оперативный вмешательства этих больных включали себя: после удаления хитиновой оболочки и обработки остаточный полостей антигельминтными препаратами операция завершалась оставлением дренажной трубки в полость (полужакрытым способом).

При клинико-лабораторная исследования крови выявили незначительный отклонения уровень показателей интоксикации с значительными отклонениям показателем эозинофила крови Табль №2

Таблица №2 Динамика показателей интоксикация больных полостными образованиями печени с сложными внутривнутрипеченочными расположениями (n=17)

№	Показатели	Норма	Сутки		
			1-день	3-день	7-день
1.	Температура тела	36,6	37,2+0,6	37,1+0,4	36,7+0,3
2.	Лейкоциты крови	4-9	10,2+0,4	9,7+0,3	7,8+0,2
3.	Эозинофил	1-5%	7,6% + 1,1	6,8% +1,2	4,2% + 0,04
4.	ЛИИ	1,2	1,7 + 0,2	1,4 + 0,1	1,1 + 0,3
5	МСМ	0,120	0,178 +0,014	0,144 + 0,012	0,114+0,011
6	СОЭ	1-10 мм/ч	19+1,6	15,7 + 1,1	12,4 + 1,3

Как видно таблице № 2 в день поступления все показателей интоксикации кроме эозинофилов было незначительно отклонено от нормы. В послеоперационном периоде все эти показатели интоксикации крови к 6-7 й суткам нормализовались. Средняя продолжительности лечения данной категории больных составило 11+1,4 дней.

К 7-8 суткам все дренажи после контрольной УЗИ исследования остаточной полости удалены в амбулаторных условиях. При этом здесь также учитывали размер и содержания полости печени.

Клинический пример

Как было выше отмечено из 17 больных с полостными образованиями печени, небольшими размерами внутривнутрипеченочными расположениям, 4 пациента были гнойными очагами печени. Из них 3 пациента были с нагноениями остаточной полостей после перенесенного эхинококкэктомия печени в течение последних трёх лет. У 2 пациента гнойный очаг локализовались в VI сегменте печени, по 1 больным выявлена локализация гнойный очаг к IV и V сегменте печени. По выписки протокола перенесённого операции локализация гнойного очага соответствовала в проекции перенесенного эхинококкэктомии. При УЗИ исследовании и МСКТ печени выявлена

внутрипечёночная расположениям полостного образования в размеры до 5 см. У одного больного выявлены острый абсцесс в VI сегменте печени, которым при УЗИ и МСКТ исследования выявлена полостная образования в области VI сегменте печени. Полостная образования содержала мутная, густая жидкость, стенки полости здесь также как у аналогический больных предыдущей группы имела тонкая пиогенная капсула. Вокруг очага поражения тканей печени имели плотный инфильтративный участки от 3 до 5 см, интенсивность который от гнойного очага к периферии постепенно снизилось (рис №__). (УЗИ и МСКТ абсцесс + остаточный полость 2 та расм)

В день поступления при клинико-лабораторная исследования крови больных с гнойными очагами печени отмечено высокий уровень показателей интоксикации чем у больных эхинококкозом печени.

Следует отметить всех этим больным также выполнялись операция по широкому верхно-срединному доступу от мечевидного отростка грудины до пупка.

Практически у всех 4 больных с гнойными полостными очагами II группы также выполнения операции было технический трудности аналогично как у больных эхинококкозом печени этой группы.

Методика хирургических операции как у аналогический предыдущей группы больных было дренирования, опорожнения полости от гнойного содержания и санация полости печени. После дренирования гнойного очага с силиконовым дренажом дренаж фиксирован кетгутowymi швами на капсуле печени и через контуропертуры фиксирована на кожу шёлковыми швами.

Следует отметить у 2-х больных в послеоперационном периоде 3 суткам отмечались нагноения раны с выделением ксеромы и гноя которая после соответствующая местного лечения прекратились к 7-8 суткам лечения.

Всем 4-ом больным с гнойными очагами печени во время операции при добыче гноя из полости, взята анализ на качественный и количественный бактериологического исследования. После определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам антибиотикотерапия проводились с учётом чувствительности микрофлоры. Принципы проведения антибиотикотерапия проводились как у аналогический больных предыдущих групп.

Из четырёх больных с гнойными очагами печени у двоих больных из гнойного очага выевлена *St. Aureus*. у одного обнаружена *Proteus*. Все они были чувствительны к Цефалепазону.

У всех больных с гнойными полостными очагами печени проводились дренирование, опорожнения и санация гнойного очага с антисептическими растворами также в полость оставлен дренажный трубка. В послеоперационном периоде через дренажный трубку проводились ежедневно санация полости печени с последующим ведением антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры.

В послеоперационном периоде все показатели интоксикации кроме СОЭ крови к 8-9 й суткам нормализовались. Все эти больные к 11-12 суткам лечения выписано в амбулаторные наблюдения с дренажными трубками в остаточных полостях. К 13-15 суткам все дренажи после контрольной УЗИ исследования остаточной полости удалены в амбулаторных условиях. При этом учитывали размер и содержания полости печени.

Таблица № Частота послеоперационных осложнений, средней койка дня и длительности операция больных I - II контрольной группы

Группы	Общей число больных	Нагноение операционной раны		Послеоперационный грыжи		Ятрогенная повреждение печени		Кровотечение из полости		Сред. длит. опер	Средней койка дня
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
I группа	86	1	1,1	-	-	-	-	-	-	70+8,5	7+1,2
II группа	28	3	10,7	2	7,1	2	7,1	1	3,5	150+9,4	11+1,4

Выводы

1. Выполнения хирургической операции традиционным методом, больных с полостными образованиями печени сложными анатомическими, внутривенными расположениями имеет свои техникой трудности что свои очередь влияет к длительности операции и способствует развитие послеоперационная осложнения.
2. Хирургические лечения сложными анатомическими, внутривенными расположениями полостных образования печени требует поиск новых более эффективных малотравматичных хирургический методы лечения.

Литературы

1. Charalambous, G. K. Three Cases of Primary Hydatidosis of the Gluteus Muscle: Our Experience in Clinical, Diagnostic and Treatment Aspects / G. K. Charalambous, V. A. Katergiannakis, A. J. Manouras // *Chirurgia*. – 2014. – Vol. 109, № 4. – P. 555–558.
2. Tibial hydatidosis: a case report / B. G. Kassa, M. M. Yeshe, A. H. Abraha et al. // *BMC Research Notes*. – 2014. – № 7. – P. 631.
3. Осложнения множественного эхинококкоза печени / Б. Монхтоого, Ц. Ишдорж, С. Эрдэнэ // *Бюллетень ВСНЦ СО РАМН*. – 2005. – № 7 (45). – С. 78–80.
4. Multivisceral Echinococcosis: Concept, Diagnosis, Management / C. Grozavu, M. Ilias, D. Pantile // *Chirurgia*. – 2014. – Vol. 109, № 6. – P. 758–768.
5. Фрейнд Г. Г., Живаева Е. В. Морфогенетические варианты непаразитарных кист печени. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;156(8): 94-98. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-156-8-94-98.
6. Толстокоров, А. С. Хирургическая тактика у больных эхинококкозом печени / А. С. Толстокоров, Ю. С. Гергенретер // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2009. – Т. 5, № 4. – С. 626–629.
7. Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения / А. Н. Лотов, А. В. Чжао, Н. Р. Черная // *Трансплантология*. – 2010. – № 2. – С. 18–26.
8. Эхинококкоз: современное состояние проблемы / П. С. Ветшев, Г. Х. Мусаев, С. В. Муслик // *Український журнал хірургії*. – 2013. – № 3. – С. 196–201.
9. Магнитно-резонансная томография в комплексной диагностике гидатидантного эхинококкоза печени / Е. С. Бельшева, В. Г. Быченко, А. Н. Лотов и др. // *Медицинская визуализация*. – 2003. – № 2. – С. 6–12.

10. Клинико-эпидемиологическая характеристика эхинококкоза в Запорожской области / Е. В. Рябоконе, О. В. Зарудная, Н. С. Ушенина и др. // Запорожский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 63–65.
11. Зогот С. Р. Комплексная лучевая диагностика эхинококкоза печени / С. Р. Зогот, Р. Ф. Акберов, А. Б. Ким // Практическая медицина. – 2012. – № 3 (58). – С. 75–77.
12. Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш., Икромов Т.Э. Влияние различных доз ультрафиолетовый лучей на резистентности патогенные микроорганизмы в эксперименте (in vitro). Тиббиётда янги кун - Бухоро, 2020. №4(33) — С. - 129-131. (14.00.00; № 22)
13. Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. Подавление резистентности микрофлоры под воздействием раствора диметилсульфоксида при лечении гнойно-хирургических заболеваний мягких тканей // Биология ва тиббиёт муаммолари - Самарканд, 2021. - №2 (127). - С. - 125-130. (14.00.00; №19)
14. Ярикулов Ш.Ш., Хасанов А.К., Мухаммадиев И.Ш., Пути снижения резистентности микрофлоры к антибиотикам при лечения гнойных ран. // Тиббиётда янги кун - Бухоро, 2020. -№3(31). – С. 156-160 (14.00.00; № 22)
15. Safoev Bakhodir Barnoyevich, Yarikulov Shukhrat Shokirovich, Boltayev Timur Shavkatovich. Influence of different concentrations of dimethylsulfoxide solution on antibiotic sensitivity of pathogenic microorganisms in experiment (In Vitro) European Journal of Molecular & Clinical Medicine. Great Britain. 2020, Volume 7, Issue 3, P. 5194-5198 (14.00.00; Scopus)
16. Safoev Baqodir Barnoyevich., Yarikulov Shuxrat Shokirovich. The influence of different doses of ultraviolet rays on the resistance of pathogenic microorganisms in experiment (in vitro) // Journal NX - A Multidisciplinary Peer Reviewed Journal. Maharashtra India. - 2021. - Vol 7. - №. 06. - P. 285–290. Impact Factor 7.223.
17. Ярикулов Ш.Ш. Влияние различных концентраций раствора диметилсульфоксида на чувствительности к антибиотикам патогенных микроорганизмов в эксперименте. Тиббиётда янги кун. Бухоро. - №4 – 33 - 2020. – С. 153 – 155.
18. Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш., Арашев Р.Р. Методы улучшения местного лечения гнойных ран с применением ультрафиолетового облучения в комбинации с многокомпонентными мазями на водорастворимой основе // Innovation in the modern education system: a collection scientific works of the International scientific conference // 25th April, 2021. – Washington, USA: "CESS", 2021. Part 5, Issue 1 – p, P. 558-565.
19. Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш., Каршиев Н.Р. Application of physical and chemical methods in treatment of purulent diseases of soft tissue Proceedings of Ingenious Global Thoughts An International Multidisciplinary Scientific Conference Hosted from San Jose, California November 29th, 2020 P. 55-56
20. NA.Narzieva, N.Hasanova Communicative competence as a pedagogical modelin the classrooms, ACADEMICIA: An international Multidisciplinary Research Journal, volume 10(6),78-81,2020
21. NA Narzieva The concept of defined target technologies and their role in the educational process, Theoretical and Applied science, 2020
22. NA Narzieva. The concept of defined target technologies and their role in the educational process// Theoretical &Applied science, 356-360, 2020

-
23. NN Atakulovna FACTORS SUPPORTING TEACHING AND LEARNING ENGLISH IN NON-ENGLISH SPEAKING COUNTRIES, ResearchJet Journal of Analysis and Inventions, 2021
 24. NN Atakulovna Teaching Vocabulary by Using Digital Technology to Non-Native Learners, " ONLINE-CONFERENCES" PLATFORM, 2021
 25. NA Narzieva, ORGANIZING ENGLISH CLASSES REGARDING LEARNERS WISHES, Scientific progress, 2021.