

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ**

**А.И. Мусаев, Б.С. Ниязов, М.Ж. Алиев, Т.А. Калыбеков,
Максут уу. Э., А.И. Балтабаев**

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: musa-aliev-69@mail.ru
talgat.kalybekov@mail.ru*

Резюме. Цель работы – улучшить результаты оперативного лечения эхинококкоза печени за счет комплекса мер профилактики воспалительных осложнений.

Под наблюдением было 2 группы: первая - 122 человека, профилактика включала антибиотики внутримышечно и вторая группа - 68 больных, у которых профилактика включала обработку раны озонированными растворами, инфракрасное лазерное облучение операционной раны (5-6 сеансов) и периоперационное введение антибиотиков.

При использовании антибиотиков для профилактики, осложнения выявлены у 19 (15,6%), а во второй группе, где применен комплекс мер профилактики осложнений у 4 (5,9%). Обосновано включение инфракрасного лазерного излучения.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, оперативное лечение, осложнения, профилактика, инфра красный лазер.

**БООРДУН ЭХИНОКОККЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСЫНДАГЫ
КАБЫЛДООЛОРДУН АЛДЫН АЛУУНУН ПАЙДАСЫ**

**А.И. Мусаев, Б.С. Ниязов, М.Ж. Алиев, Т.А. Калыбеков,
Максут уу. Э., А.И. Балтабаев**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
Комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иш максаты – сезгенүүчү кабылдоолордун бирдиктүү алдын алуу чараларын колдонуу менен эхинококкоз дартын операциялык жол аркылуу дарылоону өркүндөтүү.

Биздин көзөмөлдө 2 топтогу бейтаптар болду: биринчиси – 122 бейтап, алар сезгенүүлөрдүн алдын алуу учун мурун колдонулуп келген антибиотиктерин алуу менен болду, ал эми экинчи топ 68 бейтапты түздү, алар алдын алуу чараларын жараны озон аралашмасы менен жууп-тазалоо, операциядан кийинки жараны инфра-кызыл нуру

(5-6 сеанс) менен нурдантуу жана операциянын алдында антибиотик дарыларын колдонуу чаралары менен болду.

Сезгенүүлөрдүн алдын алуу учун антибиотиктерди колдонуу ыкмасында 19 (15,6%) бейтапта кабылдоо болду жана бирдиктүү алдын алуу чараларын колдонгон экинчи топто кабылдоолор – 4 (5,9%) бейтапта байкалды. Бул изилдөөдө инфра-кызыл нурун эхинококкэктомия операциясында жараларга колдонуу негизделди.

Негизги сөздөр: боор эхинококкозу, операция жолу менен дарылоо, кабылдоо, алдын алуу, инфра-кызыл нуру.

THE EFFECTIVENESS OF MEASURES TO PREVENT COMPLICATIONS OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

A.I. Musaev, B.S. Niazov, M.J. Aliev, T.A. Kalybekov, Maksut uu. E., A.I. Baltabaev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Surgery department of general practice with a course of Combustiology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The purpose of the work is to improve the results of surgical treatment of liver echinococcosis due to a set of measures for the prevention of inflammatory complications.

Two groups were observed: the first was 122 people, the prevention included antibiotics intramuscularly and the second group of 68 patients whose prevention included treating the wound with ozonated solutions, infrared laser irradiation of the operating wound (5-6 sessions) and perioperative administration of antibiotics.

When using antibiotics to prevent complications, they were found in 19 (15.6%), and in the second group, where a set of measures for the prevention of complications were applied - in 4 (5.9%). The inclusion of infrared laser radiation is grounded.

Key words: liver echinococcosis, surgical treatment, complications, prophylaxis, infra red laser.

Введение

Эхинококкоз – одно из наиболее распространенных паразитарных заболеваний с преимущественным поражением печени, при котором возникают такие осложнения как нагноение, разложение, прорыв кист в брюшную или плевральную полость [1,2].

По сведениям многих исследователей за последние 20-25 лет отмечается существенный рост заболеваемости эхинококкоза с очень частыми осложнениями,

лечение которых более сложное [3,4].

Кроме того при наличии осложнений более высокий риск возникновения воспалительных осложнений после операции, особенно раневых, которые требуют более длительного стационарного и амбулаторного лечения и значительно влияют на исход заболевания [5,6].

С целью профилактики воспалительных осложнений более широко используются антибиотики, но они малоэффективны из-за появления антибиотико-

устойчивых форм микроорганизмов и значительно реже с целью профилактики применяются физические факторы [7,8]. Идут поиски более эффективных мер профилактики, чтобы снизить частоту воспалительных осложнений и тем самым улучшить результаты лечения больных эхинококкозом и снизить материальные затраты на лечение.

Цель работы: улучшить результаты оперативного лечения эхинококкоза печени за счет комплекса мер профилактики воспалительных осложнений и развивать их применения.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 190 больных, оперированных в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 г. Бишкек по поводу эхинококкоза печени. Из них женщин 104 и мужчин 86, возраст колебался от 16 до 72 лет, но наибольшее число больных было в возрасте от 30 до 50 лет. Сроки заболевания пациентов отмечены от 3 месяцев до 6 лет, но чаще поступали на оперативное лечение в сроке до 3х лет. Сопутствующие заболевания выявлены у 56 больных (29,5%).

Все больные отмечали контакт с животными (собаками и мелким рогатым скотом). При поступлении жаловались на тупую боль в правом подреберье, слабость, быструю утомляемость, потерю веса, ухудшение аппетита, что явилось основанием для обращения к врачу и детальному обследованию.

При поступлении уделяли внимание анамнезу болезни, месту жительства, какие операции перенес в прошлом, по поводу какого заболевания оперированы члены семьи. Нередко при детальном

ознакомлении выявляли, что члены семьи оперированы по поводу эхинококкоза, особенно проживающие в регионах с высокой заболеваемостью эхинококкозом.

При обследовании больных, выполняли общий анализ крови и мочи, электрокардиографию, свертываемость крови, исследовали функциональное состояние печени и почек, ставили пробу для выявления антитела на эхинококк, ультразвуковые исследования для установления характера поражения печени, локализации, размеры патологического очага и исследовали органы брюшной полости для выявления поражения эхинококкозом или другими заболеваниями, в сомнительных случаях назначали КТ. УЗИ использовали также в послеоперационном периоде для выявления осложнений в брюшной и грудной полости, а также для определения течения раневого процесса после эхинококкэктомии (эхоморфометрия ран).

Полученные результаты статистически обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) и ошибки ряда (m), а степень достоверности определяли по таблице Стьюдента.

В результате выполненных исследований установлено, что поражение правой доли печени имеет место у 132 больных, левой у 50 и обе доли поражены у 8. Неосложненные формы эхинококкоза имели место у 91, нагноение кист у 52, разложение у 45 и прорыв кисты в брюшную полость у двух больных.

Размеры кист были в основном большие (от 10 до 15 см в диаметре) – 98 чел., средних размеров (от 5 до 10 см) у

86, гигантские у 3 больных (более 20 см в диаметре) и малых размеров (не более 5 см в диаметре было 3 пациента). Следовательно, в основном кисты были средних и больших размеров.

После установления диагноза все больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием.

Результаты и их обсуждение

В процессе работы были выделены две группы больных в зависимости от мер профилактики воспалительных осложнений. В первую группу включено 122 пациентов, у которых для профилактики использовали антибиотики (в послеоперационном периоде на протяжении 5-6 дней, внутримышечно гентамицин по 80мг два раза в сутки или ампициллин по 500 тыс ед. 4 раза в сутки внутримышечно), а вторую группу составили 68 пациентов, которые наряду с антибиотиками, которые вводили внутривенно за 1 час до операции и к концу ее завершения (цефазолин или цефтриаксон), обе группы по возрасту и полу, давности заболевания были равнозначны.

При неосложненном эхинококкозе, больные в послеоперационном периоде не получали антибиотики, а при осложненном эхинококкозе продолжали антибиотики на протяжении 3-4 суток. А в послеоперационном периоде, начиная со второго дня назначали инфракрасное лазерное излучение на область раны (5-6 сеансов) аппаратом «Матрикс», частота 80 Гц., экспозиция 10 минут.

Обеззараживание в обеих группах осуществляли 0,02% раствором декасана, эффективность которого обоснована клиническими, лабораторными и экспериментальными исследованиями, выполненными М.Ж. Алиевым [9], а в основной группе обеззараживание дополняли озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и при завершении основного этапа эхинококкэктомии рану на всем протяжении орошали озонированным раствором.

После обследования и определения характера заболевания и краткосрочной подготовки пациенты оперированы, типы операций даны в таблице 1.

Таблица 1 - Типы операций у больных контрольной и основной групп

Типы операций	Контрольная n-122		Основная n-68		из них возникли восп. осложнения	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	контр.	основ.
Капитонаж	16	13,1	7	10,3	3	1
Инвагинация	27	22,1	6	8,8	5	1
Абдоминализация	25	20,5	28	41,2	4	-
Перицистэктомия	26	21,3	12	17,7	4	1
оментопластика по Аскерханову	6	4,9	2	2,9	1	-
Идеальная эхинококк- эктомия	9	7,4	2	2,9	1	-
Открытый метод	4	3,3	4	5,9	-	-
Резекция печени	9	7,4	7	10,3	1	1
Итого	122	100,0	68	100,0	19 (15,6%)	4 (5,9%)

В обеих группах выполнялись типичные для эхинококкоза операции, но в контрольной группе при выполнении капитонажа и инвагинации значительно чаще возникали воспалительные осложнения, и хотя мы использовали полузакрытый метод с активной аспирацией отделяемого, при этих методиках чаще, чем после других возникали осложнения – это в основном плеврит и нагноение раны. Учитывая эти обстоятельства мы в основной группе эти два метода (капитонаж, инвагинация) использовали реже,

а чаще выполняли абдоминализацию с тщательным контролем на выявление желчных свищей, а при их выявлении – их ушивали. Использование примененных нами мер профилактики позволило снизить частоту воспалительных осложнений.

Особое внимание нами было обращено на течение раневого процесса. С этой целью мы выполняли УЗИ послеоперационной раны (эхоморфометрию) и измеряли зону инфильтрации через 1,3,5 суток после операции (табл. 2).

Таблица 2 - Показатели эхоморфометрии ран (в см) больных контрольной и основной групп

Группы обследованных	Сроки исследования		
	1 сутки	3 сутки	5-6 суток
Контрольная n-58	2,2±0,17	3,5±0,11	2,3±0,08
Основная n-54	2,3±0,12	2,8±0,09	1,8±0,04
Р-степень достоверности	>0,05	<0,01	<0,05

В контрольной группе обследовано 58 больных, а в основной 54. В разработку включены больные у которых во все сроки исследования выполнена эхоморфометрия.

Анализ показателей эхоморфометрии операционной раны показал, что через сутки зона инфильтрации была равнозначной в обеих группах. На 3 сутки после операции зона инфильтрации увеличивается в обеих группах, но в основной группе она достоверно меньше в сравнении с контрольной. На 5-6 сутки зона инфильтрации в обеих группах продолжает уменьшаться, но более выраженное уменьшение отмечено в основной группе, где в момент операции рана обраба-

тывалась озонированным раствором, а в послеоперационном периоде использовано инфракрасное облучение раны.

Однако, такая закономерность отмечена не у всех больных, особенно у пациентов контрольной группы. У 6 больных контрольной группы при динамическом наблюдении отмечено увеличение зоны инфильтрации на 5-6 сутки, что закончилось нагноением раны. Учитывая результаты эхоморфометрии в основной группе, то если зона инфильтрации оставалась на уровне трех суток – снимали 1-2 шва и накладывали полуспиртовую повязку и усиливали противовоспалительную терапию, а если зона инфильтрации на 5-6 сутки увеличивалась в

сравнении с третьими сутками, то снимали один два шва, выполняли ревизию раны и продолжали противовоспалительную, антибиотикотерапию.

Наши наблюдения показали, что показатели эхоморфометрии раны являются более ранними признаками риска нагноения раны в сравнении с клиническими и их можно использовать в клинике.

Улучшение результатов оперативного лечения эхинококкоза печени можно добиться путем применения мер профилактики осложнений и использования эхоморфометрии для оценки течения раневого процесса.

Литература

1. Оморев, Р.А. Заболеваемость эхинококкозом в Кыргызской Республике [Текст] / Р.А. Оморев, Ж.Т. Конурбаева, Р.М. Баширов // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 2008. - Том 14, приложение 2. - С. 40-42.
2. Калиева, Д.К. Эхинококкоз. Актуальные вопросы хирургического лечения [Текст] / Д.К. Калиева // Наука и здравоохранение. - Караганда, 2014. - №6. - С. 4-8.
3. Андон, Б. Послеоперационные осложнения печеночно-легочного эхинококкоза [Текст] / Б.Г. Андон, Л.Г. Андон, П. Бужор // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. - Иркутск, 2012. - С. 34-35.
4. Курбонов, К.М. Особенности лечения острого калькулезного холецистита, осложненного перипузырным инфильтратом [Текст] / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, У.К. Муродов // Вестник хирургии Казахстана. - 2018. - №1, спец. выпуск 1. - С. 51-52.

Выводы:

1. Назначение антибиотиков после эхинококэктомии печени малоэффективно в профилактике воспалительных осложнений.
2. Обработка раны озонированными растворами, периоперационное внутривенное введение цефазолина или цефтриаксона в сочетании с инфракрасным лазерным облучением операционной раны позволяют снизить частоту осложнений в три раза (с 15,6% до 5,9%).
3. Эхоморфометрия раны является ценным показателем течения раневого процесса и может быть использована в абдоминальной хирургии.

5. Frider, B. Treatment of liver hydatidosis: How to treat an asymptomatic carrier? [Text] / B. Frider, E. Larrieu // World J. Gastroenterol. - 2010. - Vol. 16, №7. - P. 4123-4129.
6. Мусаев, А.И. Меры профилактики нагноения остаточной полости после эхинококэктомии печени. Методические рекомендации [Текст] / А.И. Мусаев, Р.М. Баширов, М.Б. Усубалиев // Бишкек, 2004. - 13 с.
7. Вафин, А.З. Применение плазменных технологий в хирургии эхинококкоза печени [Текст] / А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров // Вестник хирургии. - 2002. - №4. - С. 56-59.
8. Синило, С.Б. Лечение паразитарных кист печени [Текст] / С.Б. Синило, С.И. Третьяк, Н.Т. Ращинская // Материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. - Ташкент, 2015. - С. 132-133.
9. Алиев, М.Ж. Эффективность методов обеззараживания полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 14.01.17. Бишкек, 2015. - 21с.