

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

Умаркулов Забур Зафаржонович, Файзуллаев Санжар Аслиддин угли

Самаркандский государственный медицинский университет.

г. Самарканд, Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10934522>

Аннотация: По данным Всемирной организации здравоохранения, непаразитарные кисты печени выявляют у 1-2% населения, хотя клинически болезнь проявляется только у 10-16% больных при ее прогрессировании. При этом у женщин данное заболевание встречается в 3-5 раз чаще. Вместе с тем по данным этой же организации «в мире эхинококкозом поражено более 1 млн человек, при этом среди различных органов и тканей в 44-84% случаев процесс локализуется в печени». Большие кисты центрального расположения и массивное кистозное поражение могут приводить к сдавлению сосудисто-секреторных элементов печени с развитием симптомов механической желтухи и портальной гипертензии. В вопросе происхождения непаразитарных кист печени нет единого мнения. Часть авторов придерживаются мнения об образовании кист в результате воспалительной гиперплазии желчных путей в период эмбриогенеза и их последующей обструкции.

Ключевые слова: гепатоциты, зоонозные очаги, эхинококк, печень.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF ECHINOCOCCAL LIVER CYSTS

Abstract: According to the World Health Organization, non-parasitic liver cysts are detected in 1-2% of the population, although the disease clinically manifests itself in only 10-16% of patients as it progresses. Moreover, in women this disease occurs 3-5 times more often. At the same time, according to the same organization, “more than 1 million people in the world are affected by echinococcosis, and among various organs and tissues, in 44-84% of cases the process is localized in the liver.” Large centrally located cysts and massive cystic lesions can lead to compression of the vascular-secretory elements of the liver with the development of symptoms of obstructive jaundice and portal hypertension. There is no consensus on the origin of non-parasitic liver cysts. Some authors are of the opinion that cysts form as a result of inflammatory hyperplasia of the biliary tract during embryogenesis and their subsequent obstruction.

Keywords: hepatocytes, zoonotic foci, echinococcus, liver.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Как причина возникновения кист печени рассматривается и прием гормональных препаратов (эстрогенов, оральных контрацептивов). Преобладающей в современной медицинской науке является теория, объясняющая возникновение кист печени из аберрантных внутريدольковых и междольковых желчных ходов, которые в процессе эмбрионального развития не включаются в систему желчных путей. Секреция эпителия этих замкнутых полостей приводит к накоплению жидкости и превращению их в кисту печени. Эта гипотеза подтверждается тем фактом, что секрет кисты не содержит желчи, а полость образования не сообщается с функционирующими желчными ходами. При клинических проявлениях кист печени пациенты отмечают чувство тяжести или боли в правом подреберье и эпигастральной области, дискомфорт в животе после приема пищи,

изжогу, отрыжку, потерю аппетита, тошноту. Непаразитарные кисты печени, как правило, развиваются в возрасте 30-50 лет, тогда как эхинококкоз печени встречается в любом возрасте.

Целью исследования является улучшение результатов диагностики и хирургического лечения больных паразитарными и непаразитарными кистами печени на основе применения диапневтических методов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование основано на клинико-лабораторном обследовании 117 больных с кистозными образованиями печени, которым произведено диапневтические и оперативные вмешательства в хирургическом отделении многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета за период с 2016 по 2023 год. Все пациентам процедуры произведены в плановом порядке. В зависимости от выбора тактики лечения больные были разделены на две группы. Первую группу, группу сравнения составили 65 больных, которым паразитарные и непаразитарные кисты удалены лапароскопическим и открытыми методами. Вторую группу, основную группу составили 52 больных, которым произведена чрескожная чреспеченочная кистэктомия. Распределение больных в группах сравнения по основным отличительным признакам представлено в табл. 1.

Таблица 1. Распределение больных по группам сравнения

Фактор отличия	Группа сравнения (n=65)		Основная группа (n=52)	
	абс.	%	абс.	%
Чрескожная чреспеченочная кистэктомия	0	0	52	100,0
Лапароскопическая кистэктомия из печени	32	49,2	0	0
Открытая кистэктомия из печени	33	50,8	0	0
Применение усовершенствованной дренажной трубки с целью дренирования остаточной полости после кистэктомии из печени	12	18,5	7	13,5
Применение усовершенствованной пункционной иглы для открытых операций	24	36,9	0	0
Применение разработанного тактического алгоритма хода кистэктомии из печени	65	100,0	52	100,0
Применение программы для оценки качества жизни после операции	53	81,5	44	84,6

Пациентов с солитарными и множественными кистами объединили в одну группу ввиду общей их этиологии, что облегчило обработку материала и их анализ.

В наше исследование вошли больные с паразитарными кистами в модификации E. Veterinorum, т.е. в просвете кисты имелись 1 или 2 хитиновых оболочек без дочерних пузырей. Также в нашем исследовании отсутствовали больные с рецидивными паразитарными кистами.

Размеры кист в печени варьировали от 2 до 20 см в диаметре и содержали от нескольких миллилитров до 1 литра жидкости, основную массу (67,5%) составляли

пациенты с кистами от 5 до 10 см. Размер эхинококковых кист варьировал до 10 см в диаметре. По своему характеру в 82 наблюдениях жидкость была прозрачной или бесцветной, в 29 случаях светло-желтой, коричневой или мутной, в 6 – гнойной (табл. 2.3).

По количеству кист больные распределены по классификации А.А. Шалимова (1993 г.). По этой классификации одиночные или солитарные кисты выявлены у 80 (68,4%) больных, множественные кисты, т.е. 2 или 3 кисты выявлены у 22 (18,8%) больных. Поликистоз печени (непаразитарные кисты) отмечен у 15 (12,8%) больных только в группе сравнения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ РАБОТЫ

Принципиальным моментом разрабатываемой проблемы явилось резкое ограничение показаний к проведению открытых вмешательств через лапаротомный доступ вследствие их высокой травматичности, неудовлетворительных ближайших и отдаленных результатов, а также в связи с бурным развитием методов медицинской визуализации и внедрением в хирургическую практику миниинвазивных технологий.

При определении показаний к оперативному лечению исходили из того, что пациенты с истинными неосложненными кистами печени размерами до 5 см в диаметре подлежали динамическому наблюдению. Согласно данным литературы, такие кисты не вызывают атрофических изменений окружающей кисту паренхимы печени и не влияют на функциональное состояние органа. Верифицировать истинные неосложненные кисты помогало применение ультрасонографии в режиме цветного доплеровского исследования.

Полное отсутствие кровотока в толще стенки кисты явилось важным дифференциально-диагностическим признаком в отношении осложненных кист и других очаговых заболеваний печени. В ряде случаев при выполнении цветной доплерографии были отмечены слабо выраженные сигналы как в области стенок кисты, так и в ее полости, однако при истинных кистах печени данные сигналы являлись артефактами и быстро исчезали при изменении параметров исследования.

Основными были жалобы на боль, чувство дискомфорта в области правого подреберья или эпигастрия, увеличение размеров живота. У пациентов с поликистозной болезнью преобладали жалобы на тяжесть, боль, чувство распирания, а в области правого подреберья и эпигастрия.

Основным пункционным методом лечения у исследуемых пациентов явилась чрескожная пункция и склерозирования кист печени, которая была выполнена у 31 (79,5%) больному. В качестве склерозирующего вещества мы применяли 96% спирт, вводя его в полость кисты в объеме 40-45% от количества эвакуированной жидкости. При кистах большого размера, производили инстилляцию в объеме 40-60 мл спирта с целью предотвращения интоксикации. Экспозиция составляла 5 минут, при этом пациенту предлагалось несколько раз поменять положение тела, для увеличения контакта внутренней выстилки кисты со склерозантом, после чего повторно проводилась полноценная эвакуация содержимого кисты с последующим удалением иглы. Следует отметить, что большинство авторов в качестве склерозанта так же предлагают использовать 96% спирт в сочетании с йодом.

ВЫВОД

Анализ чрескожно – пункционных методов хирургических операций выявил широкие возможности лечебно – диагностической тактики ведения больных с кистами печени, которая позволяет обеспечить в большинстве случаев выполнение оперативного

вмешательства в условиях более благоприятных для пациента. Пациенты с непаразитарными солитарными кистами или доминирующей кистой при поликистозной болезни до 5 см в диаметре нуждаются в динамическом наблюдении. Показаниями к пункционным кистэктомиям считаем непаразитарные солитарные и множественные кисты печени размеры которых 5 см и более. Противопоказаниями считаем локализацию кист по задней поверхности печени, а также интрапаренхиматозное расположение. Показаниями к пункционной эхинококкэктомии являются солитарные и множественные кисты диаметром не более 7 см, расположенные в допустимых зонах, в стадии CE1 по классификации ВОЗ (2003). Противопоказаниями к применению данной методики являются диссеминированные и осложненные формы эхинококкоза.

Литературы

1. Abduraxmanov D. et al. CRITERIA FOR CHOOSING PLASTIC SURGERY IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIAS AND ABDOMINOPTOSIS //Science and Innovation. – 2022. – Т. 1. – №. 5. – С. 56-61.
2. Abduraxmanov D. et al. FEATURES OF HERNIOPLASTY AND ABDOMINOPLASTY IN PATIENTS WITH POSTOPERATIVE VENTRAL HERNIA AND ABDOMINOPTOSIS //Science and innovation. – 2022. – Т. 1. – №. 5. – С. 33-40.
3. ABDURAXMANOV D. S. H. et al. Criteria for choosing surgical treatment of patients with ventral hernias and obesity //International Journal of Pharmaceutical Research (09752366). – 2020. – Т. 12. – №. 3.
4. Alievich A. I. et al. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ЧРЕСКОЖНО-ЧРЕСПЕЧЕНОЧНОЙ МИКРОХОЛЕЦИСТОСТОМИИ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2023. – Т. 8. – №. 5.
5. Davlatov S. et al. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research (09752366). – 2020.
6. Khamidov O. A., Ataeva S. K., Nurmurzaev Z. N. U. PATHOLOGY OF LOWER EXTREMITY VEINS IN OSTEOARTHRITIS OF KNEE JOINTS //Academic research in educational sciences. – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 964-976.
7. N., Nurmurzayev Z., Abduqodirov Kh. M., and Akobirov M. T. 2023. “Transabdominal Ultrasound for Inflammatory and Tumoral Diseases Intestine: New Possibilities in Oral Contrasting With Polyethylene Glycol”. Central Asian Journal of Medical and Natural Science 4 (3), 973-85. <https://cajmns.centralasianstudies.org/index.php/CAJMNS/article/view/1606>.
8. Nurmurzayev Z.N.; Suvonov Z.K.; Khimmatov I.Kh. Ultrasound of the Abdominal Cavity. JTCOS 2022, 4, 89-97.
9. RAKHMANOV K. E., DAVLATOV S. S., ABDURAXMANOV D. S. H. Correction of albandazole disease after echinococcectomy of the liver //International Journal of Pharmaceutical Research (09752366). – 2020. – Т. 12. – №. 3.
10. Абдурахманов Д. Ш., Олимджонзода Х. Л. Эволюция методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 16 (70). – С. 70-76.
11. Абдурахманов Д. Ш., Хайдарова Л. О. Алгоритм ведения больных с эхинококкозом печени //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 41 (125). – С. 92-103.
12. Абдурахманов Д. Ш., Хайдарова Л. О. Качество жизни больных, перенесших эхинококкэктомию из печени //Вопросы науки и образования. – 2020. – №. 41 (125). – С. 81-91.

13. Арзиев И.А., Рустамов С.У., Нурмурзаев З.Н. Методологические принципы чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии под ультразвуковым контролем // Биомедицина ва амалиёт журнали. - 2023. - Том 1, № 5. – С. 280-285.
14. Арзиев И.А., Рустамов С.У., Нурмурзаев З.Н. Применение методик навигационной хирургии в лечении больных острым холециститом // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2023. - №5 (148). - С. 124-127.
15. Курбаниязов З. Б. и др. Эффективность приоритетного использования миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении осложненных форм острого холецистита // Вестник экстренной медицины. – 2022. – Т. 15. – №. 6. – С. 11-14.
16. Курбаниязов З.Б., Хамидов О.А., Нурмурзаев З.Н. Навигационные методы и рентгенхирургия в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни // Методические рекомендации. - Самарканд, 2023. - 20 с.
17. Курбаниязов З.Б., Шоназаров И.Ш., Хамидов О.А., Нурмурзаев З.Н. Роль диапевтических, эндоскопических методов и рентгенхирургии в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2022. - №1 (140). - С. 124-127.
18. Нурмурзаев З. Н. У., Жураев К. Д., Гайбуллаев Ш. О. У. ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ЦИТОЛОГИЯ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБРЮШИННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ 85 СЛУЧАЕВ // Academic Research in Educational Sciences. – 2023. – Т. 4. – №. 4. – С. 126-133.
19. Нурмурзаев, З. Н., Жураев, К. Д., & Гайбуллаев, Ш. О. (2023). ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ЦИТОЛОГИЯ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБРЮШИННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ 85 СЛУЧАЕВ. Academic Research in Educational Sciences, 4(4), 126–133.
20. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением диапевтических методов и рентген хирургии. Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан, 2023. DGU № 24722.
21. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш., Нурмурзаев З.Н. Клиническая эффективность миниинвазивных методов хирургического лечения острого холецистита у больных старше 60 лет // Finland, Helsinki international scientific online conference. "Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th 2023. HELSINKI. Pg. 27-28.
22. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш., Нурмурзаев З.Н. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста // Finland, Helsinki international scientific online conference. "Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th 2023. HELSINKI. Pg. 29-30.
23. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамаражабов С.Э., Нурмурзаев З.Н., Абдурахманов Д.Ш. Surgery of Cholelithiasis in Patients Older Than 60 Years // Texas Journal of Medical Science Volume. – 2023. Vol. 18, Issue 04. P. 25-29.
24. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамаражабов С.Э., Нурмурзаев З.Н., Абдурахманов Д.Ш. Features of surgical correction of complicated forms of cholelithiasis in the elderly and senile age // Texas Journal of Medical Science Volume. – 2023. Vol. 18, Issue 04. P. 17-24.

25. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Мамаражабов С.Э., Нурмурзаев З.Н., Абдурахманов Д.Ш. Аспекты хирургии желчнокаменной болезни у больных пожилого старческого возраста // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2023. - №1 (134) – С. 43-48.
26. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Нурмурзаев З.Н., Олимжонова Ф.Ж. The Effectiveness of Staged Surgical Tactics for the Treatment of Complicated Forms of Cholelithiasis in Elderly and Senile Patients // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2023. - N 13(5). – P. 586-592.
27. угли Нурмурзаев З. Н., Жураев К. Д., угли Гайбуллаев Ш. О. ТОНКОИГОЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ЦИТОЛОГИЯ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБРЮШИННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ: ИССЛЕДОВАНИЕ 85 СЛУЧАЕВ.
28. Шоназаров И.Ш., Курбаниязов З.Б., Нурмурзаев З.Н. Этапное лечение острого холангита с предварительной декомпрессией желчных протоков // International Journal of Education, Social Science & Humanities. FARS Publishers: 11 P. 817-824.
29. Шоназаров И.Ш., Курбаниязов З.Б., Нурмурзаев З.Н. Чресдренажная санация билиарного тракта в профилактике и лечении холангиогенных абцессов печени // International Journal of Education, Social Science & Humanities. FARS Publishers: 11 P. 807-816.
30. Шоназаров И.Ш., Нарзуллаев С.И., Хамидов О.А., Курбаниязов З.Б., Нурмурзаев З.Н. Диапевтические и рентгенэндобилиарные вмешательства в коррекции осложнений после холецистэктомии // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2022. - №1 (140). - С. 255-258.