

ВЫБОР ДИАГНОСТИКИ, ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ ПАРАЗИТАРНЫХ И НЕ ПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ

¹Бобокулов А.У., ²Бабакулова Ф.У.

¹Самаркандский государственный медицинский университет. г. Самарканд, Узбекистан.

²Чирчикский государственный педагогический университет. г. Ташкент. Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11481097>

Аннотация: В мировой практике проводится целый ряд целенаправленных научных исследований, направленных на изучение морфофункциональных критериев оценки тяжести течения заболевания, в том числе: изучение влияния кист печени на морфофункциональные изменения в гепатоцитах, степень которых варьирует от незначительных нарушений вплоть до цирроза печени. Продолжаются исследования по изучению сложной защитной реакции метоцестод, нацеленной на изменение иммунного ответа хозяина и препятствующей их элиминации, при которой паразит минимизирует воздействие системы иммунитета путем выработки иммуномодулирующих молекул, создавая тем самым помехи в активности системы комплемента, изменяя функционирование лейкоцитов или используя феномен молекулярной мимикрии. Особо приоритетными являются вопросы изучения климатических, географических, социальных и экономических условий на формирование зоонозных очагов с разной степенью напряженности эпизоотических процессов, в связи с тем, что заболеваемость людей эхинококковой болезнью прямо пропорционально коррелирует с этими факторами риска.

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

CHOICE OF DIAGNOSTICS, SURGICAL PRACTICE OF PARASITIC AND NON-PARASITIC LIVER CYSTS

Abstract: In world practice, a number of targeted scientific studies are being carried out aimed at studying the morphofunctional criteria for assessing the severity of the disease, including: studying the effect of liver cysts on morphofunctional changes in hepatocytes, the degree of which varies from minor disorders up to cirrhosis of the liver. Research is ongoing to study the complex defense response of metacestodes, aimed at changing the host's immune response and preventing their elimination, in which the parasite minimizes the impact of the immune system by producing immunomodulatory molecules, thereby interfering with the activity of the complement system, changing the functioning of leukocytes, or using the phenomenon of molecular mimicry. Of particular priority are the issues of studying climatic, geographical, social and economic conditions on the formation of zoonotic foci with varying degrees of intensity of epizootic processes, due to the fact that the incidence of hydatid disease in people is directly proportional to these risk factors.

Keywords. hepatocytes, zoonotic foci, echinococcus, liver.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Несмотря на бурное развитие медицины, обусловленное разработкой и массовым внедрением в клиническую практику новых медицинских технологий и современной аппаратуры, вопросы диагностики и хирургического лечения непаразитарных кист печени остаются одними из актуальных и до конца нерешенных проблем современной гепатохирургии.

Еще в трудах Гиппократы встречаются данные о кистозном поражении печени паразитарного характера, однако, впервые описал случай именно непаразитарной кисты печени в 1856 году Bristow, отметив её связь с поликистозным заболеванием почек. В том же году Michel сообщил впервые о соли- тарной непаразитарной кисте печени.

Длительное время непаразитарные кисты печени оставались находкой на операционном или секционном столе. Внедрение в клиническую практику УЗИ и КТ изменило представление о частоте встречаемости данной патологии.

По современным представлениям, частота встречаемости данной нозологии составляет 0,15-1,86% от общей структуры заболеваемости печени, что дало представление о характере кист, их размерах, локализации, количестве, отношении к сосудам и протокам печени, взаимоотношении с соседними органами и тканями.

В литературе данные об оперативных вмешательствах по поводу непаразитарных кист печени появились в 1913 году; было описано 34 операции, а в 1923 году уже количество операции по поводу кист печени составило 104.

Однако проблема все еще оставалась малоизученной и все операции носили преимущественно экстренный характер, являясь следствием несвоевременной диагностики.

Накопление клинического материала и анализ клинических данных способствовали дальнейшему более глубокому изучению заболевания, поиску новых решений многих вопросов в диагностике и лечении непаразитарных кист печени, появились варианты классификации НКП.

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

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИИ

Исследование основано на клинко-лабораторном обследовании 117 больных с кистозными образованиями печени, которым произведено лапароскопические 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 (рис. 2.1).

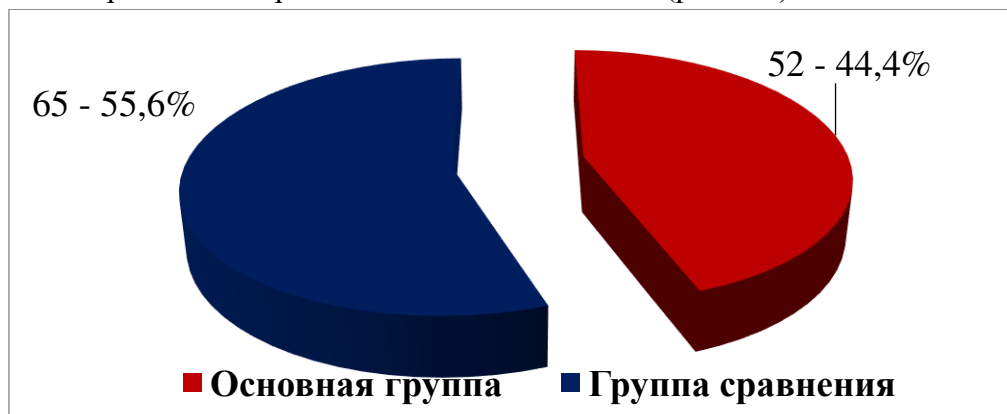


Рис. 2.1. Распределение больных на группы исследования (n=117)

Распределение больных в группах сравнения по основным отличительным признакам представлено в табл. 2.1.

Таблица 2.1. 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

Из 117 больных мужчин было 35 (29,9%), женщин – 82 (70,1%) (табл. 2.2).

Таблица 2.2. Распределение больных по полу

Группа больных	Пол больных					
	Мужчины		Женщины		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Группа сравнения	20	30,8	45	69,2	65	55,6
Основная группа	15	28,8	37	71,1	52	44,4
Всего	35	29,9	82	70,1	117	100,0

Распределение по возрасту: до 45 лет – 41 (35,0%), 46-59 лет – 65 (55,5%), 60-74 лет – 11 (9,4%) (рис. 2.2).

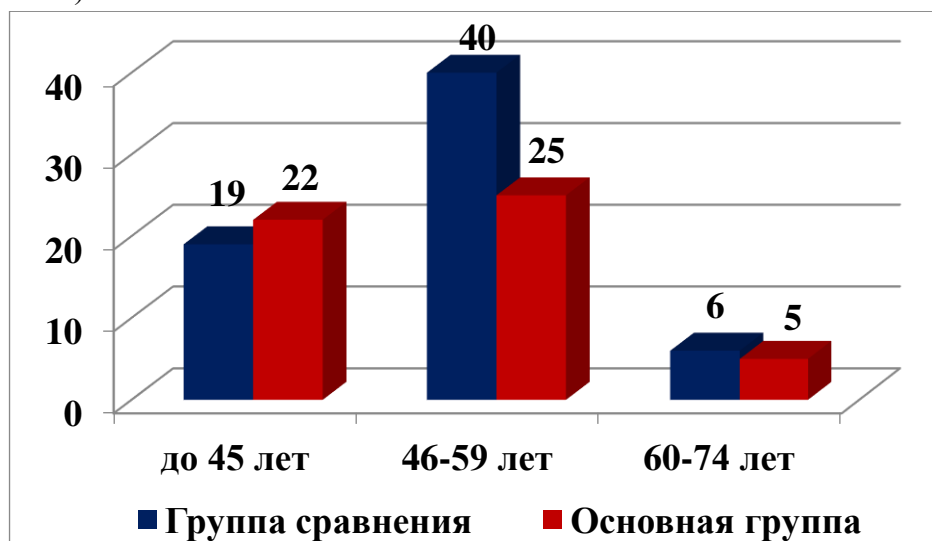


Рис. 2.2. Распределение больных по возрасту

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 Е. 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 (рис. 2.3).

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 распираания, 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. Абдуллаев А. М., Койчуев Р. А., Ахмедов И. Г. Сравнительная оценка качества жизни пациентов при активной и выжидательной тактиках лечения эхинококкоза печени при малых размерах кист // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2015. – Т. 10. – №. 1 (37).
2. Авасов Б.А. Резекции печени в хирургическом лечении эхинококкоза печени // Вестник КРСУ. - 2013. - Том 13. № 6. – С. 122-123.
3. Айтназаров М.С. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени перидиафрагмальной локализации // Вестник КРСУ. 2008. - Том 8. №4. – С. 64-66.
4. Рустамов И. М., Рустамов М. И., Аскарров П. А. Оптимальные методы хирургического лечения свежих повреждений магистральных желчных протоков // Проблемы биологии и медицины. – 2020. – Т. 4. – №. 1. – С. 121.
5. Алиев М.Ж. Эффективность методов обеззараживания полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени: Дисс. ... на соиск. учен. степ. канд. мед. наук Бишкек, 2015. 120 с.
6. Эшонходжаев О. Д. и др. Оценка эффективности антиспаечного покрытия на модели раны легкого в эксперименте // Polish science journal. – 2021. – С. 71.
7. Алиев М.М., Аллабергенов А.Т., Дадаев Х.Х. Комплексное лечение эхинококкоза печени у детей. // Хирургия Узбекистана, №3, 2001. – С. 76.
8. Альперович Б.И. Хирургия печени. – Москва: Медицина, 2010. - 171-208 с.
9. Муртазаев З. И. и др. Оптимальная Хирургическая тактика при эхинококкозе легких // Достижения науки и образования. – 2019. – №. 11 (52). – С. 61-66.
10. Eshonkhodjaev O. D. et al. Evaluation of the Effectiveness of Anti-adhesive Coating on a Model of a Lung Wound in an Experiment // JournalNX. – Т. 7. – №. 02. – С. 87-98.
11. Амонов Ш. Ш., Прудков М. И., Файзиев З. Ш. Применение хирургических инструментов при эхинококкэктомии из печени // Российский медико-биологический вестник имени академика ИП Павлова. – 2017. – Т. 25. – №. 3.

12. Эшонходжаев О. Д. и др. Оценка эффективности антиспаечного покрытия из производных целлюлозы модели образования спаек в брюшной полости в эксперименте //Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2020. – Т. 6. – С. 124.
13. Shodmonov A. A. et al. Improving the results of treatment of steroid-dependent and steroidresistant forms of non-specific ulcerative colitis using plasmapheresis //Western European Journal of Medicine and Medical Science. – 2023. – Т. 1. – №. 4. – С. 45-49.
14. Амонов Ш.Ш., Прудков М.И., Мухамедова З.Ш., Гульмурадов Т.Г. Роль пергидроля в ликвидации остаточных полостей при эхинококкозе печени // Доклады академии наук Республики Таджикистан. – Душанбе, 2015. -Том 58, №1. – С. 83-88.
15. Рустамов М., Муртазаев З., Дусияров М. Выбор оптимальной хирургической тактики при эхинококкозе печени //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 2 (83). – С. 106-109.