



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (49) 2022

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (49)

2022

ноябрь



Received: 15.10.2022
Accepted: 25.10.2022
Published: 15.11.2022

UDK 616.831-005

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОЛОСТНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНЫ ПРИ НЕСЛОЖНЫХ И СЛОЖНЫХ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ РАСПОЛОЖЕНИЯХ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Сафоев Б.Б., Р.Р.Арашов, Ш.Ш.Ярикулов,

Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

✓ Резюме

Целью нашего исследования явилось изучить сравнительный анализ результатов хирургического лечения полостных образований печени при несложных и сложных внутрипеченочных расположениях.

Проведено анализ результатов хирургического лечения у 37 больных с полостными образованиями печени. Из них 26 больные I группы были с полостными образованиями в области I-IV сегментах печени, что не требует большой технической трудности во время операции, связанное с анатомическим его расположениями. У II группы исследования включены 11 больные полостными образованиями печени с сложными анатомическими расположениями печени, которым очаги поражения была расположены к VII и VIII сегментах заднего коската диафрагмы, что вызывал большой технической трудности при выполнении операции из-за сложности доступа к очагу поражения.

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

ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER CAVITIES WITH SIMPLE AND COMPLEX INTRAHEPATIC ARRANGEMENTS IN A COMPARATIVE ASPECT

Safoev B.B., R.R.Arashov, Sh.Sh.Yarikulov,

Bukhara State Medical Institute. Uzbekistan

✓ Resume

The purpose of our study was to study a comparative analysis of the results of surgical treatment of cavities with liver formations in simple and complex intrahepatic arrangements.

The results of surgical treatment were analyzed in 37 patients with liver cavities. Of these, 26 patients of group I were with cavities in the I-IV segments of the liver, which does not require much technical difficulty during surgery due to its anatomical location. Group II of the study included 11 patients with cavities of the liver with complex anatomical arrangements of the liver, whose lesions were located to the VII and VIII segments of the posterior slope of the diaphragm, which caused great technical difficulties during the operation due to the difficulty of access to the lesion.

Key words: liver cavities, liver cysts, liver abscess.

ODDAY VA MURAKBEK ICHRAGI QOG'OZ POZİSYONLARI BO'LGAN BO'SHIK JIGAR FORMASI BO'LGAN BEMORLARNI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH NATIJALARINI QIYOSIY ASPEKTD A TAHLIL.

Safoev B.B., R.R.Arashov, Sh.Sh.Yariqulov,

Buxoro davlat tibbiyot instituti. O'zbekiston

✓ **Rezyume**

Tadqiqotimizning maqsadi oddiy va murakkab intrahepatik joylashuvi bo'lgan jigar bo'shlig'i shakllanishini jarrohlik davolash natijalarining qiyosiy tahlilini o'rganish edi.

Jarrohlik davolash natijalari bo'shliq jigar shakllanishi bo'lgan 37 bemorda tahlil qilindi. Ulardan I guruhdagi 26 nafar bemorda jigarning I-IV segmentlarida anatomik joylashuvi bilan bog'liq bo'lgan operatsiya vaqtida katta texnik qiyinchiliklarni talab qilmaydigan bo'shliq shakllanishlari bor edi. Tadqiqotning II guruhiga jigarning murakkab anatomik joylashuviga ega bo'lgan jigar kavitar shakllanishlari bo'lgan 11 bemorni o'z ichiga oldi, ularda jarohatlar diafragmaning orqa qismining VII va VIII segmentlarida joylashgan bo'lib, bu operatsiyani bajarishda katta texnik qiyinchiliklarni keltirib chiqardi. lezyonga kirish qiyinligiga.

Kalit so'zlar: jigarning kavitar shakllanishlari, jigar kistalari, jigar xo'ppozlari.

Актуальность

Полостных образования печени (ПОП) является одной из наиболее актуальных проблем современной реконструктивной хирургии [1, 5]. Часто образующиеся в результате хирургического лечения полостных образования печени таят в себе угрозу развития грозных осложнений: кровотечения, формирование гнойных и желчных свищей, нагноение и прорыв инфицированной полости в желчные пути, бронхиальное дерево, в брюшную полость, в поддиафрагмальное и подпеченочное пространства [6]. Остаточные полости являются хроническим очагом инфекции в организме [3]. Для ликвидации остаточных полостей печени после эхинококкэктомии предлагались различные методики. Наиболее известными и часто применяемыми являются капитонаж полости путем сближения кисты рядом внутренних швов (по Дельбе) и инвагинация выступающей над печенью фиброзной капсулы в просвет полости кисты с последующей фиксацией ее узловыми кетгутовыми швами (способ Боброва-2). В. Г. Гостищевым и соавт. [12] был предложен способ коррекции остаточной полости после эхинококкэктомии путем вворачивания краев фиброзной оболочки вовнутрь полости узловыми кетгутовыми швами. Авторы считают, что данный способ снижает травматичность операции и предупреждает образование вторичных непаразитарных кист в послеоперационном периоде. Обработка остаточной полости методом капитонажа или вворачивающимися швами не безопасна в условиях воспаления и деструкции фиброзной оболочки или невозможна из-за ригидности стенок кисты [8, 13,]. Оперативное лечение эхинококковых кист, расположенных в поддиафрагмальном пространстве, является особенно сложной задачей. Нередко после оперативных вмешательств в этой области образуются непаразитарные кисты [4, 15,]. При поддиафрагмальной локализации кисты (VII–VIII сегменты) после эхинококкэктомии также выполняют капитонаж по Дельбе или закрытие остаточной полости по А. Т. Пулатову. Остаточную полость кисты обрабатывают различными антипаразитарными средствами (2–5% раствором формалина, 80% раствором глицерина, 5% раствором йода, 96% спиртом и др.), а также криовоздействием и расфокусированным лучом CO₂-лазера [2].

На исход хирургического лечения данной категории больных большая значения имеет анатомический расположения очага поражения. При поддиафрагмальная расположения полостных образования печени к VII и VIII сегментах хирургический лечения в отличие их расположения к I-IV сегментах печени имеет ряд технический трудности.

Целью нашего исследования явилось изучить результатов хирургического лечения больных полостными образованиями печени при его различный анатомический расположения.

Материал и методы

Проведено анализ результатов хирургического лечения у 37 больных с полостными образованиями печени. Из них 26 больные I группы были с полостными образованиями в области I-IV сегментах печени, что не требует большой технический трудности во время операции, связанное с анатомическим его расположениями. У II группы исследования включены 11 больные полостными образованиями печени с сложными анатомическими расположениями печени, которым очаги поражения была расположены к VII и VIII сегментах заднего коската

диафрагмы, что вызывал большой технический трудности при выполнении операции из за сложности доступа к очагу поражения.

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

Все больные были распределены по полу и возрасту согласно классификации возрастных групп, принятой на региональном семинаре Всемирной Организацией Здравоохранения в Киеве в 1963 году [83; с. 24-30]. Из обследованных больных – 20 (54,5 %) мужчин и 17 (45,5 %) женщин в возрасте от 19 до 60 лет.

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

Из всех обследованных больных, 27 (72,9 %) пациента поступили в клинику с гидативный стадии эхинококка печени, 7 (18,9 %) пациента поступили с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени и 3 (8,1 %) пациенты поступили с острым абсцессом печени различной этиологии. (табл. 1)

Таблица 1

Распределение обследованных больных по этиологическому фактору.

№	Виды заболеваний	Количество больных	Группа больных	
			I	II
1.	Киста печени	27 (72,9 %)	20 (76,9 %)	7 (63,6 %)
2.	Остаточная полость печени	7 (18,9 %)	4 (15,3 %)	3 (27,2 %)
3.	Абсцесс печени	3 (8,1 %)	2 (7,6 %)	1 (9,0 %)
	Всего	37	26	11

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 остаточный 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 дренажный трубки с качественным и количественным оцениванием выделенный инфекции, а также ее восприимчивость к различным антибиотикам.

Результат и обсуждения

Из 20 больных эхинококкозом печени I группы у 3 (15,0 %) пациентов паразитарная киста локализовались в I сегмента печени, 5 (25,0 %) больным выявлена локализация паразитарной

кисты к II сегменте печени, у 5 (25,0 %) наблюдениях отмечались локализация эхинококковой кисты в III сегменте печени, остальной у 7 (35,0 %) больных киста локализовалась в IV сегменте печени.

Все эти больные были гидатидозом эхинококкоза печени. Оперативная вмешательства выполнялись верхнесрединном лапаротомом доступом.

Проводя ретроспективный анализ послеоперационных осложнений, в зависимости от выбранного доступа, у пациентов с гидатидозом эхинококкозом печени мы получили следующие данные, которые приведены в Таблице 2.

Таблица №2

Частота осложнений со стороны операционных ран в зависимости от операционного доступа в контрольной группе пациентов

Вид операционного доступа	Число оперативных вмешательств		Нагноение операционной раны		Послеоперационный грыжи		Ятрогенная повреждения печени		Кровотечения из полостей	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Верхнесрединная, средне-срединная лапаротомия	21	80,7	-	-	-	-	-	-	-	-
Верхнесрединная лапаротомия с расширениями ниже пупка.	5	19,3	1	3,8	-	-	-	-	-	-
Всего:	26	100	1	3,8	-	-	-	-	-	-

Из 20 больных эхинококкозом печени у 13(65,0%) больным проводился закрытый метод капитанажа полости эхинококковой кисты, у 7(35,0 %) пациентов выполнена полукрытая эхинококкэктомия.

У 6 больным контрольной группы, которые были с нагноениями остаточных полостей и острый абсцесс печени соответственно выполнена следующей тактика:

- после установления точного дифференцированного диагноза по результате анамнеза, УЗИ, МСКТ исследования и клинко-лабораторных данных как предоперационная подготовка проводилось инфузионно, детоксикационного, общей укрепляющего и симптоматическая лечения в течение 1-2 суток.

После соответствующее примедикации этом больным также проводилось верхне-срединная или верхне-срединно-срединная лапаротомия. Как у больным остаточный полости печени, так и больным острым абсцессом печени выполнялись интродоперационная дренирования и санация полости гнойного очага с оставлением дренажа в полость который фиксирован на капсуле печени с кетгутовыми швами последующим конец дренажная трубка выведена через контурапертуру в наружу и фиксировано на кожу шелковыми швами.

Из 6 больных с гнойными очагами печени I контрольной группы по 1(16,6 %) пациентов гнойный очаг локализовались в I и II сегментах печени, у 2(33,3 %) больным выявлена локализация гнойный очаг к III сегменте печени, у 3(50 %) наблюдениях отмечались локализация гнойный очага в IV сегменте печени.

При клинко-лабораторная исследования крови выявили относительные высокий уровень показателей интоксикации у больным с нагноением остаточных полостей печени и острым абсцессом печени чем у больным эхинококкозом печени.

В день поступления все показателей интоксикации были значительно отклонено от нормы. В процессе предоперационная подготовке включённые инфузионно-детоксикационная, антибактериальная, общей укрепляющая терапия к 3-й суткам лечения что в основном совпадает в день операции все показателей были ближе к норме, на что было направлена цель предоперационный подготовке для улучшения исходов хирургического лечения. В послеоперационном периоде все эти показателей интоксикации кроме СОЭ крови к 7-й суткам

нормализовались. Все эти больные к 7-8 суткам выписано в амбулаторные наблюдения с дренажными трубками в остаточные полости. К 10-13 суткам все дренажи после контрольной УЗИ исследования остаточной полости удалены в амбулаторных условиях. При этом учитывали размер и содержания полости печени. Дренажи удалены при размере менее 30 мм без содержания жидкости.

Следует отметить средней продолжительности, выполненных операции у контрольной I группы, составила 70+8,5 мин. Как было выше отмечено из 26 оперированных больных у 1(1,16%) больного отмечались послеоперационная нагноения раны, которого после проведенной соответствующего лечения рана зажила вторичном натяжением. У этих больных интраоперационный осложнения и послеоперационной грыжи не наблюдались.

Таким образом, проведенные нами исследования I контрольной группы показали, что у больных полостными образованиями печени с несложными анатомическими расположениями при применения традиционной метод лечения с использованием операции верхне-срединном доступом не составляет большой технической трудности и большинство случаев благополучным исходом.

Всем 11 обследованных пациентов II группы с сложными анатомическими расположениями полостного образования печени очаг поражения локализовались в области заднего коската диафрагмы, VII-VIII сегментах печени. Из них у 8 (72,3%) больные были с гидатидозом эхинококкозом печени, 3 (27,3%) больные были с гнойными очагами печени. (2 больные были с нагноением остаточной полости, 1 с абсцессом печени).

Всем больным II группы оперативная вмешательства выполнялись верхнесрединном лапаротомном доступом. Из-за технических трудности доступа к очагу поражения всем больным вынуждены расширили лапаротомный раны к ниже пупку до 10 см.

Известно, что современные адекватные хирургические методы лечения эхинококкоза печени требует полноты удаления оболочек паразита и герметизации остаточной полости. Лечение гнойного очага печени (нагноения остаточной полостей, абсцессе печени) требует дренирования, опорожнения гнойного очага и санация полости с антисептическими растворами интероперационном и после операционном периоде, что и нами сделаны при лечении данных категория больных.

При хирургический лечения больных с эхинококкозом печени с сложными анатомическими расположении к VII-VIII сегментах печени выполнена широкий верхнесрединная доступ обходя пупка слева расширили до 10 см ниже пупка. Для мобилизации печени необходимо было пересечения связок соответствующей доли и проводились тщательно отграничить операционное поле.

Практически у всех 8 больных с эхинококкозом VII-VIII сегментах печени операция выполнялись с большими техническими трудностями. Для этого требовались привести тела больного особого положения в полебакового положения приподнятым поясничным области. Часто приходились вынужденный изменит положения больного во время операции с подкладыванием дополнительном валики подпоясничной области. У тучных больных отмечались ещё более технические трудности как при мобилизация печени, так и при выполнения основной этапы операции. Для максимального мобилизация печени область заднего коската VI-VII сегмента печени тампонируют с пленочным материалом. Большой трудности отмечались при вскрытие эхинококковой полостей особенно после опорожнения эхинококковой жидкости и удаления хитиновой оболочке санация и ревизия остаточной полостей имели большие технической трудности. При этом главной оперирующий хирурга необходимо было выполнять основной этап операции в оставшейся небольшой пространства между руками ассистента, который держит поверхность печени для максимального иммобилизации и стенки брюшной полости. Или первом оперирующей хирурга во время выполнения основного этапа операции часто приходились вынуждены держат с одной левой рукой мобилизируя печень, с одной правой рукой выполняют основной этап операции. Все вышесказанный технический сложности операции безусловно повышает большого риска ятрогенных повреждениях внутренних органов во время операции. Что и было причиной у двух больных ятрогенная повреждения печени во время операции: отмечались разрыв капсулы печени размером до 3 см, при мобилизации из рук ассистента.

У трех случаях для достижения качественной операции вынужденно выполнялись пересечением в поперечном направлении мышц передней брюшной стенки на уровне пупка вправо.

Основной этапы оперативный вмешательства включали себя: после удаления хитиновой оболочки и обработки остаточный полостей антигельминтными препаратами операция завершалась оставлением дренажной трубки в полость (полузакрытым способом).

К 15-16 суткам все дренажи после контрольной УЗИ исследования остаточной полости удалены в амбулаторных условиях. При этом здесь также учитывали размер и содержания полости печени. Дренажные удалены при размере менее 30 мм без содержания жидкости.

Из 3-х больных с гнойными очагами печени с сложными анатомическими расположениями II контрольной группы у 2 пациента гнойный очаг локализовались в VII сегмент печени, у 1 больным выявлена локализация гнойный очаг к VIII сегменте печени. От анамнеза 2 пациента перенесли эхинококкэктомия печени в течении последний трех лет. По выписки протокола, перенесённого операции, локализация гнойного очага соответствовала в проекции перенесенного эхинококкэктомии. При УЗИ исследовании и МСКТ печени выявлена полостная образования в печени размерами до 8 см внутривнутрипечёночным расположением. Стенки полости имели плотный толстый капсуле, напоминающей фиброзный капсуле печени. Содержания полости имели мутный густой консистенции. Из 3-х больных с гнойными очагами с сложными анатомическими расположениями печени у 1-го больного выявлена острый абсцесс печени которым при УЗИ и МСКТ исследования выявлена полостная образования в области VII – VIII сегментах поддиафрагмальных расположением печени. Полостная образования содержала мутная, густая жидкость, стенки полости 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. 1. Подпеченочный абсцесс.

При клинико-лабораторная исследования крови выявили относительные высокий уровень показателей интоксикации у больных с нагноением остаточный полостей печени и острым абсцессом печени чем у больных эхинококкозом печени.

В день поступления все показателей интоксикации у больных с гнойными очагами печени были значительно отклонено от нормы. В процессе предоперационная подготовке включённые инфузионно-детоксикационная, антибактериальная и общей укрепляющая терапия к 3-й суткам лечения эти показатели относительно

снизились.

Следует отметить все этим больным также выполнялись операция по широкому верхне-срединно-срединно-нижнему доступу от мечевидного отростка грудины до ниже пупка 10 см.

Практически у всех 3 больных с гнойными полостными очагами VII-VIII сегментах печени так же операция выполнялись с большими техническими трудностями. Причина которых также как при выполнении операции больных эхинококкозом печени с сложными расположениями VII-VIII сегментах. Отсутствия фиброзный капсуле и наличия перефакальная воспаления тканей печени с плотный инфильтрации у больных острым абсцессом печени ещё затрудняли выполнения оптимальной операции. Этим больным во время операции практический невозможно было фиксировать к держалке стенки полостного образования. Так как отмечались инфильтрированный, легко кровотечающей и напоминающей как бы варенный ткани печени вокруг полостного образования. Все три операции с гнойным очагом печени с сложными анатомическими расположениями выполнялись с большими техническими трудностями. Цель операции было дренирования, опорожнения полости от гнойного содержания и санация полости печени. После дренирования гнойного очага с использованием силиконовой дренажа,

дренажная трубка фиксирован кетгутовыми швами на капсуле печени и через контуропертуры выведены наружу и фиксирована на кожу шелковыми швами.

У 1-го пациента с острым абсцессом печени ранним послеоперационном периоде из дренажной трубки выделялись кровянистой содержания в объёме до 10 мл за сутки. После внутривенного введения 100 мл аминокaproновой кислоты два раза сутки и этамзилата 1,0 два раза внутримышечно выведении крови из дренажа остановлено.

Всем больным с гнойными очагами печени во время операции при добыче гноя из полости взята анализ на качественный и количественный анализ бактериологического исследования. После определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам антибиотикотерапия проводилась с учётом чувствительности микрофлоры. Антибиотикотерапия проводилась общей и местном применения. Для местного применения через дренажные трубки антибиотик веден полость абсцесса и с экспозиции 30 мин. Эмпирическая антибиотикотерапия проводилась с применением препарата Цефазепимом так как по нашем собственном данным микрофлора нашего региона большинства микрофлоры проявляет чувствительности к этому препарату [14].

Из трёх больных с гнойными очагами печени у двоих из гнойного очага выведена *St. Aureus*. у одного обнаружена *Proteus*. Все они были чувствительны к Цефазепиму.

В послеоперационном периоде через дренажную трубку проводилась ежедневно санация полости печени с последующим ведением антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры.

При клинко-лабораторная исследования крови обследованных больных выявили незначительный отклонения уровень показателей интоксикации с значительными отклонениям показателя эозинофила крови Табл. №

Таблица № 2

Динамика показателей интоксикация больных контрольной группы с эхинококкозом печени сложными анатомическими расположениями в области заднего коската VII-VIII сегментах (n=11)

№	Показателе	Норма	Сутки		
			1-день	3-день	7-день
1.	Температура тела	36,6	36,9+0,4	36,8+0,3	36,6+0,2
2.	Лейкоциты крови	4-9	9,8+0,6	9,5+0,4	8,2+0,2
3.	Эозинофил	1-5%	8,4% + 1,2	8,2% +1,1	4,6% + 0,6
4.	ЛИИ	1,2	1,5 + 0,2	1,1 + 0,1	1,0 + 0,2
5	МСМ	0,120	0,166 +0,017	0,138 + 0,014	0,108+0,011
6	СОЭ	1-10 мм/ч	18+1,8	14,8 + 1,2	11,2 + 1,1

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

Анализ послеоперационные осложнений выявили следующее:

При хирургические лечения больных с полостными образованиями печени при сложных поддиафрагмальных расположениях нагноение операционной раны наблюдались 27,2 %, послеоперационная грыжи 18,1 %, ятрогенная повреждения печени 18,1 %, кровотечения из полости печени в ранним послеоперационным периоде 9 % пациентам наблюдались.

При этом средней длительность операции продолжались 150+9,4 мин.

Сравнительный анализ послеоперационных осложнений, средней койка дня и длительности операция больных I - II группы выявили следующей интересней моменты.

**Частота послеоперационных осложнений, средней койка дня и длительности операция
больных I - II группы**

Группы	Общей число больны х	Нагноение операционно й раны		Послеопера ционный грыжи		Ятрогенная повреждения печены		Кровотечения из полости		Сред. длит. опер	Сред ней койка дня
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
I группа	26	1	3,8	-	-	-	-	-	-	70+8,5	7+1,2
II группа	11	2	18,1	1	9,0	1	9,0	1	9,0	150+9,4	11+1,4

Из этих осложнений у I группы больных которых были полостная образования I, II, III, IV сегментах печени без сложными анатомическими расположениями (основном подкапсулярная, поверхностная расположения) нагноения раны наблюдались лишь 3,8 % больных. Послеоперационная осложнения таких как послеоперационная грыжи, ятрогенная повреждения печени, кровотечения из полости у I группы больных не наблудались. В отличии их у больных II группы с сложными анатомическими расположениями полостных образованиями печени, нагноение операционной раны наблюдались 18,1 %, послеоперационный грыжи 9,0 %, ятрогенная повреждения печени 9,0 %, у 9,0 % пациентам наблюдались кровотечения из полости печени в ранним послеоперационным периоде. Если средней длительности операции I группы составило в среднем 70+8,5 мин., у больных II контрольный группы длительность операции продолжались 150+9,4 мин.

Таким образом нами проведенная анализ результатов исследования больных II группы выявили что хирургическая лечения больных сложными расположениями полостных образованиями печени имеет свои особенности который выражается в главном образе в технический трудности выполнения хирургический операции. Что свои очередь отрицательно влияет к длительности и исход хирургического лечения, которая выражается к увылечения время длительности операции до 150+9,4 мин, ятрогенная повреждения печени до 9,0 %, развития послеоперационная осложнения в виде нагноения послеоперационных ран до 9,0%, появления послеоперационный вентральный грыжи до 9,0%, ранняя послеоперационная кровотечения из полостей печени 9,0%.

Выводы:

1. Выполнения хирургической операции традиционным методом, больных сложными анатомическими расположениями полостными образованиями печени в VII и VIII сегментах имеет свои технический трудности что свои очередь влияет к длительности операции и способствует развитие послеоперационная осложнения таких как нагноения раны и послеоперационный грыжи передний брюшной стенки, ятрогенный разрыв печени.

2. Хирургические лечения полостных образования печени при сложных анатомических расположения печени в области заднего каската диафрагмы VII VIII сегментах требует новых более эффективных малотравматичных хирургический тактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Б. Монхтоого и др. Осложнения множественного эхинококкоза печени / Б. Монхтоого, Ц. Ишдорж, С. Эрдэнэ // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2005. – № 7 (45). – С. 78–80.
2. Multivisceral Echinococcosis: Concept, Diagnosis, Management / С. Grozavu, M. Ilias, D. Pantile // Chirurgia. – 2014. – Vol. 109, № 6. – P. 758–768.
3. 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-esg-156-8-94-98.
4. 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.
5. Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения / А.Н. Лотов, А.В. Чжао, Н.Р. Черная // Трансплантология. – 2010. – № 2. – С. 18–26.
6. Эхинококкоз: современное состояние проблемы / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, С.В. Муслик // Український журнал хірургії. – 2013. – № 3. – С. 196–201.

7. 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.
8. Клинико-эпидемиологическая характеристика эхинококкоза в Запорожской области / Е.В. Рябоконт, О.В. Зарудная, Н.С. Ушенина и др. // Запорожский медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 63–65.
9. 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.
10. Гостищев В.К., Стреляева А.В., Шамсиев А.М. и др. Способ коррекции остаточной полости печени при эхинококкэктомии у взрослых // Анн. хир. гепатол. 1995. № 5. С. 63–71
11. 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)
12. 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)
13. 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)
14. 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)
15. 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.
16. 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.
17. 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. 558-565.
18. 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.
19. R.R. Arashov, Sh.Sh.Yarikulov. (2022). Comparative evaluation of the outcome of treatment of patients with cavity liver formation with a simple and complex subdiaphragmal position. World Bulletin of Public Health, 13, 55-62. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1240>.
20. Radjabov Vohit Bafoevich, Yarikulov Shukhrat Shokirovich. (2022). Modern approaches to abdominal drainage in diffuse peritonitis. World Bulletin of Public Health, 13, 50-54. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1239>.
21. Р.Р. Арашов, Ш.Ш. Ярикулов. (2022). Особенности хирургического лечения больных полостными образованиями печени при сложных внутривисцеральных расположениях. // European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 6, 30–38. Retrieved from <https://ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/108>
22. R.R. Arashov, Sh.Sh. Yarikulov, B.B. Safoev. (2022). Treatment of patients with cavity liver formation with a simple and complex subdiaphragmal position. // Galaxy International Interdisciplinary Research Journal, 10(8), 65–74. Retrieved from <https://internationaljournals.co.in/index.php/giirj/article/view/2437>
23. Шаропова М.С., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш. (2022). Особенности клинико-лабораторного течения гнойных ран в сочетании фоне сахарного диабета и диффузного токсического зоба. Galaxy International Interdisciplinary Research Journal, 10(8), 75–87. Retrieved from <https://internationaljournals.co.in/index.php/giirj/article/view/2438/>
24. Safoev Baqodir Barnoyevich, Yarikulov Shuxrat Shokirovich. (2021). The influence of different doses of ultraviolet rays on the resistance of pathogenic microorganisms in experiment (in vitro). JournalNX - A Multidisciplinary Peer Reviewed Journal, 7(06), 285–290. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/JVGXPX>.

Поступила 15.10.2022