



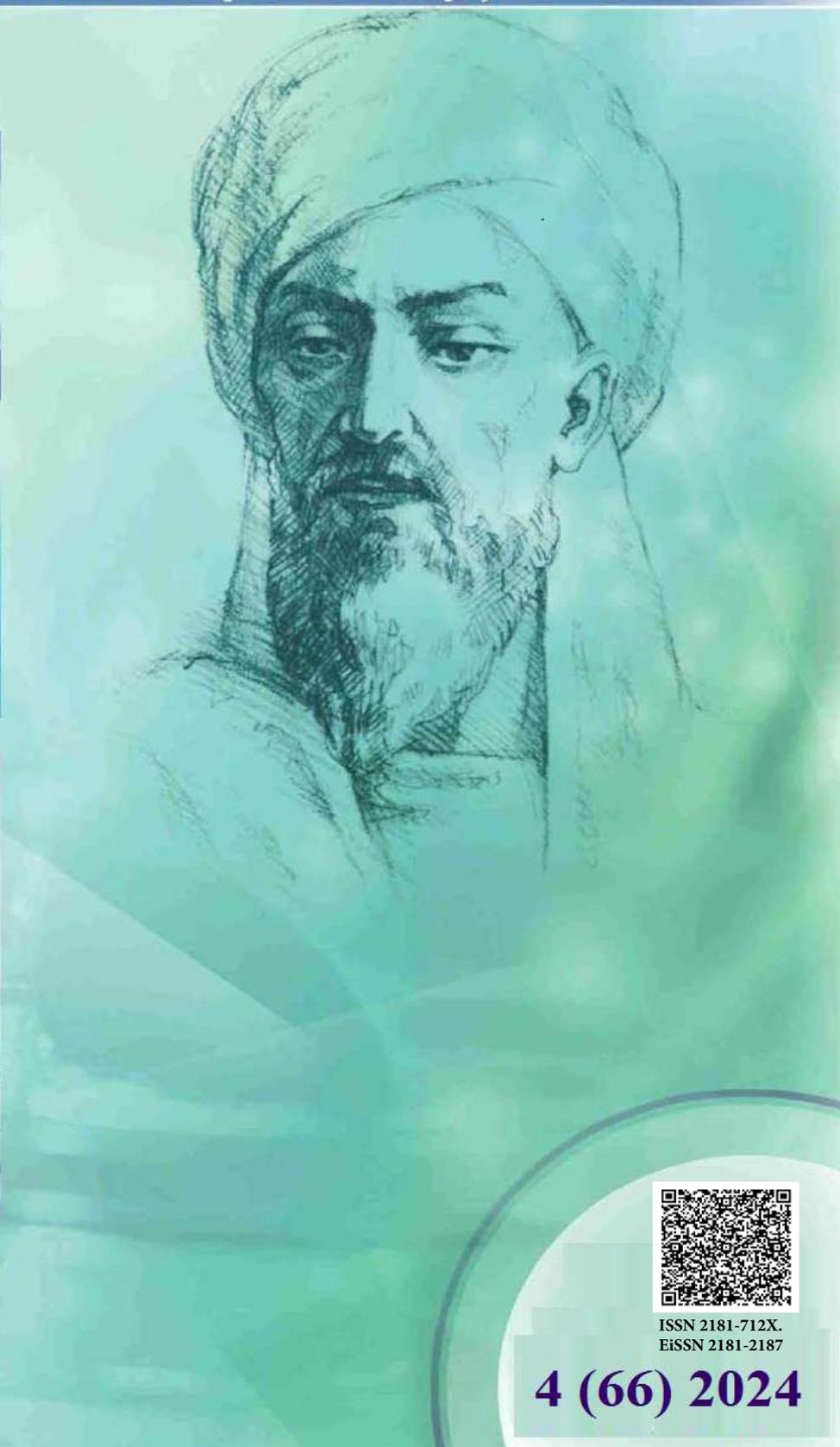
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (66) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
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)

**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 (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2024, Accepted: 10.04.2024, Published: 15.04.2024

УДК 616.24:616.36-951.21-073.916-089-053.2

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Абдусаматов Б.З., <https://orcid.org/0000-0002-4830-7453>

Салимов Ш.Т., <https://orcid.org/0000-0002-2065-6627>

Элмуратов Ш.Х., <https://orcid.org/0009-0001-2947-2023>

Усманов Х.С., <https://orcid.org/0000-0002-4060-1682>

Бердиев Э.А., <https://orcid.org/0000-0002-9717-6154>

¹Республиканский научно-практический центр малоинвазивной и эндоскопической хирургии детского возраста г.Ташкент, ул.Фарабия 2. почта. Email: info@endocenter.uz

²Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

³Ташкентский государственный стоматологический институт Узбекистан, Ташкент, улица Тараккиёт, 103 тел: +998(71) 230-20-72 E mail: info@tsdi.uz

✓ Резюме

В статье приведены результаты лапароскопической эхинококкэктомии по поводу осложненной эхинококковой болезни печени в РНПЦМиЭХДВ, которая выполнена у 72 больных в возрасте от 6 до 18 лет. Нагноившаяся эхинококковая киста (ЭК) печени была одним из самых частых осложнений данного заболевания у 38 (52,8%) больных, прорыв в желчные протоки — у 14 (19,4%), у 16 (22,2%) больных обнаружена перфорация содержимого кисты в свободную брюшную полость, в 4 (5,6%) случаях в печени обнаружена обызвествленная эхинококковая киста.

В 81,9% (n=59) случаев диагностическую лапароскопию удалось успешно завершить собственно эхинококкэктомией, у 13 (18,1%) больных из-за технических трудностей во время лапароскопической эхинококкэктомии произведена конверсия — лапаротомия и традиционная эхинококкэктомия печени.

На основании проведенных исследований и полученных результатов авторы делают вывод, что осложненные и множественные ЭК печени (до 4 кист) являются относительным противопоказанием к выполнению лапароскопической эхинококкэктомии.

Ключевые слова: эхинококковая болезнь печени; дети; лапароскопическая эхинококкэктомия.

POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPY IN TREATMENT OF COMPLICATED LIVER ECHINOCOCCOSIS IN CHILDREN

Abdusamatov B.Z., <https://orcid.org/0000-0002-4830-7453>

Salimov Sh.T., <https://orcid.org/0000-0002-2065-6627>

Elmuradov Sh.Kh., <https://orcid.org/0009-0001-2947-2023>

Usmanov Kh.S., <https://orcid.org/0000-0002-4060-1682>

Berdiev E.A., <https://orcid.org/0000-0002-9717-6154>

¹Republican Scientific and Practical Center for Minimally Invasive and Endoscopic Surgery of Children Tashkent, Farabiya street 2. post office. Email: info@endocenter.uz

² Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825; E-mail: info@tma.uz

³Tashkent State Dental Institute Uzbekistan, Tashkent, Tarakkuyot street, 103 Tel: +998(71) 230-20-72 E mail: info@tsdi.uz

✓ **Resume**

The article presents the results of laparoscopic echinococectomy for complicated echinococcosis of the liver in the Republican Scientific and Practical Center of Minimally Invasive and Endoscopic Surgery of Childhood (RSPCMIESC) which was performed in 72 patients aged 6 to 18 years. Suppurated echinococcal cyst (EC) of the liver was one of the most common complications of this disease in 38 (52.8%) patients, rupture into the bile ducts was found in 14 (19.4%), in 16 (22.2%) patients cyst contents perforation into the free abdominal cavity was detected, in 4 (5.6%) cases calcified echinococcal cyst was found in the liver.

In 81.9% (n=59) cases it was possible to successfully complete a diagnostic laparoscopy with echinococectomy, while in 13 (18.1%) patients, due to technical difficulties, laparoscopic echinococectomy was converted into laparotomy and traditional echinococectomy of the liver.

Based on the studies conducted and the results obtained, the authors conclude that complicated and multiple (up to 4 cysts) EC of the liver are a relative contraindication to laparoscopic echinococectomy.

Key words: *echinococcosis of the liver; children; laparoscopic echinococectomy.*

Актуальность

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении и профилактике эхинококкоза печени, в последнее время отмечается значительный рост числа случаев заболевания, при этом остается много сложных и нерешенных вопросов в выборе тактики хирургического лечения данной категории больных [1—3].

Следует отметить, что во все времена особый интерес у исследователей вызывали осложненные формы эхинококкоза печени. Эта стадия является периодом наиболее яркого клинического проявления болезни, поэтому среди госпитализируемых по обращаемости преобладают больные именно с этой стадией болезни [4, 5].

Широкое внедрение в клиническую практику современных высокоинформативных инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ и МРТ) позволило существенно улучшить раннюю диагностику эхинококкоза печени и ее осложнений [6]. Проблема повышения эффективности диагностики осложненного эхинококкоза остается актуальной [7, 8]. После комплексного лучевого обследования правильный диагноз ставится лишь у 46% больных. От 37 до 86% больных поступают в стационар в стадии клинических осложнений паразитарного заболевания [9, 10].

В настоящее время хирургический метод лечения осложненного эхинококкоза печени в подавляющем большинстве случаев не имеет альтернативы. Однако операция представляет собой фактор риска, который определяется рядом причин: состоянием больного, локализацией паразитарных очагов, числом предшествующих операций. На результаты операции во многих случаях влияют серьезные осложнения, связанные с наличием остаточной полости (ОП) после удаления паразитарной кисты (нагноение, кровотечение, образование наружных желчных и гнойных свищей). Лечение осложненного эхинококкоза печени должно быть направлено либо на радикальное удаление эхинококковых кист (ЭК) вместе с участком печени в виде резекции печени, либо на эхинококкотомию или эхинококкэктомию, дополненную манипуляциями, предупреждающими рецидив болезни [11, 12].

Несмотря на указанные достижения, представляется актуальным поиск новых малоинвазивных методов хирургического лечения. По данным некоторых авторов (Шангареева Р.Х., 2010; Гумеров А.А., 2012), гигантские и множественные (более 2) осложненные перфорацией ЭК, а также поддиафрагмальная локализация (VII — VIII сегменты) являются абсолютными противопоказаниями к лапароскопической эхинококкэктомии. Необходимы обоснование и разработка оптимальных одномоментных вариантов хирургического лечения при множественных и осложненных ЭК печени, а также их сочетании с поражением других органов брюшной полости.

Цель исследования — поиск возможностей расширения показаний к лапароскопической эхинококкэктомии печени у детей и улучшения результатов хирургического лечения осложненного эхинококкоза печени у детей.

Материал и методы

С 2009 по 2023 г. лапароскопическая эхинококкэктомия по поводу осложненной эхинококковой болезни печени (ЭБП) в РНПЦМиЭХДВ выполнена нами у 72 больных - 46 (63,9%) мальчика и 26 (36,1%) девочек в возрасте от 6 до 18 лет. Среди них 16 (22,2%) детей ранее были оперированы по поводу ЭБП. Анализ характера осложнений эхинококкоза печени показал, что нагноившиеся ЭК печени в 38 (52,8%) случаях были одним из самых частых осложнений данного заболевания, прорыв в желчные протоки у 14 (19,4%) больных, у 16 (22,2%) больных установлена перфорация содержимого кисты в свободную брюшную полость, в 4 (5,6%) случаях в печени обнаружена обызвествленная ЭК (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных по видам осложнений эхинококкоза печени (n=72)

Характер осложнений	Количество	
	абс.	%
Обызвествление	4	5,6
Нагноение	38	52,8
Прорыв ЭК в желчные протоки	14	19,4
Прорыв ЭК в брюшную полость	16	22,2
Всего	72	100

В зависимости от локализации ЭК при осложненном эхинококкозе печени мы отметили более частое поражение правой доли печени, имевшее место у 53 (73,6%) больных, причем у 41 (56,9%) детей ЭК располагались в поддиафрагмальной области. Изолированное поражение левой доли обнаружено у 13 (18,1%) больных, множественный эхинококкоз печени — у 24 (33,3%).

Из общего числа наблюдавшихся больных первичный эхинококкоз выявлен у 51 (70,8%), рецидивный — у 14 (19,4%), резидуальный — у 7 (9,7%).

Солитарные ЭК установлены у 53 (73,6%) больных, множественный эхинококкоз печени — у 19 (26,4%). Среди больных с множественным поражением 13 (18,1%) имели по 2 кисты, 11 (15,3%) — по 3 кисты и более в печени.

Алгоритм диагностики включал клинико-лабораторные обследования, УЗИ печени и органов брюшной полости, КТ, рентгенографию грудной клетки, МРТ и видеолапароскопию. Данный комплекс обследований позволял определять точную сегментарную локализацию ЭК, их размеры, количество и признаки осложнения, такие как нагноение кисты, связь и прорыв кисты с желчными протоками в билиарную систему. Полученная в полном объеме информация позволяла решать тактические вопросы предстоящего хирургического вмешательства.

Результат и обсуждение

Нагноение содержимого паразитарной кисты — это наиболее часто встречающееся осложнение. Под нашим наблюдением находились 38 (52,8%) больных с нагноением ЭК, которые поступили с яркой клинической картиной гнойной интоксикации. Наиболее ранним и частым признаком осложненного эхинококкоза был болевой синдром. При поражении левой доли ($n = 6$, 15,7%) боли локализовались в эпигастральной области. При кистах, расположенных по передней или нижней поверхности правой доли печени, боли локализовались в правом подреберье. При эхинококкозе задневерхних сегментов печени (VII—VIII) беспокоили боли в правой половине грудной клетки.

У 14 (19,4%) больных наблюдалась асимметрия живота, которая за счет увеличения правой половины возникала в результате длительно растущих и достигавших больших размеров кист. У 11 (15,3%) больных с напряженной ЭК при пальпации живота в эпигастральной области или правом подреберье определяли увеличенную печень или опухолевидное образование с гладкой поверхностью. Слабость, недомогание, потливость наблюдались у 57 (79,2%) пациентов. Диспепсические явления имели место у 22 (30,1%), лихорадка — у 45 (62,5%), крапивница — у 9 (12,5%) больных. Перфорацию ЭК с истечением содержимого кисты в брюшную полость наблюдали в 16 (22,2%) случаях, ее клиника характеризовалась признаками анафилактической реакции и перитонита. Сроки поступления больных в стационар составили $6,5 \pm 3,5$ ч от

момента появления первых клинических симптомов перитонита. В анамнезе у 6 (8,3%) больных развитию перитонита предшествовала травма живота. При клиническом обследовании, кроме тяжелого состояния и характерных перитонеальных симптомов, обращало на себя внимание появление крапивницы в виде полиморфной сыпи на лице, туловище и конечностях. В анализах крови отмечены нейтрофильный лейкоцитоз в пределах $17,6 \pm 0,6 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилия до $9,2 \pm 0,8\%$. УЗИ позволяло не только обнаружить свободную жидкость в брюшной полости, но и установить причину перитонита — наличие кистозных образований в печени. Предоперационная подготовка была направлена на коррекцию нарушений гомеостаза и включала дезинтоксикационную, десенсибилизирующую и противошоковую терапию.

Осложнение ЭК прорывом содержимого в желчные протоки наблюдалось у 14 (19,4%) детей. Клиническое проявление этого осложнения прежде всего зависело от диаметра билиарного протока, в который произошел прорыв, и размера самого свища. Прорыв ЭК в желчевыводящие пути сопровождался болевым синдромом, явлениями выраженного токсикоза, сенсibilизацией организма из-за усиленного всасывания паразитарной жидкости и признаками холангита. Механической желтухи, связанной с закупоркой желчевыводящих путей дочерними кистами и фрагментами хитиновой оболочки, мы не наблюдали. Обызвествление ЭК печени обнаружили у 4 (5,6%) пациентов, его диагностировали с помощью УЗИ, обзорной рентгенографии брюшной полости и мультиспиральной КТ.

Оперативное лечение во всех случаях начинали с диагностической лапароскопии. После установления лапароскопической оптики выполняли ревизию брюшной полости, определяли степень распространенности процесса, намечали интраоперационную тактику. Большинство ЭК при лапароскопической ревизии печени визуально хорошо дифференцировалось и имело вид округлых белесоватых образований, выступающих над поверхностью органа. На диагностическом этапе визуально определяли локализацию кист, затем устанавливали дополнительные рабочие троакары, точки введения которых зависели от расположения ЭК. При инструментальной пальпации ЭК имели повышенную по сравнению с печеночной тканью плотность. Косвенными признаками локализации ЭК печени являлись множественные спайки между глассоновой капсулой и диафрагмой, а также между фиброзной оболочкой кисты и большим сальником. После рассечения части спаек с применением монополярной электрокоагуляции увеличивался угол операционного обзора, расширялся доступ к кисте, достаточный для манипуляций.

При нагноившихся ЭК (практически во всех случаях) во время лапароскопии в брюшной полости визуализировался мутный выпот, при перфорации кисты с обрывками хитиновой оболочки (Рис.1-2). После введения дополнительного троакара выполняли ревизию брюшной полости, устанавливали причину и степень распространенности процесса. Скопившийся выпот, фрагменты хитиновой оболочки эвакуировали электроотсосом, брюшную полость санировали антисептическими растворами (озонированная вода, декосан) до «чистых вод».



Рис.1-2. Визуализация свободной жидкости (гной) в брюшной полости при перфорации кисты печени.

После биполярной коагуляции производили широкое рассечение фиброзной оболочки вскрывшейся кисты, аспирацию остаточной жидкости и остатков хитиновой оболочки путем

вакуум-экстракции (Рис.3-4), затем выполняли антипаразитарную обработку внутренней поверхности фиброзной капсулы 80—100% раствором глицерина, 3% раствором перекиси водорода, 96⁰ спиртом с последующим дренированием ОП печени и брюшной полости (Рис.5-6).

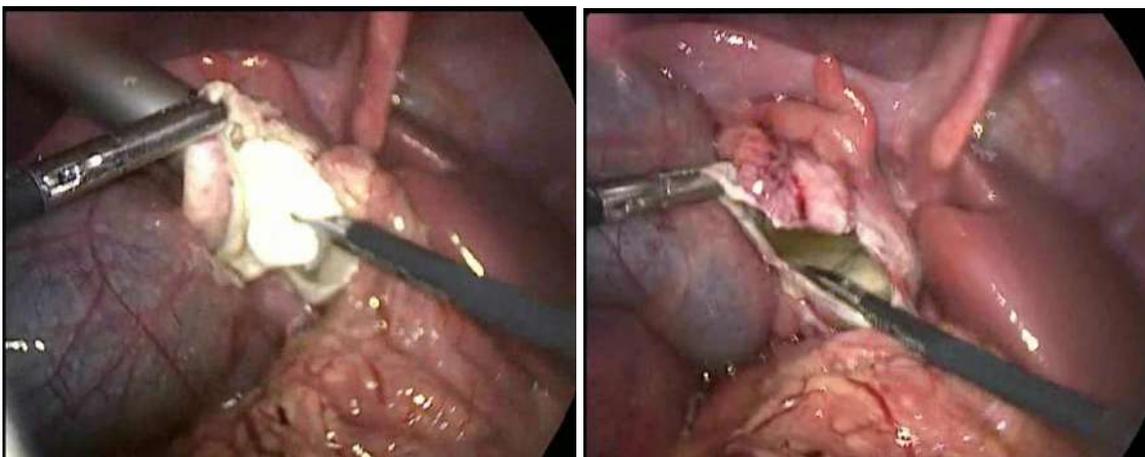


Рис. 3-4. Рассечение фиброзной оболочки кисты, аспирация и антипаразитарная обработка внутренней поверхности кисты.

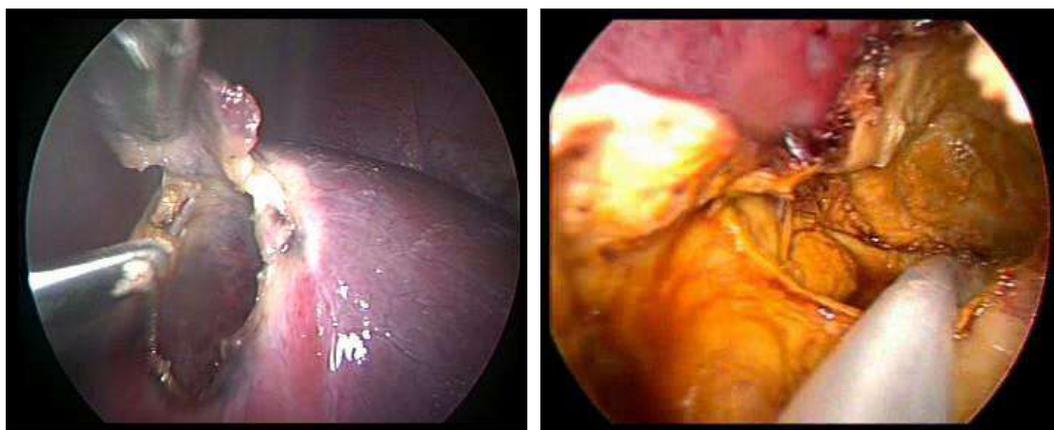


Рис. 5-6. Антипаразитарная обработка и дренирование остаточной полости кисты.

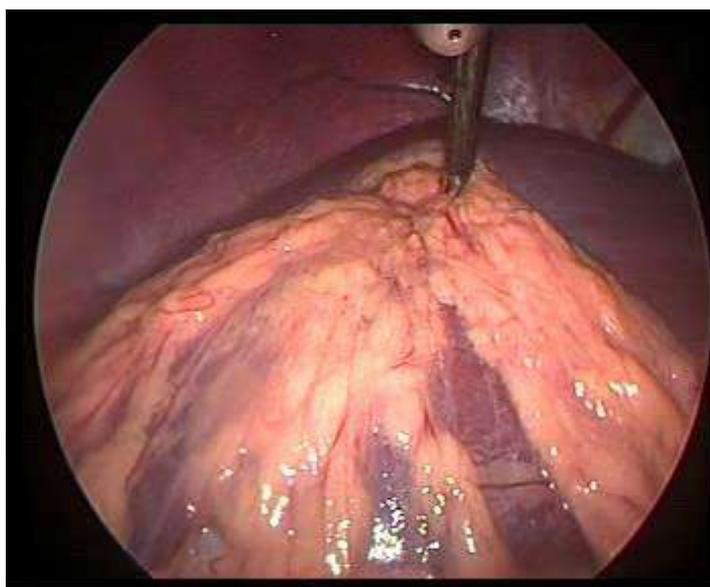
У 11 (15,3%) больных диагностированы дополнительные неосложненные ЭК, которые также были лапароскопически удалены. У 37 (51,4%) больного интраоперационно выявлены мелкие цистобилиарные свищи, которые были эндохирургически ушиты или коагулированы биполярным коагулятором.

Как известно, ликвидация ОП печени является заключительным этапом оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза печени. Лапароскопическая эхинококкэктомия иссечением фиброзной капсулы в пределах печеночной ткани дренированием ОП (без ушивания, капитонажа) выполнена нами у 49 (68,1%) больного. В основном это были больные с нагноившимися большими и гигантскими ЭК с плотными, ригидными и нередко кальцинированными стенками. У 11 (15,3%) больных выявлены дополнительные ЭК малых и средних размеров в IV—V—VI сегментах правой доли и II—III сегментах левой доли печени. ОП этих кист ушивали от дна экстракорпоральными узлами (Рис.7). У 12 (16,6%) пациентов с ЭК больших размеров, локализованных около ворот печени, висцеральной поверхности и поддиафрагмальных VII—VIII сегментов, использовали вариант абдоминализации ОП с оментопексией (Рис.8).

Рис. 7. Ушивание остаточной полости кисты экстро и интракорпоральными узлам.



Рис. 8. Абдоминализации остаточной полости с оментопексией.



В случае недостатка большого сальника для оментопексии (при атрофии) после иссечения фиброзной капсулы ОП дренировали силиконовой трубкой с боковыми отверстиями (табл. 2).

Некоторые сложности вызывает лапароскопическая визуализация при множественных и сочетанных ЭК органов брюшной полости, особенно при интрапаренхиматозном их расположении, а также при локализации кист на диафрагмальной поверхности печени (VII—VIII сегменты). В отдельных случаях проводили интраоперационное УЗИ при подозрении на ЭК, которые не визуализируются при обзорной лапароскопии, для уточнения топографии очагового образования, разметки секторальных и сегментарных границ печени.

В 13 (18,1%) случаях при лапароскопической операции осуществлена конверсия в связи с полным внутривнутрипеченочным расположением множественных ЭК печени в технически не доступном для лапароскопии сегменте.

Таким образом, лапароскопическая эхинококкэктомия печени при осложнении кисты нагноением, прорывом в брюшную полость позволила получить достаточно обнадеживающие результаты.

Лапароскопические вмешательства при ликвидации ОП ЭК

Лапароскопические операции	Количество	
	абс.	%
Лапароскопическая эхинококкэктомия с ушиванием ОП изнутри	11	15,3
Лапароскопическая эхинококкэктомия с частичным иссечением фиброзной капсулы, тампонированием сальником ОП	12	16,6
Лапароскопическая эхинококкэктомия с иссечением фиброзной капсулы без ушивания ОП	49	68,1
Конверсия при множественных кист печени	13	18,1

В послеоперационном периоде обезболивание ненаркотическими анальгетиками проводилось в течение суток, в большинстве случаев больные активизировались на 1—2-е сутки, 49 (68,1%) детей были выписаны на 7—10-е сутки после операции.

Безусловно, лапароскопическая эхинококкэктомия технически менее травматична, но необходимо отметить, что иногда достаточно серьезные технические трудности возникали при оперативном лечении ($n = 13$, 18,1%) детей с множественным поражением печени и при внепеченочной локализации ЭК.

В нашей практике в 13 (18,1%) случаях нам не удалось лапароскопическим методом удалить глубоко расположенные ЭК в ткани печени, так как лапароскопическая инструментальная пальпация не давала возможности достоверно определить глубину залегания и точную локализацию кисты. В связи с этим сначала удаляли хорошо визуализируемые кисты, затем проводили конверсию и с помощью интраоперационной УЗИ определяли точную локализацию оставшихся ЭК, затем выполняли эхинококкэктомию открытым методом. Интраоперационных осложнений, угрожающих жизни больного, не было.

При лечении пациентов, подвергшихся лапароскопической эхинококкэктомии при осложненных кистах печени, отмечалось более благоприятное течение послеоперационного периода. Температура тела нормализовалась через $2,5 \pm 0,15$ сут. Вследствие минимальной травматичности лапароскопического оперативного вмешательства у пациентов в более ранние сроки купировался болевой синдром ($1,8 \pm 0,2$ сут). Больные активизировались на $2,5 \pm 0,17$ -е сутки, дренажи удалены на $5,6 \pm 0,2$ -е сутки после операции. После завершения стационарного лечения в амбулаторных условиях больным назначали альбендазол 12 мг/кг в сутки per os в течение 28 дней, 2 курса с 30-дневным перерывом.

Контрольные осмотры больных проводили ежеквартально в течение года, мониторинг объемов ОП в послеоперационном периоде, проведенный с помощью УЗИ, показал, что через год после оперативного вмешательства у 53 (73,6%) больных в печени не было патологических образований, в 14 (19,4%) случаях отмечены ламинарные или неправильной формы ОП малых размеров, заполненные тканевым детритом, у 5 (6,9%) больных отмечены остаточные полости более 7-8см, которым проведено чрезкожное дренирование и удалось ликвидировать.

Выводы

1. При осложнении эхинококковой болезни нагноением и перфорацией кисты рекомендуем начинать операцию с диагностической лапароскопии для оценки интраоперационной тактики.

2. В подавляющем большинстве случаев при множественных и осложненных ЭК печени лапароскопическая эхинококкэктомия печени у детей выполнима, способствует снижению степени хирургической агрессии на организм в послеоперационном периоде по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами, что обуславливает более гладкое течение послеоперационного периода.
3. Осложнение ЭК перфорацией и перитонитом при ЭБП у детей является относительным противопоказанием к выполнению лапароскопической эхинококкэктомии.
4. Лапароскопическая эхинококкэктомия печени у детей должна быть приоритетом и методом выбора, поскольку она позволяет получить выраженный клинико-экономический эффект, при этом значительно сокращаются сроки стационарного и амбулаторного лечения больного.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Alperovich B.I., Sorokin R.V., Tolkaeva M.V., Budkov S.R. Surgical treatment of recurrent liver echinococcosis. // *Annals of surgical hepatology*. 2006; 11 (1): 7-10.
2. Madaliev I.N., Boymurodov O.S., Salimov D.S. System of antiparasitic treatment in the complex of surgical rehabilitation of patients with liver echinococcosis. In the book: *Problems of gastroenterology*. // Dushanbe—Moscow: 2005; 3-4: 161-3.
3. Nazarov Sh.K. Surgical treatment of suppurating echinococcosis of the liver, which has broken into the bile ducts. In the book: *Current problems of modern medicine: scientific and practical materials. conferences*. / M.; 2005: 37.
4. Vollmer C. et al. Reduced blood loss using hydro-jet technique for hepatic parenchymal dissection. // *J. Gastrointest. Surg*. 2003; 7 (2): 283.
5. Bykova A.M. Helminths of wild carnivores in the Omsk region. In the book: *Current issues of theoretical and practical parasitology*. // *Materials of the scientific and practical conference*. Omsk; 2004: 33-8.
6. Saritas U. Effectiveness of endoscopic treatment modalities in complex hepatic hydatid disease after surgical intervention. // *Endoscopy*. 2001; 33(10): 856–63.
7. Mirkhodzhaev I.A. and others. Surgical treatment of recurrent forms of liver echinococcosis. // *Annals of surgical hepatology*. 2008; 13(3): 63.
8. Nazyrova F.G., Akilov Kh.A., A.I. Ikramov, N.M. Juraeva, F.A. Ilkhamov, Agzamkhodzhaev S.S. Radiation research methods in the diagnosis and treatment of purulent complications of liver echinococcosis // *Annals of Surgical Hepatology*. 2001; 6 (1): 47-50.
9. Ilkhamov F. A. Possibilities of endovisual technology for liver echinococcosis. // *Annals of surgical hepatology*. 2004; 9 (2): 85.
10. Medzhidov R.T. and others. Surgical treatment of abdominal echinococcosis. // *Annals of surgical hepatology*. 2007; 2:43-8.
11. Kharnas S.S., Lotov A.N., Musaev G.Kh. Ultrasound semiotics and classification of liver echinococcosis. // *Medical imaging*. 2006; 4: 46-51.
12. Baskaran V., Patneik P.K. Feasibility and safety of laparoscopic management of hydatid disease of the liver. *Soc. // Caparoendosc. Surge*. 2004; 359-63.

Поступила 20.03.2024