



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

6 (68) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**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. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
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)

6 (68)

2024

Июнь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.05.2024, Accepted: 02.06.2024, Published: 10.06.2024

УДК 616. 576.895.121.56-053.2-06

ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Ниёзов Ф.Ё. Email: NiyozovF@mail.ru

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

В данной статье приведено и обобщено данные об эхинококкозе печени. Пути его хирургического лечения, в том числе результаты лапароскопической эхинококкэктомии у детей. Проведено анализ полученных результатов, обсуждено положительные и негативные стороны данного метода мини инвазивного лечения эхинококковых кист печени у детей.

Ключевые слова: дети, лапароскопия, мини инвазивное лечения, эхинококкоз.

POSSIBILITIES OF LAPAROSCOPIC ECHINOCOCCECTOMY OF THE LIVER IN CHILDREN

Niyozov F.Y.

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi.1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

This article presents and summarizes data on echinococcosis of the liver. Ways of its surgical treatment, including the results of laparoscopic echinococcectomy in children. The analysis of the obtained results was carried out, the positive and negative sides of this method of mini-invasive treatment of echinococcal liver cysts in children were discussed.

Kalit so'zlar: bolalar, laparoskopiya, miniinvasiv davolash, echinokokkoz.

BOLALARDA LAPAROSKOPIK JIGAR ECHINOKOKKEKTOMIYASINING IMKONIYATLARI

Niyozov F. Y.

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Ushbu maqolada jigar echinokokkozi haqidagi ma'lumotlar ham umumlashtirilgan. Uning jarrohlik davolash usullari, shu jumladan bolalardagi Laparoskopik echinokokkektomiya natijalari. Olingan natijalar tahlil qilindi, bolalarda echinokokk jigar kistalarini mini invaziv davolashning ushbu usulining ijobiy va salbiy tomonlari muhokama qilindi.

Kalit so'zlar: bolalar, laparoskopiya, miniinvasiv davolash, echinokokkoz.

Актуальность

Эхинококковая болезнь, или просто эхинококкоз - широко распространенное по всему миру паразитарное заболевание, вызываемое *Echinococcus granulosus*. Развитию паразита благоприятствуют умеренно теплый влажный климат и развитое животноводство. Встречавшиеся прежде в литературе сообщения о значительном сокращении заболеваемости эхинококкозом среди людей [1,7,16], скорее всего, следует отнести на счет несовершенства

методов диагностики в прошлом и некоторого повышения санитарно-гигиенического уровня населения. О том, что эхинококкоз продолжает оставаться большой медицинской, социальной и сельскохозяйственной проблемой, свидетельствуют многочисленные публикации в мировой медицинской литературе.

Несмотря на широкое применение альбендазола, хирургический метод остается единственно эффективным в лечении эхинококкоза. Методы хирургического лечения эхинококкоза можно условно разделить на традиционные (открытые) и малоинвазивные (закрытые). Малоинвазивные, в свою очередь, подразделяются на пункционные процедуры и лапароскопические операции. История вопроса, несмотря на укоренившееся мнение о том, что лапароскопическая эхинококкэктомия впервые была осуществлена французским исследователем N. Katkhouda с соавт. впервые сообщили об успешно выполненной лапароскопической эхинококкэктомии в 1992 г. [3,12,16]. В 1993 г. A. Sansonetti и соавт. описали случай лапароскопической эхинококкэктомии [4,8,15]. И лишь в 1994 г. A. Bickel с соавт. [2,5,10,13,17], а затем G. Khoury и соавт. [6,9,11,14,18] сообщили о лапароскопической эхинококкэктомии (при этом последние считали, что они являются первыми).

Цель исследования: изучить научно-практические основы мини инвазивного лечения эхинококковых кист печени у детей.

Материал и методы

С целью выбора наиболее оптимальной тактики хирургического лечения эхинококковых кист печени нами проанализированы результаты лечения 98 больных с эхинококкозом печени, находившихся под нашим наблюдением за последние 5 лет. Все пациенты в зависимости от вида оперативных вмешательств были разделены на две группы: контрольная группа – оперированные «открытым» способом и основная лапароскопическим методом. Среди наблюдавшихся нами пациентов первичный эхинококкоз имелся у 91 (92,8%) больных, рецидивный у 7 (7,2%). Монокистозный эхинококкоз выявлен у - 69 (70,4%) больных, а множественные кисты у - 29 (29,6%) пациента. Контрольная группа - 56 больных, которым выполнена «открытая» эхинококкэктомия печени. При открытой методике хирургического лечения эхинококковых кист печени нами были выполнены следующие виды оперативных доступов: верхнесрединная лапаротомия у – 25 (44,6%), по С.П.Федорову у – 31 (55,4%). В данной группе больных нами выполнены следующие оперативные вмешательства: полужакрытая эхинококкэктомия с резекцией, выступающей из паренхимы фиброзной капсулы с дренированием остаточной полости у - 8 (14,3%), закрытая эхинококкэктомия с пластикой остаточной полости путем капитонажа у – 39 (69,6%), эхинококкэктомия с оментопластикой остаточной полости у – 9 (16,1%).

В послеоперационном периоде в контрольной группе больных вследствие сравнительно значительной интраоперационной травмы относительно медленнее восстанавливалась физическая активность больных. Более длительным курсом проводилась антибактериальная, общеукрепляющая, инфузионно-детоксикационная и обезболивающая терапия, ежедневно промывалась остаточная полость озонированным физиологическим раствором.

Основную группу составили – 42 (42,8%) больных, которым была проведена лапароскопическая эхинококкэктомия с соблюдением принципов апаразитарности. Возраст больных от 7 до 18 лет. По полу дети распределились следующим образом: девочек 15, мальчиков 27. Относительными противопоказаниями к этой операции считали внутривнутрипеченочное расположение кист, поддиафрагмальная локализация, рецидивный эхинококкоз.

Из 42 пациентов одиночный эхинококкоз печени выявлен у - 31 (73,8%) пациентов, множественный (две и более кист) – у - 11 пациентов (26,2%).

При анализе клинического материала мы придерживались классификации, предложенной А.Т. Пулатовым (1983г.).

Оперированные лапароскопическим способом по поводу эхинококкоза печени мелкие кисты составили 4 (9,5%), малые – 7 (16,7%), средние 20 (47,6%), большие 11 (26,2%).

При этом выполнялись следующие необходимые этапы вмешательства:

- пункция кисты являлась первым этапом лапароскопической операции при эхинококкозе печени. Техника пункции и соответствующие устройства профилактики обсеменения имеют

первостепенное значение для соблюдения принципа апаразитарности операции, недопущения попадания содержимого эхинококковой кисты в брюшную полость. Для этого к кисте подводили страховочную трубку электроотсоса. Перед пункцией зону операции обкладывали марлевыми салфетками, смоченными раствором 80% глицерина. Пункционную иглу вводили через 5мм троакар или чрескожно, в зависимости от локализации кисты в паренхиме печени. После прохождения фиброзной капсулы иглой и попадания в полость кисты через нее отдельным электроотсосом отсасывалась эхинококковая жидкость. Следующим не маловажным моментом этой процедуры является подтягивание фиброзной капсулы эндоскопическими зажимами с целью профилактики обсеменения и тщательной эвакуации кистозной жидкости. Затем «L» образной монополярном коагулятором в центре выступающей части фиброзной капсулы киста вскрывалась и в полость водили эндоскопический отсос с последующей эвакуацией остаточного содержимого. Затем в полость кисты водили подогретый до 60° раствор глицерина с экспозицией на 15 минут. Антипаразитарная обработка полости кисты проводилась электроотсоса диаметром 5 мм, затем проводилась трубка эндоотсоса через 10 мм троакара и этим же путем удаляли хитиновую оболочку. После в остаточную полость вновь водили 60° раствор глицерина с экспозицией на 10 минут с последующей эвакуацией.

Для ревизии остаточных полостей, полного удаления кутикулярной оболочки и выявления желчных свищей во всех случаях проводили оптику остаточной полости печени. При обнаружении желчного свища его зашивали нитью Ethibond № 2,0-3,0 или коагулировали эндоскопическим биполярным коагулятором. На начальном этапе наших операций хитиновую оболочку, выявленные остатки паразита, страховочные салфетки укладывали в эндоконтейнер, которые удалялись из брюшной полости в конце операции через 10 мм троакар. В настоящее время мы внесли коррективы в этот этап операции, то есть хитиновую оболочку и содержимое кистозной полости удаляем с помощью вакуум отсоса, а салфетки удаляем через 10 мм троакар.

Ликвидация остаточной полости печени является заключительным этапом оперативного вмешательства по поводу эхинококкоза печени. При малых и средних размерах кист фиброзную капсулу циркулярно иссекали в пределах здоровой печеночной ткани и удаляли через 10 мм троакар. Остаточную полость кисты зашивали от дна интра- или экстракорпоральными швами (нитью Ethibond № 2,0-3,0). При технических трудностях использовали вариант абдоминализация остаточной полости с оментопексией. В случае недостатка большого сальника для оментопексии, остаточная полость дренировалась полихлорвиниловой трубкой с боковыми отверстиями.

Во всех случаях ложе удаленной кисты, под печеночное или под диафрагмальную область, в зависимости от локализации кисты дренировалась контрольной дренажной трубкой.

В послеоперационном периоде все дети получали препарат Альбендазола из расчета 10 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения составлял 28 дней с per os гепатопротектором (3 курса с перерывом по 14 дней).

Результат и обсуждение

В контрольной группе больных (56) интраоперационных осложнений не наблюдалось. После операции больные активизировались на 3-4 сутки. У 4 (7,1%) наблюдалось подтекание желчи по дренажу, которое прекратилось на 12-14 сутки, нагноение послеоперационной раны отмечалось у 5 (8,9%), нагноение остаточной полости у 2 (3,5%). Все больные были выписаны на 14-16 сутки. Средняя продолжительность пребывания больного на койке при традиционных операциях составила $14,8 \pm 0,7$ к/дн. При контрольном ультразвуковом исследовании через 3 месяца остаточная полость в виде фиброзного канала выявлена размерами 0,8-1,0 x 2,0-2,5 см у 7 (12,5%) больных.

В основной группе больных на начальном этапе из 42 предпринятых лапароскопических операций в 2 случаях в связи с внутрпеченочной локализацией кисты печени и из-за технических трудностей, потребовалась конверсия; в этих случаях выполнена традиционная эхинококкэктомия.

У 40 пациентов послеоперационный период после лапароскопической эхинококкэктомии печени протекал значительно легче, относительно традиционным эхинококкэктомиям. Больные активизировались к концу 1-2-х суток. Лишь у 2 (5%) больных наблюдалось подтекание желчи по дренажу, которое прекратилось на 5-7 сутки.

Анализ динамики купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде у детей, перенесших лапароскопические и традиционные операции показали достоверно более раннее купирование болевого синдрома после лапароскопических операций по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами.

Анализ двигательной активности больных в сравниваемых группах в послеоперационном периоде показал, что эндохирургическое вмешательство также благоприятно влияет на этот показатель: у пациентов, перенесших традиционные оперативные вмешательства, двигательная активность была более замедленной, дети труднее активизировались.

Малотравматичность сокращает необходимость применения анальгетиков. Так, при лапароскопическом лечении эхинококкоза наркотические анальгетики применялись лишь первые часы послеоперационного периода, а в дальнейшем применяли ненаркотические анальгетики в течение первых суток, при традиционных методах оперативного лечения эхинококкоза печени применялись наркотические анальгетики в течение 2-3 суток послеоперационного периода.

Одним из важнейших критериев оперативного вмешательства является количество осложнений во время операции и ближайшем послеоперационном периоде.

Интраоперационных осложнений в изучаемых группах не выявлено. Характер и частота осложнений в послеоперационном периоде в сравниваемых группах отражена в таблице 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика послеоперационных осложнений после лапароскопических и традиционных операций

Виды осложнений	Методы операций	
	Лапароскопическая эхинококкэктомия n=40	Традиционная эхинококкэктомия n=58
Нагноение послеоперационной раны	-	5 (8,6%)
Нагноение остаточной полости	-	2 (3,4%)
Образование непаразитарных кист	1 (2,5%)	9 (15,5%)
Желчеистечение из остаточной полости	2 (5%)	4 (6,8%)
Всего	4 (7,5%)	20 (34,3%)

Таким образом, использование лапароскопии позволило снизить количество осложнений в послеоперационном периоде.

Меньшая травматичность эндовизуального оперативного вмешательства, более мягкое течение послеоперационного периода обусловили и снижение продолжительности пребывания больного на койке. Средняя продолжительность пребывания больного на койке при лапароскопических операциях составило $7,6 \pm 0,6$ к/дн. Значительно сокращается расход медикаментов, перевязочного материала. При традиционной эхинококкэктомии печени длительнее проводится антибиотикотерапия ($10 \pm 1,1$ и $7 \pm 0,6$ суток соответственно) и посиндромная терапия, связанная с выраженным болевым синдромом из-за большей травматичности операции и т.д.

Через 3 месяца при ультразвуковом исследовании у 1 (2,5%) больных отмечалось образование непаразитарных кист в виде фиброзного канала размерами 0,5-0,7 x 2,0-2,5см.

Заключение

1. Выполнение лапароскопической эхинококкэктомии печени у детей вызывает меньшую степень хирургической агрессии на организм в после операционном периоде по сравнению с традиционными оперативными вмешательствами, что обуславливает более мягкое течение послеоперационного периода.
2. Лапароскопическая эхинококкэктомия печени у детей позволила получить выраженный клинико-экономический эффект. Сокращены сроки пребывания больного в стационаре – с $14,8 \pm 0,7$ до 7,6 койко-дня. Уменьшено общее количество послеоперационных осложнений – с 34,3% до 7,5%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Каримов Ш.И, Кротов Н.Ф., Ким В.Л., Беркинов У.Б. /Проблемы и перспективы хирургического лечения больных эхинококкозом печени и легких. // Анналы хирургической гепатологии 2008 № 1 стр.56
2. Кобилов, Э., Раупов, Ф., Мансуров, А., Шарипова, Л., & Абдуллаев Н. (2014). Аскаридоз и кишечная непроходимость у ребенка 6 лет. Журнал вестник врача, 1(3), 132–133. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/doctors_herald/article/view/4922
3. Кобилов Эргаш Эгамбердиевич, Раупов Ф.С., Мансуров А.Б., & Ахмедов А.Т. (2016). Перекрут и некроз правого придатка у трехлетней девочки. Детская хирургия, 20 (5), 279-280.
4. Назыров Ф.Г., Исмаилов Д.А., Леонов Ф.В., Байбеков И.М. /Эхинококкоз. – Ташкент. 1999. – 208 с.
5. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. М: Медицина 1985; 27-36.
6. Ф. С., Р. ., Ш. Х., Ш. ., & Л. С., Х. . (2024). Эмпирическая антибактериальная терапии острой бактериальной деструктивной пневмонии у детей. SCIENTIFIC JOURNAL OF APPLIED AND MEDICAL SCIENCES, 3(1), 73–77.
7. Хамраев, А. Ж., & Раупов, Ф. С. (2020). Обширная резекция толстой кишки у детей, проблемы и возможные пути решения. Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана, (3), 100.
8. Шамсиев А.М., Шамсиев Ж.А., Рахманов К.Э., & Давлатов С.С. (2020). Дифференцированная лечебная тактика в хирургии эхинококкоза печени. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология, (5 (177)), 72-77.
9. Шамсиев Азамат Мухитдинович, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Рахманов Косим Эрданович, & Давлатов Салим Сулаймонович (2017). Балльная оценка в выборе тактики хирургического лечения эхинококкоза печени. Проблемы современной науки и образования, (37 (119)), 75-79.
10. Bickel A., Loberant N., Shtamler B. Laparoscopic treatment of hydatid cyst of the liver: initial experience with a small series of patients. J Laparoendosc Surg 1994; 4: 2: 127-133.
11. Khoury G., Geagea T., Hajj A. et al. Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver. Surg Endosc 1994; 8: 9: 1103-1104.
12. Katkhouda N., Fabiani P., Benizri E. et al. Laser resection of a liver hydatid cyst under videolaparoscopy. Br J Surg 1992; 79: 6: 560-561.
13. Kobilov, E. E., Raupov, F. S., & Mansurov, A. B. (2014). Phytobezoar, which was the cause of intestinal obstruction. Pediatric Surgery, 18(6), 54-55.
14. Raupov, F. S. (2022, September). Complications of colon resection in children. In "Online-conferences" platform (pp. 131-132).
15. Raupov, F. S., & Kobilov, E. E. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF OZONE THERAPY FOR PURULENT SURGICAL INFECTION IN CHILDREN13.
16. Sayidovich, R. F., Jalolovich, Q. A., & Ubaydullaevich, N. Y. (2023). Sanational Bronchoscopy of the Tracheobronchial Tree in Children. International journal of health systems and medical sciences, 2(2), 33-35.
17. Sansonetti A., Baghini S., Lai G. et al. Update on laparoscopic surgery: on the treatment of hydatid cyst of the liver and peritonitis caused by a perforated duodenal ulcer. Minerva Chir 1993; 48: 21-22: 1249-1251.

Поступила 20.05.2024