



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 (73) 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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.3-007-053.34-085

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ОБЪЕМА РЕЗЕКЦИИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ЛЕГКИХ

¹Эшонходжаев О.Д. <https://orcid.org/2179-4569-0101-2633>

¹Ирисов О.Т. <https://orcid.org/0111-4566-3321-0009>

²Турсунов Н.Т. Email: TursunovN@mail.ru

²Амонов Бахром Боходирович <https://orcid.org/5661-8555-0022-3665>

¹Бахромова Одина Алишеровна <https://orcid.org/5440-0100-9x56-8777>

¹Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

²ГУ «Республиканский Специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. академика В.Вахидова». Узбекистан, 100115, Ташкент, Чиланзарский р-н, ул. Кичик халка йули, 10. Тел: +998971 2772605 Email: surgery@rscs.uz

✓ Резюме

Эхинококкоз легких остается одной из актуальных проблем торакальной хирургии, что обусловлено сохраняющейся высокой заболеваемостью в эндемичных регионах, сложностью своевременной диагностики и значительным числом послеоперационных осложнений. По данным ВОЗ, заболеваемость эхинококкозом в эндемичных районах достигает 50 случаев на 100 000 населения в год, при этом поражение легких встречается в 15-20% случаев. Хирургическое лечение на сегодняшний день остается основным методом терапии эхинококкоза легких. Однако выбор оптимального объема резекции легочной ткани представляет собой сложную клиническую задачу, требующую индивидуального подхода в каждом конкретном случае. Это обусловлено разнообразием форм и локализаций паразитарных кист, различной степенью поражения легочной ткани, наличием осложнений и сопутствующей патологии.

Ключевые слова: эхинококкоз легких; хирургическое лечение; объем резекции; органосохраняющие операции; дифференцированный подход; паразитарные кисты; торакальная хирургия

PECULIARITIES OF RESECTION VOLUME SELECTION IN SURGICAL TREATMENT OF PULMONARY ECHINOCOCCOSIS

Eshonkhodjaev O.D., Irisov O.T., Tursunov N.T., Amonov B.B., Bakhromova O. A.

State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Surgery named after Academician V. Vakhidov". Uzbekistan, 100115, Tashkent, Chilanzar district, st. Kichik Khalka Yuli, 10. Tel: +998971 2772605 Email: surgery@rscs.uz

Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Resume

Lung echinococcosis remains one of the topical problems of thoracic surgery, which is due to the continuing high incidence in endemic regions, the difficulty of timely diagnosis and a significant number of postoperative complications. According to WHO data, the incidence of echinococcosis in endemic areas reaches 50 cases per 100,000 population per year, with lung lesions occurring in 15-20% of cases. Surgical treatment to date remains the main method of therapy of pulmonary echinococcosis. However, the choice of the optimal volume of pulmonary tissue resection is a complex clinical task that requires an individual approach in each case. It is caused by the variety of forms and localizations of parasitic cysts, different degree of lung tissue lesions, presence of complications and concomitant pathology.

Keywords: pulmonary echinococcosis; surgical treatment; volume of resection; organ-preserving operations; differentiated approach; parasitic cysts; thoracic surgery

ECHINOKOKKOZNI JARROHLIK DAVOLASHDA REZEKTSIYA HAJMINI TANLASH XUSUSIYATLARI

Eshonkhodjaev O.D., Irisov O.T., Tursunov N.T., Amonov B.B., Bakhromova O. A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.uz

“Akademik V.Vohidov nomidagi Respublika ixtisoslashtirilgan xirurgiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi” Davlat muassasasi. O'zbekiston, 100115, Toshkent sh., Chilonzor tumani, Kichik xalqa yo'li, 10. Tel: +998971 2772605 Email: surgery@rscs.uz

✓ *Rezyume*

O'pka echinokokkozi torakal jarrohlikning dolzarb muammolaridan biri bo'lib qolmoqda, bu endemik mintaqalarda davom etayotgan yuqori kasallanish, o'z vaqtida tashxis qo'yish qiyinligi va operatsiyadan keyingi asoratlarning ko'pligi bilan bog'liq. JSST ma'lumotlariga ko'ra, endemik hududlarda echinokokkoz bilan kasallanish yiliga 100 000 aholiga 50 ta holatga etadi, o'pka shikastlanishi 15-20% hollarda uchraydi. Jarrohlik davolash bugungi kunda o'pka echinokokkozini davolashning asosiy usuli bo'lib qolmoqda. Shu bilan birga, o'pka to'qimasini rezektsiya qilishning maqbul hajmini tanlash har bir alohida holatda individual yondashuvni talab qiladigan murakkab klinik vazifadir. Bu parazitar kistalarning shakllari va lokalizatsiyasining xilma-xilligi, o'pka to'qimalarining turli darajadagi shikastlanishi, asoratlar va qo'shma patologiyaning mavjudligi bilan bog'liq.

Kalit so'zlar: o'pka echinokokkozi; jarrohlik davolash; rezektsiya hajmi; organlarni saqlash operatsiyalari; differentsial yondashuv; parazitar kistalar; torakal jarrohlik

Актуальность

Эхинококковая болезнь - распространенная во всем мире зоонозная паразитарная инвазия, вызываемая личиночными стадиями цестод, принадлежащих к роду *Echinococcus* (CE). Четыре вида эхинококков представляют опасность для общественного здравоохранения, из которых *Echinococcus granulosus* вызывает наибольшее количество инвазий у людей, проявляясь кистозным эхинококкозом.

Согласно отчету Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), заболеваемость CE в мире оценивается в более чем 50 случаев на 100000 человек в некоторых затронутых странах. Это заболевание считается эндемическим во многих регионах мира, в частности, в Перу, Чили, Центральной Азии и западном Китае. По локализации наиболее часто эхинококкоз поражает печень, вторым по частоте органом-мишенью являются легкие. Хирургия эхинококкоза легких (ЭЛ) относится к остроактуальной проблеме, ввиду частого осложненного течения заболевания и сохраняющейся высокой доле послеоперационных осложнений. Развитие гигантского или осложненного ЭЛ сопряжено с дополнительными рисками при его хирургическом лечении, связанными с контаминацией и разрушением легочной ткани. При этом выполнение органосохраняющих операций нередко обуславливает высокий риск развития осложнений со стороны остаточной полости. С другой стороны, «выполнение резекционных вмешательств может привести как к потере здоровой паренхимы, так и к развитию несостоятельности культы бронха или других осложнений, связанных с прогрессированием инфекционно-воспалительного процесса на здоровых участках легкого, исходно прилегавших к осложненной кисте. В связи с этим, дальнейшие исследования в области совершенствования тактики хирургического лечения осложненных и гигантских эхинококковых кист являются наиболее востребованными в современной торакальной хирургии и эпидемиологии.

Эхинококковая инфекция - зоонозная инфекция, вызываемая главным образом паразитом-ленточным червем *Echinococcus granulosus*. Khalili N, et al. (2023) считают это эндемическим заболеванием в Средиземноморском регионе. Примерно в 90% случаев эхинококковые кисты обнаруживают в печени и легких; однако может быть поражен любой другой орган в организме, особенно в эндемичных районах. Реальное бремя CE остается неясным из-за специфических характеристик заболевания и неоднородности и неполноты регистрации клинических случаев. Кроме того, официальные системы уведомления не собирают ключевую клиническую

информацию, которая позволила бы сравнивать различные результаты лечения и, таким образом, обойти трудности с проведением клинических испытаний. Итальянский реестр СЕ (RIEC) был запущен в 2012 году и расширен в 2014 году до Европейского реестра СЕ (ERCE). Основная цель ERCE заключалась в том, чтобы подчеркнуть масштабы занижения сведений о СЕ путем регистрации случаев, которые не были отражены в официальных отчетах. Всего из 15 стран было зарегистрировано 2097 больных, 19,9% из которых были иммигрантами. Планируется расширить ERCE до Международного реестра СЕ (IRCE) и реструктурировать с целью преодоления его нынешних проблем и достижения этих целей. Оценка потенциальных факторов риска, связанных с кистозным эхинококкозом, показала высокую значимость следующих факторов: демографические (возраст до 18 лет и пожилые люди), социальное положение (уровень образования) и гигиенические практики (удаление собачьих фекалий и использование перчаток).

Chaari Z, et al. (2022) считают, что эхинококкоз легких по-прежнему остается эндемической патологией. Авторы заключили, что чем раньше производится операция (до появления осложнений) и выявляются различные сопутствующие факторы риска, тем лучше прогноз радикальной хирургии. Onal O, et al. изучили связь между локализацией и частотой перфорации эхинококковых кист легких у детей. Наибольшая частота перфораций была выявлена в правой средней доле (70%) и язычке (66,7%). Также эхинококковые кисты, расположенные в правой средней доле и язычке, имели более высокую частоту послеоперационных осложнений, чем эхинококковые кисты, расположенные в верхней и нижней долях. Aqqad A, et al утверждают, что гигантский эхинококкоз представляет собой особую клиническую форму. Это требует обширной операции с паренхиматозной резекцией. Также считает и Khalfallah I., осложненные и гигантские кисты вызывают поражение легких, приводящее к обширной паренхиматозной резекции, которые больше связаны с послеоперационными осложнениями, продлевающими пребывание в стационаре и увеличивающими расход. Несколько другого мнения Usluer O., он утверждает, что независимо от размера кисты, ее можно лечить хирургическим путем без резекции легкого. В настоящее время возможности консервативного лечения СЕ ограничены, и в большинстве случаев требуется хирургическое вмешательство с последующей химиопрофилактикой рецидив. Основными препаратами, используемыми в клинической химиотерапии эхинококкоза, являются альбендазол и мебендазол, но они в основном оказывают длительное противопаразитарное действие, основанное на высоких дозах.

Проведенный анализ литературы свидетельствует о том, что, несмотря на значительный прогресс в области лечения ЭЛ, по-прежнему, остаются противоречивыми вопросы выбора метода хирургического вмешательства при осложненных и гигантских кистах. Также немаловажными остаются вопросы оценки поражения легкого, определение оптимальной хирургической тактики при прорвавшихся эхинококковых кистах в бронх или в плевральную полость, стратегии лечения с учетом критического анализа осложнений раннего и позднего послеоперационного периодов и качества жизни пациентов.

Цель исследования: изучить особенности выбора объема резекции при хирургическом лечении эхинококкоза легких

Материал и метод исследования

В задачи экспериментальных исследований входило: наладить методику интубации трахеи через естественные пути у экспериментальных крыс; установить оптимальные параметры искусственной вентиляции легких у крыс и способы анестезии; разработать методику лобэктомии у крыс; разработать модель микробной контаминации зоны резекции легкого; разработать методику лазерной стимуляции заживления раны легкого при контаминации патогенной микрофлорой; изучить в эксперименте *ex vivo* способность гемостатического препарата Хемобен в герметизации швов культи бронха.

Клиническая часть исследований проведена за период с 2010 по апрель 2023 года. В исследование включено всего 366 больных с ЭЛ. Согласно поставленной цели, все пациенты были разделены на 2 группы. В основную группу включено 84 пациента, которым за период с 2021 по 2024 гг были выполнены резекционные операции при ЭЛ с применением предложенного способа, который включал как технические аспекты новизны, так и дополнение операции физическими методами воздействия в виде лазерного облучения зоны оперативного вмешательства и применения отечественного гемостатического средства Хемобен.

Результат и обсуждение

С учетом того, что во многих клиниках страны продолжают выполняться органосохраняющие операции как при осложненном течении заболевания, так и при гигантских формах ЭЛ, в группу сравнения было включено две подгруппы. В первую подгруппу вошли 157 пациентов, у которых выполнены органосохраняющие операции - эхинококкэктомия с ушиванием остаточной полости. Во вторую подгруппу включено 125 пациентов, которым выполнялись резекционные вмешательства (лобэктомии - 118 или билобэктомии - 7) по традиционной методике. В основной группе лобэктомии выполнены 78, а билобэктомии 6 больным.

Из всех больных лиц мужского пола было 221 (60,4%), женского – 145 (39,6%). Возраст больных варьировал от 18 до 73 лет, до 19 лет было 42 (11,5%) пациента, 19-44 лет - 216 (59,0%), 45-59 лет – 93 (25,4%), 60-74 лет – 15 (4,1%). Первичный эхинококкоз обнаружен у 332 (90,7%) больных, у 34 (9,3%) рецидивный. ЭЛ справа был у 187 (51,1%), из них у 49 (13,4%) в верхней доле, у 30 (8,2%) в средней доле и у 108 (29,5%) в нижней доле; слева у 179 (48,9%), из них у 74 (20,2%) в верхней доле и у 105 (28,7%) в нижней доле.

Односторонний солитарный ЭЛ отмечен у 301 (82,2%) больного, у 65 (17,8%) односторонний множественный. Двусторонние и сочетанные формы эхинококкоза в исследование не включались. Из 366 больных у 226 (61,7%) отмечены осложненные формы эхинококкоза, у 37 (10,1%) диагностированы гигантские формы эхинококкоза и у 103 (28,1%) неосложненный ЭЛ.

В подгруппе с органосохраняющими операциями преобладали осложнённые формы поражения (97 больных): у 11 больных отмечалось нагноение эхинококковой кисты, у 53 больных имел место прорыв кисты в бронх, у 27 нагноение с прорывом в бронх, в плевральную полость в 4 случаях и в 2-х случаях ятрогенное повреждение эхинококковой кисты пункцией. Характер оперативных вмешательств в этой группе был органосохраняющий, широко применялись операции с капитонажем по способу Дельбе (155), эхинококкэктомия по Аскерханову в 2 случаях.

В группе сравнения в подгруппе с резекционными операциями осложнённые формы поражения были у 74 больных: у 8 нагноение кисты, у 47 прорыв кисты в бронх, у 16 нагноение с прорывом в бронх, в плевральную полость в 3 случая. Из резекций легких при эхинококкозе были отобраны только лоб-билобэктомии для сравнения.

Основная группа – 84 пациента. Осложнённые формы поражения были у 55 больных: у 9 больных нагноение, у 32 прорыв кисты в бронх, у 12 нагноение с прорывом в бронх, в плевральную полость - 2 случая. Кровохарканье наблюдалось у 5 человек и легочное кровотечение у 2 больных среди осложненных нагноением и прорывом в бронх случаев.

Все пациенты в группах сравнения были сопоставимы по основным параметрам: локализация, характер и тяжесть течения ЭЛ, возраст, пол и клинические проявления заболевания.

Проведенные экспериментальные и морфологические исследования убедительно продемонстрировали все преимущества предложенного способа, что позволило внедрить его в клиническую практику и активно применять в хирургии ЭЛ.

Предложенный способ ушивания культи бронха в совокупности с применением гемостатического средства Хемобен и лазерным воздействием при выполнении резекционных вмешательств у пациентов с ЭЛ позволил сократить частоту развития послеоперационных осложнений с 26,8% при органосохраняющих операциях (у 42 из 157 пациентов в первой подгруппе группы сравнения; $\chi^2=15,080$; $df=1$; $p<0,001$) и 20,0% при традиционных резекционных операциях (у 25 из 125 пациентов во второй подгруппе группы сравнения; $\chi^2=8,064$; $df=1$; $p=0,005$) до 6,0% (у 5 из 84 пациентов в основной группе). (табл. 1).

Согласно классификации Clavien-Dindo (2004) в основной группе удалось существенно изменить структуру тяжести осложнений, в частности V степень была отмечена только в группе сравнения по 1 случаю в каждой подгруппе (0,6% после органосохраняющих операций; 0,8% после резекционных вмешательств), III степень составила 11,5% (18 пациентов) в первой подгруппе группы сравнения, 8,0% (10 пациентов) во второй подгруппе группы сравнения и 2,4% (2 пациента) в основной группе, а I-II степень у 14,6% (23; $\chi^2=15,142$; $df=3$; $p=0,002$), 11,2% (14; $\chi^2=8,187$; $df=3$; $p=0,042$) и 3,6% (3) соответственно, что в целом потребовало дополнительных консервативных или миниинвазивных мероприятий в группе сравнения у 19,7% (31 пациент после органосохраняющих операций; $\chi^2=15,795$; $df=2$; $p<0,001$) и 15,2% (19 пациентов после резекционных вмешательств; $\chi^2=8,931$; $df=2$; $p=0,012$), а также реторакотомий у 7,0% (11) и 4,8%

(6), тогда как в основной группе все осложнения были разрешены мининвазивно или консервативно (6,0%).

Таблица 1

Структура и частота послеоперационных осложнений

Осложнение	Группа сравнения				Основная группа	
	Органосохраняющие операции		Резекционные операции			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Несостоятельность швов капитонажа с бронхиальным свищом	2	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
Несостоятельность швов капитонажа без бронхиального свища	2	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
Среднедолевой синдром	5	3,2%	0	0,0%	0	0,0%
Свищ культи бронха (3-4 сутки)		0,0%	4	3,2%	0	0,0%
Свищ культи бронха (8-9 сутки; на фоне эмпиемы)		0,0%	3	2,4%	1	1,2%
Кровохарканье	6	3,8%	0	0,0%	0	0,0%
Легочные кровотечения	2	1,3%	0	0,0%	0	0,0%
Внутриплевральное кровотечение	4	2,5%	4	3,2%	1	1,2%
Эмпиема плевры	6	3,8%	7	5,6%	1	1,2%
Осумкованный плеврит	6	3,8%	5	4,0%	1	1,2%
Нагноение послеоперационной раны	12	7,6%	8	6,4%	2	2,4%
Бронхопневмония	8	5,1%	4	3,2%	1	1,2%
Больных с осложнениями	42	26,8%	25	20,0%	5	6,0%
Больных без осложнений	115	73,2%	100	80,0%	79	94,0%
Критерий χ^2 к основной группе	$\chi^2=15,080$; df=1; p<0,001		$\chi^2=8,064$; df=1; p=0,005		-	

Предложенные тактико-технические аспекты при хирургическом лечении ЭЛ позволили сократить сроки дренирования плевральной полости с 4,5±3,6 суток после органосохраняющих операций (t=4,57; p<0,05) и 4,2±3,5 суток после резекционных вмешательств (t=3,67; p<0,05) до 2,9±1,6 суток в основной группе, а также длительность послеоперационного госпитального этапа с 10,0±3,9 суток (t=4,24; p<0,05) и 9,8±3,4 суток (t=3,82; p<0,05) до 8,2±2,6 суток. Улучшение течения периода ранней послеоперационной реабилитации позволило добиться увеличения доли хороших ближайших результатов в основной группе с 73,2% (115 из 157 пациентов с органосохраняющими операциями) и с 80,0% (100 из 125 пациентов с резекционными операциями) до 94,0% (у 79 из 84 пациентов), а также нивелировать риск развития неудовлетворительных результатов, связанных с развитием осложнений со стороны остаточной полости с 5,7% (у 9 пациентов) после органосохраняющих операций; $\chi^2=14,095$; df=2; p<0,001) и со стороны культи бронха с 3,2% (у 4 пациентов после резекционных вмешательств, которым выполнены повторные открытые операции; $\chi^2=4,069$; df=1; p=0,044).

Заключение

Таким образом, предложенный способ хирургического лечения гигантского и (или) осложненного ЭЛ за счет наложения отдельных восьмиобразных швов на культю бронха в отличие от аппаратного шва может применяться при короткой культе, что исключает его избыточное сдавление и нарушение трофики, а в отличие от простого узлового или непрерывного шва создает лучшую герметизацию, при этом проведение лазерного излучения способствует ускорению заживления раны и оказывает антимикробный эффект, а нанесение порошка Хемобен на зону резекции обеспечивает дополнительную герметизацию культи бронха, а также гемо- и лимфостаз. Предложенный способ ушивания культи бронха в совокупности с применением гемостатического средства Хемобен и лазерным воздействием при выполнении резекционных вмешательств у пациентов с ЭЛ позволил сократить частоту развития послеоперационных осложнений с 26,8% при органосохраняющих операциях (p<0,001) и 20,0%

при традиционных резекционных операциях ($p=0,005$) до 6,0%, при этом исключался риск развития осложнений со стороны остаточной полости (5,7%), а также снижалась вероятность несостоятельности культи бронха с 5,6% до 1,2% и геморрагических осложнений с 6,4% и 2,4% до 1,2%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдиев, Т.А. Современные аспекты хирургического лечения эхинококкоза легких // Хирургия. - 2020;21(8):67-73.
2. Амонов, Ш.Ш., Прудков, М.И., Орлов, О.Г. Минимально инвазивная хирургия эхинококкоза легких // Вестник хирургии. – 2019;178(1):55-58.
3. Вафин, А.З., Айдемиров, А.Н. Особенности хирургической тактики при эхинококкозе легких // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2021;16(2):185-189.
4. Ветшев, П.С., Мусаев, Г.Х. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы // Анналы хирургической гепатологии. – 2021;26(1): 26-35.
5. Исмаилов, Д.А., Юлдашев, А.Х. Выбор метода хирургического лечения эхинококкоза легких // Хирургия Узбекистана. - 2019;2(3):45-51.
6. Каримов, Ш.И., Кротов, Н.Ф., Беркинов, У.Б. Проблемы и перспективы хирургического лечения эхинококкоза легких // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2020;62(3):174-180.
7. Brunetti, E., Kern, P., Vuitton, D.A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans // Acta Tropica. - 2019;1(114):1-16.
8. Karagoyozov, P., Voeva, I., Toshev, S. Modern aspects of surgical treatment of pulmonary echinococcosis // European Surgery. - 2020;2(8):84-89.
9. Nasseri-Moghaddam, S., Abrishami, A., Taefi, A. Pulmonary hydatid disease: Current surgical management // Thoracic Surgery Clinics. – 2021;31(1); 97-107.
10. WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Guidelines for treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans // Bulletin of the World Health Organization. - 2019;21(6):766-778.
11. Керимов, Э.Я. Диссертация "Оптимизация хирургического лечения эхинококкоза легких с применением миниинвазивных технологий". - Москва, 2020. - 156 с.
12. Национальные клинические рекомендации "Эхинококкоз легких" / Под ред. академика РАН М.И. Давыдова. - Москва, 2021. - 72 с.
13. Поляков, В.Е., Лысенко, А.Я. Эхинококкоз человека: клиника, диагностика, лечение // Медицинская помощь. - 2019;5(6):28-32.
14. Шевченко, Ю.Л., Назыров, Ф.Г. Хирургия эхинококкоза. - М.: Медицина, 2020. - 348 с.
15. Яковлев, В.П., Погорелова, Л.В. Антипаразитарная терапия при хирургическом лечении эхинококкоза легких // Антибиотики и химиотерапия. – 2021;66(5);58-63.

Поступила 20.10.2024