



УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЯ ПЕЧЕНЫ ПРИ НЕСЛОЖНЫМ И СЛОЖНЫМ ПОДДИАФРАГМАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯХ.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.11527660>

Азиз Каюмович

Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

РЕЗЮМЕ:

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

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 техникой 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 техникой трудности при выполнения операции из за сложности доступа к очага поражения.

Ключевые слова

полостных образования печени, кисты печени, абсцесс печени.

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.

На исход хирургический лечения данной категория 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 техничек трудности.

Целью нашего исследования явилось изучить результатов хирургического лечения больных полостными образованиями печени при его различных 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 техничек 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 техничек трудности при выполнении операции из за сложности доступа к очага поражения.

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

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 ных	Группа больных	
			I	II
1.	Киста печени	27 (72,9 %)	20 (76,9 %)	7 (63,6 %)
2.	Остаточная полость ни	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 общеукрепляющая и симптоматическая терапия. У больных с остаточными полостями и абсцессом печени проводилась эмпирическая антибиотикотерапия с последующей в послеоперационном периоде с учетом чувствительности микрофлоры.

После соответствующего обследования и предоперационной подготовки выполнялись традиционные хирургические вмешательства в плановом или экстренном отсроченном порядке.

Результаты и обсуждения

Из 20 больных эхинококкозом печени I группы у 3 (15,0 %) пациентов паразитарная киста локализовалась в I сегменте печени, 5 (25,0 %) больным выявлена локализация паразитарной кисты к II сегменту печени, у 5 (25,0 %) наблюдениях отмечалась 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. Оперативные вмешательства выполнялись верхнесрединным лапаротомом доступом.

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

У 6 больных контрольной группы, которые были с нагноениями остаточных полостей и острым абсцессом печени соответственно выполнена следующая тактика:

- после установления точного дифференцированного диагноза по результатам анамнеза, УЗИ, МСКТ исследования и клинико-лабораторных данных как предоперационная подготовка проводилась инфузионно, детоксикационная, общей укрепляющей и симптоматическая лечения в течение 1-2 суток.

После соответствующей премедикации этим больным также проводилось верхне-срединная или верхне-срединно-срединная лапаротомия. Как у больных остаточными полостями печени, так и больных острым абсцессом печени выполнялись интраоперационные дренирования и санация полости гнойного очага с оставлением дренажа в полость которой фиксирован на капсуле печени с кетгутыми швами последующим концом дренажная трубка выведена через контурапертуру в наружу и фиксировано на кожу шелковыми швами.

При клинико-лабораторных исследованиях крови выявили относительные высокие уровни показателей интоксикации у больных с нагноением



остаточный полостей печени и острым абсцессом печени чем у больных эхинококкозом печени.

В день поступления все показатели интоксикации были значительно отклонены от нормы. В процессе предоперационной подготовке включённые инфузионно-детоксикационная, антибактериальная, общей укрепляющая терапия к 3-й суткам лечения что в основном совпадает в день операции все показатели были ближе к норме, на что было направлена цель предоперационной подготовке для улучшения исходов хирургического лечения. В послеоперационном периоде все эти показатели 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 отмечена 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 интраоперационные 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 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 остаточный полостей, абсцессе печени) требует дренирования, опорожнения гнойного очага и санация полости с антисептическими растворами интраоперационном и после операционном периоде, что и нами сделаны при лечении данных категория больных.



При хирургическом лечении больных с эхинококкозом печени с сложными анатомическими расположениями к VII-VIII сегментам печени выполнена широкая 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.

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

Основными этапами оперативного вмешательства включали себя: после удаления хитиновой оболочки и обработки остаточных 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. Дренажи удалены при размере менее 30 мм без содержания жидкости.

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 фиброзной капсулы и наличия перифокального воспаления тканей печени с плотной инфильтрацией у больных острым абсцессом печени ещё затрудняли выполнения оптимальной операции. Этим больным во время операции практически невозможно было фиксировать к держалке стенки полостного образования. Так как отмечались инфильтрированный, легко кровоточащей и напоминающей как бы варенной 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 фиксирована кетгутowymi 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 кровянистые содержания в объёме до 10 мл за сутки. После внутривенного введения 100 мл аминокапроновой

кислоты два раза сутки и этамзилата 1,0 два раза внутримышечно выведении крови из дренажа остановлено.

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 интересный моменты.

Таблица №1

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

Группы	Общее число больных	Нагноение операционной раны		Послеоперационная грыжа		Ятрогенные повреждения печени		Кровотечения из полости		Сред. длитель. опер.	Средней койка дня
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
I группа	26	1	3,8	-	-	-	-	-	-	70+8,5	7+1,5
II группа	11	2	18,1	1	9,0	1	9,0	1	9,0	150+9,4	11+1,5

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 наблюдались. В отличии их у больных II группы с сложными анатомическими расположениями полостных образованиями печени, нагноение операционной раны наблюдались 18,1 %, послеоперационная 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 хирургической операции. Что свои очередь отрицательно влияет к длительности и исход хирургического лечения, которая выражается к увеличению 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 передней 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 ЛИТЕРАТУР.

1. Ярикулов, Ш., Раджабов, В. (2023). Способы санации брюшной полости при распространенных формах перитонита. Евразийский журнал медицинских и естественных наук, 3 (6 Part 2), 95–102. извлечено от <https://inacademy.uz/index.php/EJMNS/article/view/18220>
2. Р.Р.Арашов, & Ш.Ш.Ярикулов. (2023). усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени. *Ustozlar Uchun*, 19 (1), 257–263. Retrieved from <http://www.pedagoglar.uz/index.php/01/article/view/5314>
3. Sh.Sh. Yarikulov, A.I. Radjabov – MODERN VIEW ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN PERSONS OVER 60 YEARS OF AGE //New Day in Medicine 2023 6(56): 64-72 <https://newdaymedicine.com/index.php/2023/06/09/1-95/>



4. 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 SUBDIAGPHRAGMAL POSITION. *World Bulletin of Public Health*, 13, 55-62. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1240>
5. Radjabov Vohit Bafoyeovich, & 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>
6. Р. Р.Арашов, & Ш. Ш. Ярикулов. (2022). ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛОСТНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНЫ ПРИ СЛОЖНЫХ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ РАСПОЛОЖЕНИЯХ. *European Journal of Interdisciplinary Research and Development*, 6, 30–38. Retrieved from <http://www.ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/108>
7. R. R. Arashov, Sh. Sh. Yarikulov, & B. B. Safoev. (2022). TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVITY LIVER FORMATION WITH A SIMPLE AND COMPLEX SUBDIAGPHRAGMAL POSITION. *Galaxy International Interdisciplinary Research Journal*, 10(8), 65–74. Retrieved from <https://www.giirj.com/index.php/giirj/article/view/2616>
8. Ш.Ш Ярикулов. Влияние различных концентраций раствора диметилсульфоксида на чувствительности к антибиотикам патогенных микроорганизмов в эксперименте. *Тиббиётда янги кун*. № 4–33-2020.–С. 153–155. Бухоро-2020
9. ШШ Ярикулов, АК Хасанов, ИШ Мухаммадиев. Пути снижения резистентности микрофлоры к антибиотикам при лечения гнойных ран - *Тиббиётда янги кун-Бухоро*, 2020. (3) №. 31 с. 156-160.
10. Vafoyeva, S. Yarikulov, Sh. (2023). Results of treatment of patients with liver cavities. *International Bulletin of Medical Sciences and Clinical Research*, 3(6), 204–209.<https://researchcitations.com/index.php/ibmscr/article/view/2141>
11. Арашов Р. Р., Ярикулов Ш. Ш. усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени // *Ustozlar uchun*. – 2023. – Т. 19. – №. 1. – С. 257-263.
12. Sh S. Yarikulov, AI Radjabov–Modern view on the diagnosis and treatment of acute cholecystitis in persons over 60 years of age. *New Day in Medicine*. 2023;6(56) p.64-72.
13. ШШ Ярикулов, ДК Курбанов, Хамраев Бобур, Азиз Атоев. МИКРОФЛОРА РАН И ЕЕ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ У БОЛЬНЫХ ГНОЙНО-ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ



ТКАНЕЙ. SUSTAINABILITY OF EDUCATION, SOCIO-ECONOMIC SCIENCE THEORY. 2023/8/12. №. 10. p. 258-262

14. ШШ Ярикулов, ДК Курбанов, Хамраев Бобур, Азиз Атоев. ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ. Vol. 1 №. 11 (2023): INTERDISCIPLINE INNOVATION AND SCIENTIFIC RESEARCH CONFERENCE. P. 201-206.

15. РР Арашов ШШ Ярикулов IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVITY LIVER FORMATION IN SIMPLE AND COMPLEX SUBDIAGPHRAGMAL POSITIONS/ Confrencea/ 2023/6/25. Том 6. С. 366-371

16. РР Арашов ШШ Ярикулов. SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVITY LIVER FORMATIONS. Confrencea/ 2023/6/25. Том 6. С. 118-127

17. Sh.Sh.Yarikulov R.R.Arashov, B.B.Safoev/ ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER CAVITIES WITH SIMPLE AND COMPLEX INTRAHEPATIC ARRANGEMENTS IN A COMPARATIVE ASPECT. New Day in Medicine Том 12. №. 50. P. 25-33