

А.М. Шамсиев,
Н.С. Баймурадов, Ж.А. Шамсиев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Монография

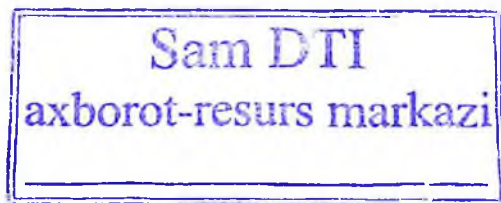


А.М. ШАМСИЕВ, Н.С. БАЙМУРАДОВ,
Ж.А. ШАМСИЕВ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Монография

*Монография обсуждена и утверждена на заседании Ученого
Совета Самаркандского медицинского института и
рекомендована к печати.
«31» март 2021 год, Протокол № 8*



“TURON NASHRIYOT”
Ташкент – 2022

УДК 616.995.121-053.2:617

616.36-053.2

ББК 55.17

Ш 22

Шамсиев А.М., Баймурадов Н.С., Шамсиев Ж.А.

Хирургическое лечение эхинококкоза печени у детей
[текст] : Монография / А.М. Шамсиев, Н.С. Баймурадов, Ж.А. Шамсиев – Ташкент : “Turon Nashriyot”, 2021. -104 с.

В монографии представлены современные данные об этиологии, патогенез, эпидемиологии, морфологии, классификации, современных методах диагностики эхинококкоза печени у детей, а также подробно изложены имеющиеся к настоящему времени подходы к хирургическому лечению, а именно методику ликвидации остаточной полости печени в эксперименты. Теоретические аспекты данной проблематики подкреплены обширным собственным материалом авторов, представленным в форме подробных описаний различных клинических случаев. Монография иллюстрирована рисунками ликвидации остаточной полости печени у детей, фотографиями, ультразвукового исследования и таблицами.

Монография предназначена для хирургов, клинических ординаторов и студентов медицинских институтов.

РЕЦЕНЗЕНТЫ

Эргашев Н.С – зав. каф. Госпитальной детской хирургии ТашПМИ, д.м.н., профессор.

Азизов М.К – профессор кафедры детской хирургии №2 СамМИ, д.м.н.,

ИСБН – 978-9943-7829-7-6

© А.М. Шамсиев и др., 2022 г.
© “Turon Nashriyot”, 2022 г.

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ. Эхинококкоз распространен во всем мире, в особенности в странах с развитым животноводством. Узбекистан относится к числу регионов, эндемичных в отношении эхинококкоза; уровень пораженности здесь составляет в среднем 6-9 человек на 1000 населения, и не имеет тенденции к снижению (45).

В связи с разработкой новых методов диагностики и хирургической тактики существенно снизились летальность и число осложнений у оперированных детей (62,70,73-75, 86, 92, 93,129,137, 138). Однако, данные международного симпозиума "Хирургия эхинококкоза" (Хива, 1994) показывают, что в различных учреждениях летальность при оперативном лечении колеблется от 2 до 7%, послеоперационный рецидив эхинококкоза составляет 5-12, а формирование и нагноение остаточной полости после эхинококкэктомии - 7-20%. Развитие осложнения в виде непаразитарных кист печени с нагноением содержимого связано с недостаточностью и несовершенством существующих методов по обработке и ликвидации остаточных полостей в период операции.

Совершенствование хирургических методов лечения эхинококкоза печени - актуальная проблема. Ее решению должна способствовать разработка модели эхинококкоза, позволяющая в экспериментальных условиях выполнять различные варианты ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии с последующим морфологическим исследованием. И только после этого новые методы хирургического лечения эхинококкоза, в частности, ликвидация остаточных полостей, могут быть апробированы в клинических условиях с учетом локализации, размеров, числа эхинококковых кист, возраста больных, наличия осложнений с регистрацией ближайших и отдаленных результатов лечения. Все вышесказанное послужило основанием для выполнения настоящей работы.

ГЛАВА I. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

(Обзор литературы)

Естественными хозяевами возбудителя (*E.granulosis*) эхинококкоз а-гельминтоза являются сельскохозяйственные животные (овцы, крупный рогатый скот) и собаки. Человек заражается возбудителем этой инвазии от собак, поэтому поражённость людей и сельскохозяйственных животных определяется наличием, численностью и инвазированнойностью собак (67, 71, 86, 133, 146, 148, 162).

Эхинококкоз считается эндемическим заболеванием в странах Средиземного моря, в США, Австралии, Новой Зеландии, Аргентине, Чили, Уругвае, (12, 125, 135, 157). В СНГ он наиболее часто встречается в Средней Азии, Закавказье, на юге Украины и России, в Молдавии и Казахстане (5, 63, 67, 70, 86).

Эхинококкозом может поражаться любой орган и ткань человеческого организма, но наиболее часто поражается печень, являющаяся первым "фильтром" для портальной крови и, следовательно, для зародышей эхинококка, находящихся в ней. Второе место по частоте поражения занимают легкие, причем, чаще правое (26, 70, 71, 132).

Современная диагностическая аппаратура позволяет с большой точностью диагностировать поражение органов, недоступных визуальному и пальпаторному исследованиям. Возможно поэтому из года в год возрастает число выявлением больных детей с эхинококкозом (14, 119, 120, 122, 134, 163). По данным Б.В. Петровского (67) соотношение городских (26,4 %) и сельских жителей (73,6 %) составило 1:3. Однако И.Я. Дейнеко (1968) приводит обратное соотношение, т.е. в вопросе о распространенности эхинококкоза нет однозначного мнения.

По данным А.Т. Пулатова (72), анализ частоты эхинококкоза у 380 детей свидетельствует: поражение легких встречается в 56% случаев, печени - в 29 и сочетанной формы § в 21 % случаев. К

аналогичному выводу приходит С.Р. Рахимов и соотв. (75), анализируя частоту эхинококкоза в Андижанской области Узбекистана. В то же время у взрослых чаще регистрируется эхинококкоз печени - в 71 % случаев (2).

Нужно признать, что публикуемые сведения о частоте эхинококкоза, в том или ином регионе занижены примерно вдвое, поскольку чаще всего частота заболевания оценивается по обращаемости больных в стационары. Для истинной выявляемое™ больных эхинококкозом разработан комплекс методов, основанных на инструментальных, иммунологических, клинических и других исследованиях.

По данным Ш.И. Каримова (45), для активного выявления больных эхинококкозом было впервые проведено массовое профилактическое обследование сельского населения с помощью УЗИ. Так, в северных районах Узбекистана было обследовано 7842 человека, у 43 из них выявлен эхинококкоз печени, причем у 6 больных выявлены множественные кисты. Диагностика эхинококкоза печени не вызывает затруднений, поскольку ультразвуковое исследование позволяет выявлять эхинококкоз в 97 и более процентах случаев. (114, 137, 139). Кроме того, в последние годы стала применяться компьютерная томография, которая повысила чувствительность методов инструментальной диагностики эхинококкоза. (130).

Важным подспорьем является применение методов, специфически отражающих наличие эхинококкоза в организме (41, 55, 92). Выявлены дифференциально диагностические критерии эхинококкоза печени при компьютерной томографии: однородность образования, четкие, ровные контуры, низкая плотность, возможность выявления хитиновой оболочки и фиброзной капсулы, а также наличие дочерних пузырей. При осложненных формах эхинококкоза увеличивается плотность округлых образований (3, 113, 117, 124, 137, 160). В сомнительных случаях применяются радиоизотопные исследования, селективная ангиохолонгография, лапароскопия и другие подходы (67, 123, 145).

Усилиями отечественных и зарубежных ученых разработаны общие принципы хирургического лечения эхинококкоза печени.

Используется большое число разнообразных операций, предложенных различными авторами. (И.Я. Дейнеко, 1968; В.В. Вахидов, Э.С. Исламбеков, 1972; Р.П. Аскерханов, 1976; П. Дееничин, 1979; А.Т. Пулатов, 1983; Б.В. Петровский и соавт. 1985; АЗ. Вафин, 1993; А.Д. Хемраев, 1993; Н. Karon et al., 1991; X. Wu et al., 1992; S. Berrada et al., 1993; АО. Aktan et al., 1993; Р. Karidakis et al., 1994; Gaidasski et al., 1994; Tridico, 1994). Многие из них с успехом применяются в настоящее время. Б.В. Петровский и соавт. (67) детально проанализировали эти методы, оценили отрицательные и положительные стороны и обосновали наиболее эффективные из них. Была систематизирована терминология, без которой, трудно сопоставить результаты исследования различных - авторов. Создана классификация хирургических методов лечения эхинококкоза (67), в которой выделяются две части: первая - эхинококкэктомии, вторая - способы устранения остаточной полости, учитывая важность данного этапа операции.

Эхинококкэктомии делятся на закрытую и открытую. Закрытая, в свою очередь, подразделяется на резекцию органа (идеальная эхинококкэктомии) и его удаление. Открытая эхинококкэктомия проводится после пункции или иссечения оболочек кисты. *При устранении остаточной полости разработаны три основных подхода:*

- 1) наружное дренирование;
- 2) сочетанные методы ликвидации полости;
- 3) капитонаж, заклеивание и прочее.

Ниже приведены данные современной литературы по этим подходам. Особое внимание уделяется в послеоперационные осложнения. Так, по данным С.Р. Рахимова (74), рецидив болезни у детей был отмечен | 7,7% случаев, а летальность составила 6,3% больных. В.С. Конозов и К.М. Мыкыев (47), изучая отдаленные результаты у 72 больных после эхинококкэктомии печени выявили рецидив у двух (2,7 %). А.Т. Пулатов (72), углублено занимаясь данной проблемой, полагает, что частота послеоперационных рецидивов зависит от выбора оперативного доступа к

пораженному органу, и рекомендует широкое раскрытие полости фиброзной капсулы, тщательную визуальную санацию, эффективное обеззараживание пораженного органа и полости организма. В доказательство автор приводит данные: из 378 детей, оперированных по поводу эхинококкоза печени, только в двух случаях были отмечены осложнения в виде ложных рецидивов эхинококкоза. *Б.А. Акматов* и соавт. (8) и *В.Ю. Шутков* (96) утверждают, что активное выявление больных эхинококкозом резко сокращает частоту рецидивов. Большинство авторов, анализируя причины развития рецидивов после эхинококкэктомии печени у детей, приходят к заключению, что главными причинами рецидивов являются диагностические ошибки на этапах дооперационного обследования и операции. *А.З. Вафтин* (22) полагает, что в половине случаев рецидивов болезни не были замечены отдельные кисты малого размера в момент оперативного вмешательства, которые после операции дали интенсивный рост. Об этом же свидетельствуют работы многих исследователей (8, 17, 27, 43, 72, 86, 114, 118, 129). С целью обнаружения малых эхинококковых кист в печени рекомендуется интраоперационное применение УЗИ (19, 39, 40, 68, 92, 96). Первой и, как полагают большинство авторов, наиболее важной задачей при эхинококкэктомии является предупреждение во время операции рассеивания сколексов, создающего, вероятно, предпосылки для развития вторичного эхинококкоза. С этой целью кожу операционной раны следует тщательно окружить простынями, подшить полотенце к париетальному листку брюшины или плевры. Место пункции и область эхинококковой кисты необходимо тщательно окружить марлевыми салфетками таким образом, чтобы не оставалось свободного пространства, куда случайно могли бы попасть сколексы и эхинококковая жидкость. После эхинококкэктомии их немедленно удаляют, а перчатки заменяют. Причем, эти меры предосторожности необходимо применять при самых разных доступах к пораженному органу, в том числе при торакофренолапаротомии, транс плевральных подходах и других операциях труднодоступных эхинококковых кист (4, 7, 41).

Особое внимание *Б.В. Петровский* и соавт. (67) уделяют обработке фиброзной капсулы сколикоцидными веществами. В этих случаях часто применяют 2%-ный раствор формалина. Однако, по мнению *О.К. Кулакиева* (52), примерно каждый четвертый больной имеет осложнения после обработки ложа эхинококковой кисты формалином. Он рекомендует использовать 0,5-1 %-ный каллоидальный йод. *В.Л. Баргут* (19) и *И. Ozmen et al.* (156) рекомендуют обрабатывать фиброзную капсулу 30 %-ным раствором натрия хлорида с глюкозой и 3 %-ным раствором перекиси водорода. *А.Х. Одилов* (63) и *В.Ю. Шутков* (96) предлагают разрушать сколексы эхинококка как изнутри фиброзной капсулы, так вне её пределов с помощью криохирургического подхода. Применяются также горячие растворы фурацилина - 60-70 градусов (8). По мнению *А.Т. Пулатова* (73), наиболее эффективным в этом случае является обработка ложа эхинококковой кисты 70 %-ным спиртом и эфиром. Об этом же свидетельствуют результаты других исследователей.

Многие исследователи считают перспективной обработку полости ультразвуком и низкоинтенсивным лазерным облучением (18, 36, 48, 98). При обработке внутренней поверхности фиброзной капсулы СО₂-лазером во время операции рекомендуется облучение до образования коагуляционного струпа, что положительно влияет на послеоперационное течение болезни.

Нужно отметить, что лазеры все шире используются при эхинококке эктопии. Например, *А.Р. Эшчанов* (98) рекомендует, в зависимости от цели применения, использовать высоко и низкоинтенсивные лазеры. С их помощью осуществляются хирургический доступ, краевая резекция печени, вскрытие полости кисты, иссечение е фиброзной капсулы, испарение фиброзной оболочки и гнойно некротических тканей, стерилизация полости, коагуляция кровеносных сосудов и герметизация желчных протоков. Комплексное применение лазеров позволило снизить частоту осложнений в 1,5-4 раза, сократить сроки стационарного лечения в 1,5 - 2 раза и улучшить

непосредственные и отдаленные результаты эхинококкэктомии. *А.Р. Эшчанов* также предложил новое применение лазера при больших и гигантских кистах с ригидными фиброзными стенками. Для их обработки используется метод частичной декорткации, что смягчает остаточную полость и позволяет более эффективно ликвидировать ее. Автор предложил облучать остаточную полость низкоэнергетическим лазером через дренаж.

Как показали *Ф.В. Леонов* и соавт. (54) ультразвук низкой частоты также обладает выраженным сколицидным действием: они обработали ложе эхинококковой кисты ультразвуком, что привело к уменьшению частоты осложнений.

Одним из важных заключительных этапов эхинококкэктомии печени у детей является ликвидация остаточной полости. Для этого предложены многие методы, эффективность которых, по данным авторов, различна. Например, *Б.В. Петровский* и соавт. (67) не поддерживают сторонников эхинококкэктомии с удалением образовавшейся вокруг нее фиброзной капсулы, поскольку это крайне травматичная операция сопровождается обильным кровотечением. Ограниченное число сторонников имеет метод заполнения остаточной полости после эхинококкэктомии разнообразными пломбами, эмульсией, антисептическими веществами, сальником на ножке, мышце и пр. (1, 47, 67, 70, 73, 91, 104, 108, 121, 136, 137, 151).

А.Т. Пулатов, Т.А. Абдуфатаев (73), анализируя различные способы закрытия остаточной полости, пришли к заключению, что способ лечения зависит от объема эхинококковой кисты, ее локализации и эластичности стенок. При мелких и малых кистах остаточная полость ушивается узловыми кетгутовыми швами с обхватом дна. При расположении остаточной полости в передней и нижней поверхностях печени в 3-6 сегментах, её ликвидируют пломбировкой сальников на сосудистой ножке по оригинальной методике. Разработаны показания к проведению перицистэктомии при хирургическом лечении эхинококкоза печени (27, 117, 136, 156).

3. Курбаниязов (53), А.С. Сулайманов и соавт. (86) рекомендуют остаточную полость отдельных кист склеивать клеем МК-7 или полимерной пленкой ЭСБад.

Большинство авторов используют кетгут при закрытии остаточных полостей. Однако по мнению Б.А. Акматова и соавт. (8), следует использовать не кетгут, поскольку он способствует образованию ложных кист с последующим нагноением, а нерассасываемый шелковый материал. При эхинококкэктомии легким и безупречным считается способ капитонажа по Дельбе. Однако капитонаж остаточной полости печени бывает затруднен из-за плотности и неподатливости фиброзной капсулы и небезопасен из-за возможности ранения подлежащих крупных желчных и кровеносных сосудов. Ф.К. Мурадов и соавт. (60) считают, что наиболее целесообразно остаточную полость ликвидировать не капитонажем по Дельбе, а инвагинацией краев свободных участков фиброзной капсулы. Метод апробирован у 30 больных с эхинококкозом печени. Среднее пребывание больных на койке составило 22 дня. Б.В. Петровский и соавт. (67) также рекомендуют указанный подход при поверхностно расположенных кистах печени и полагают, что при наличии больших участков фиброзной капсулы, лежащих свободно, он является одним из лучших способов ликвидации остаточной полости.

Пролиферативная активность клеток и полнота восстановления массы паренхиматозного органа повышаются по мере увеличения количества резецируемой ткани. Вместе с тем, при удалении значительного объема органа регенерации, оставшаяся часть может оказаться неполноценной и ненадежной, а функция - нарушенной. С этих позиций определение оптимального объема резекции паренхиматозного органа для эффективной стимуляции регенерационного процесса является исключительно актуальным и требует дальнейшего экспериментального исследования (16).

Естественно, что в каждом отдельном случае необходимо индивидуально решать вопрос о завершении оперативного вмешательства. По мнению В.Ю. Шутова (96), для сохранения процессов кровообращения и желчеоттока в прилегающей к фиброзной оболочке паренхиме печени необходимо проводить

абдоминализацию остаточной полости. Однако такой подход признается не всеми исследователями, поскольку существует опасность истечения желчи в брюшную полость и развития желчного перитонита (67). В нередких случаях применяется дренирование остаточной полости, учитывая высокую регенеративную способность гепатоцитов (94, 114, 137, 156, 170). Для этой цели

Э.С. Саклапов и соавт. (83) разработали методику оригинального управляемого двойного дренирования, с помощью которого обеспечивается хороший отток из полости, уменьшается остаточная полость. Кроме того, оттекающая жидкость анализируется на наличие клеток и бактерий. В.С. Помелов и соавт. (69) описали первый опыт **успешного** лечения эхинококковых кист печени пункционным чрескожным дренированием. В то же время по мнению Ш.И. Каримова и соавт. (44), в первую очередь необходимо дренировать гнойные полости для создания оптимального оттока гнойного содержимого.

Х.Т. Нишанов (62) приходит к заключению, что выбор метода хирургического лечения зависит от локализации кисты, ее размера, числа, стадий развития и характера осложнений. При неосложненном эхинококкозе оптимальным методом операции является закрытая эхинококкэктомии. При нагноении эхинококковых кист показан пункционный способ. При краевом поверхностном расположении проводится идеальная эхинококкэктомии или резекция печени, а при обызвествлении стенки кист - перицистэктомия. (111, 114, 136, 156).

А.С. Сулайманов (87) полагает, что при сочетанном эхинококкозе печени и других органов брюшной полости необходимо проводить одномоментную эхинококкэктомии; летальные исходы при этом не отмечались.

При гигантских и больших эхинококковых кистах печени рекомендуется проведение перицистэктомии, абдоминализацию ложа кисты, оментогепатопексию, цистэнтеранастамоз с целью обеспечения максимальной декомпрессии печени, что сокращает число гнойных осложнений, сроки пребывания больных на стационарном лечении, период реабилитации. (36, 121, 136).

М.И. Кузин и соавт. (50) разработали метод хирургического лечения очагового поражения печени с использованием рентгенэндоваскулярного вмешательства. *Б.И. Альперович* и соавт. (11) разработали тактику лечения кист печени. Совершенно очевидно, что при оперативном лечении эхинококкоза у детей необходима индивидуализация подхода, в связи с чем *Ш.И. Каримов* и соавт. (44), *В.С. Помелов* (69) разработали алгоритм действий хирурга для профилактики осложнения после эхинококкэктомии печени у детей.

М.Р. Утепкаев (88), *А.А. Мовчун* и соавт. (57) поднимают важную проблему о заболеваниях, сопутствующих эхинококкозу, влияющих на ближайшие и отдаленные результаты лечения. Так, они обнаружили поражение желчных путей при эхинококкозе печени у 20 % больных, что, по мнению авторов, является тяжелым осложнением. Частым осложнением и сопутствующим заболеванием является и гепатит. (116, 118). *Э.С. Сақлапов* и соавт. (83), используя метод интероперационной биопсии у трети (у 11 из 34) детей, диагностировали хронический гепатит различной степени активности; причем, у 2 больных эхинококкозом хронический гепатит переходил в цирроз. Даже у практически здоровых детей, оперированных по поводу травмы органов брюшной полости, в одном из шести наблюдений также выявлялся хронический персистирующий гепатит. *А.Т. Пулатов* и *Т.А. Абдуфатаев* (73) отмечают весьма высокий сопутствующий патологический соматический фон у 59% больных эхинококкозом детей в Таджикистане, что проявлялось в отставании физического развития, анемией, гипо и диспротеинемией, гипокоагуляцией, выраженной хронической интоксикацией организма. Тяжелым осложнением, которое нередко встречается, является истинный прорыв элементов паразита в желчные пути, что требует их тщательной санации и постоянного внутреннего дренирования (57, 69, 88, 143).

Для предупреждения рецидивов эхинококкоза показана химиотерапия вермоксом и альбендазолом при первичном множественном эхинококкозе и рецидивах заболевания. (115, 132, 142, 149, 168, 169). Когда оперативное вмешательство опасно для жизни больного или у него отмечаются множественные эхинококковые кисты, а также дочерние пузыри, эффект вермокса довольно высок и позволяет в 80 % случаев вызвать гибель паразита (48, 92).

Отдаленные результаты хирургического лечения по данным *Е.А. Абдурахманова* (2) показали: из 370 пациентов рецидив отсутствовал у 73%, наличие жалоб выявлено у 15 % больных, рецидив | у 12 %. Аналогичные данные приводятся в работах *Д.Т. Максумова* (56), *Р.П. Аскерханова* (15), *L. Cangioti et al.* (117). По данным *А.С. Сулайманова* и соавт. (86), после выполнения операций по множественному эхинококкозу, в катамнезе не выявлено следов оперативного вмешательства, что авторы объясняют использованием клея МК для закрытия остаточных полостей.

А.Т. Пулатов (73) наблюдал рецидивы в ближайшие годы после операции у 3,1 % больных, причем все они болели цефалоцистным эхинококкозом. А в целом авторы предлагают наблюдать за развитием рецидивов эхинококкоза до 5 лет, постоянно контролируя появление остаточных полостей и других осложнений эхинококковой болезни (61). Для этого необходим ранний активный контроль за образованием остаточных полостей с помощью УЗИ и компьютерной томографии. (39, 113, 114, 124).

Таким образом, эхинококкоз печени у детей остается сложной хирургической проблемой из-за большого числа осложнений и смертельных исходов. К сожалению, до сих пор не редки диагностические ошибки, которые встречаются как при малых размерах эхинококковых кист, так и при гигантских.

Широкий набор оперативных методов лечения эхинококкоза печени у детей позволяет достаточно эффективно лечить

указанное заболевание. Однако не всегда классические методы оперативного вмешательства, в частности, методы ликвидации остаточных полостей, оказываются достаточно эффективными.

В связи с изложенным представляется важной разработка новых хирургических подходов, направленных на ликвидацию остаточной полости, что в конечном итоге благоприятно скажется на отдаленных результатах хирургического лечения эхинококкоза печени.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика клинического материала

Клиническая часть работы основана на анализе результатов лечения 86 детей в возрасте от 1 года 8 месяцев до 15 лет с эхинококкозом, наблюдавшихся в Самаркандском Научном Центре детской хирургии (директор - проф А.М. Шамсиев) в 1986 – 1995гг. Детям проведено обследование, включающее клинико – лабораторные, биохимические, рентгенологические, ультразвуковое исследования.

Таблица 1

Распределение детей по возрасту и полу

Пол	Возраст, год			Всего	%
	1г,8м-7лет	8-10 лет	11-15 лет		
Мальчики	15(17%)	9(11%)	25(29%)	49	57
Девочки	9(11%)	13(15%)	15(17%)	37	43
Итого	24(28%)	22(26%)	40(46%)	86	100

Как видно из таблицы 1, мальчики более подвержены заболеванию. Обращает на себя внимание, что эхинококкоз печени проявляется чаще в возрасте 11 лет. Как видно из таблицы 1, мальчики более подвержены заболеванию. Обращает на себя внимание 15 лет (46%).

Таблица 2

Эхинококкоз печени в зависимости от вида и возраста

Виды эхинококкоза печени	Возраст больных, год			Всего
	1г 8м.-7 лет	8-10 лет	11-15 лет	
Одиночные	6 (7%)	8 (9,3%)	18 (20,9%)	32 (37,2%)
Одиночно-сочетанные	3 (3,4%)	6 (7%)	6 (7%)	15 (17,4%)
Множественные	9 (10,5%)	6 (7%)	9 (10,5%)	24 (28%)
Множественно-сочетанные	6 (7%)	2 (2,3%)	7 (8,1%)	15 (17,4%)
Итого:	24 (27,9%)	22 (25,6%)	40 (46,5%)	86 (100%)

Сельские жители было 68 (79%), городских-18 (21) % детей. Это связано, видимо, с большим контактом сельских детей с домашними животными. Из 86 детей с эхинококкозом печени одиночные кисты выявлены у 32 (37,2%), одиночно-сочетанные - у 15 (17,4%), множественные - 24 (28%), множественно-сочетанные - у 15 (17,4%) детей (табл.2)

Из 86 детей с эхинококком печени у 30 (34,8%) были сочетанные формы болезни: печень и легкие - 22, печень и селезенка - 4, печень и почки - 2, печень и другие органы брюшной полости - 1, печень, легкие и селезенка - 1! Следует также отметить, что при множественном эхинококкозе печени (39 больных) сочетанные формы поражения встречались чаще - 15 (38,5 %).

Таблица 3

Осложнения эхинококкоза печени в зависимости от вида и возраста больных представлены в табл. 3.

Вид поражения	Возраст больных, год					
	1г8м-7 лет		8-10лет		11-15лет	
	неосл	осл	неосл	осл	неосл	осл
одиночные	5	1	8	-	13	5
одиночные-сочетанные	2	1	5	1	6	-
множественные	5	4	2	4	6	3
множественные	6	-	2	-	5	2
Итого:	18	6	17	5	30	10

Примечание. Неосл. - неосложненная эхинококковая киста;
Осл. - осложненная эхинококковая киста.

Осложнения эхинококкоза печени в зависимости от вида и возраста больных

Из 86 детей у 65 (76 %) не отмечено осложнений, а у 21 (24 %) были осложнения в виде нагноения, разрывов. Соотношение числа неосложненного и осложненного эхинококкоза примерно одинаково по возрастным группам. Чаще других осложнялся множественный эхинококкоз - в 46 % случаев.

Мы, также как *А.Т. Пулатов* (70), в зависимости от объема и размера эхинококковых кист распределили больных на 4 группы: мелкие кисты - объем до 10 мл или диаметр полости до 3 см, малые - объем 10-100 мл или диаметр 3-6 см, средние - объем 100-250 мл или диаметр 6-9 см, большие гигантские - 300-1500 мл и больше или диаметр 10-20 см.

В таблице 4, приведено общее количество эхинококковых кист у детей с эхинококкозом печени в зависимости от размера кист и возраста больных. У 86 детей обнаружено в общей сложности 237 кист. С возрастом уменьшается число мелких кист и возрастает количество малых, больших и гигантских. Наибольшее число эхинококковых кист выявляется в возрастной группе от 1 года 8 мес. до 7 лет - 42 %.

В правой доле печени киста располагалась у 66 (77 %), в левой доле - у 5 (6 %), одновременное поражение обеих долей печени встречались у 15 (17 %).

Таблица 4

Количество и размеры эхинококковых кист печени в зависимости от возраста больных.

Размеры кисты	Возраст больных год			всего
	Количество эхинококковых кист			
	1г 8м-7 лет	8-10 лет	11-15 лет	
мелкие	61 (26%)	7 (3%)	2 (1%)	70 (30%)
малые	10 (4%)	28 (12%)	43 (18%)	81 (34%)
средние	20 (8%)	6 (3%)	15 (6%)	41 (17%)
большие	10 (4%)	13 (5%)	16 (7%)	39 (16%)
гигантские	---	2 (1%)	4 (2%)	6 (3%)
Итого	101 (42%)	56 (24%)	80 (34%)	237 (100%)

Из 86 детей у 44 (51 %) наблюдалось под диафрагмальное расположение эхинококковой кисты.

Для оценки эффективности разработанного нами метода оперативного лечения эхинококкоза печени в отдаленные сроки

(1-10 лет) наблюдение проводили за 72 оперированными детьми из 86 леченных в клинике (84%).

2.2. Характеристика экспериментального материала

Для разработки нового способа ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии и контроля состояния остаточной полости и степени регенерации печеночной ткани возникла необходимость в создании экспериментальной модели эхинококкоза у животных. Наш выбор остановился на ягнятах и овцах, как естественных моделях эхинококкоза.

Работа проводилась в виварии Узбекского научно-исследовательского ветеринарного института (УзНИВИ). Для получения культуры яиц эхинококков были использованы 4 беспородные собаки 8- 12-месячного возраста. Для исключения их спонтанного заражения цестодами и другими гельминтами собаки были дважды дегельментизированы бромистоводородным ареколином (13). Материалом для их заражения служили протосколексы эхинококкового пузыря из печени больных овец. Жизнеспособность протосколексов определяли по их окрашиванию в 0,001 %-ном растворе генцианвиолета (66). Живые протосколексы оставались неокрашенными, а мертвые окрасились в синий цвет. Подсчет количества протосколексов проводился по методу С.Н. Боева и соавт. (21). Каждой собаке давали по 40-50 экземпляров жизнеспособных протосколексов с мясным фаршем.

Подопытных ягнят заражали онкосферами эхинококков от собак- доноров, убитых после обнаружения в их фекалиях члеников паразита. Каждому животному вместе с небольшим количеством воды давали по 10 тыс. экземпляров онкосфер паразита.

В эксперименте использовано 25 ягнят и овец в возрасте от 3-х месяцев до 5 лет, массой 12-36 кг.

В первом опыте 6 ягнятам перорально вводили по 10 тыс. яиц эхинококка, полученных от больных подопытных собак. Через 21 мес. всем животным проводили ультразвуковое исследование внутренних органов, их забивали и изучали наличие эхинококковых кист печени. Во втором опыте 6 ягнятам

внутримышечно вводили по 1,0 мл. эхинококковой вакцины (серия № 1), изготовленной в УзНИВИ для получения сенсibilизации. Через месяц этих же ягнят перорально заражали по 10 тыс. яиц эхинококка. Овец забивали также через 21 мес. после ультразвукового исследования внутренних органов.

Первый и второй варианты выполнялись совместно с член-корр. Академии сельскохозяйственных наук РУз., профессором *М.А. Аминджановым*, старшим научным сотрудником, кандидатом ветеринарных наук *Б.Н. Хакимовым*, научным сотрудником, кандидатом ветеринарных наук *Ф.И. Ибрагимовым* и аспирантом *Т.К. Газнакуловым*.

В третьем опыте в природных условиях из 1200 овец отобрано 96 ослабленных, которым произведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости на аппарате "Алоса-500". У 13 из них выявлен эхинококкоз печени. Этим овцам в клинике под тиопентал-натриевым наркозом была произведена эхинококкэктомия печени по разработанной нами методике. Оперированные овцы находились в обычных для экспериментальных животных условиях. Наблюдение за оперированными животными проводили в динамике: животных декапитировали непосредственно после оперативного вмешательства через каждый месяц (по 2-3 животных) в течение 5 месяцев. Печень исследовали макроскопически и забирали биоптаты для морфологического исследования из оперированного участка.

Для морфологических исследований кусочки печени фиксировали в 12%-ном нейтральном формалине, жидкости Боуэна и после стандартной гистологической проводки, заливали в парафин. Для изучения морфологии серийные срезы окрашивали гематоксилином и эозином. Окрашенные микропрепараты изучали под световым микроскопом МБИ-6.

Морфологические исследования выполнялись совместно с доктором медицинских наук, проф. *Т.Д. Дехкановым* (зав. кафедрой гистологии, цитологии и эмбриологии Самаркандского государственного медицинского института МЗ РУз) и ассистентом той же кафедры *Ф.С. Ориповым*.

2.3. Методы исследования

Все больные были подвергнуты клиническому исследованию, кроме того, на различных этапах хирургического лечения проводились биохимические, инструментальные и морфологические исследования.

Большое значение в клинической диагностике мы придавали правильному и подробному анамнезу. При этом обращали внимание на особенности возникновения и течения болезни, условия быта, контакт с животными, характер питания, аллергические реакции организма и экологическое состояние места проживания больных. Лабораторные исследования крови и мочи проводились методами, описанными в руководстве А. Коста (1975).

Биохимические показатели крови (остаточный азот, мочевины, креатинин, общий белок, общий билирубин, АлАТ, АсАТ, тимоловая проба) исследовали на анализаторе ФП-902 "Labsystems" (Финляндия), согласно "Методическим указаниям по применению унифицированных клинических лабораторных методов исследований" (1983). Реакцию непрямой гемагглютинации на эхинококкоз проводили по инструкции МЗ СССР от 20.05.81 г. с диагностикомом, приготовленным на формализированных эритроцитах барана.

Рентгенологические исследования больных при сочетанном эхинококкозе проводили на рентген диагностическом аппарате EDR 750B (Венгрия), ультразвуковое исследование паренхиматозных органов - на аппарате "Алюса-500" в масштабе реального времени, линейным датчиком 3,5 мГц, в стандартных точках отведения.

Полученные данные статистически обработаны методом вариационной статистики с использованием критериев Стьюдента-Фишера.

ГЛАВА III.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОБОСНОВАНИЕ НОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ПОДХОДА К ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

До настоящего времени не разработаны методы ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии, позволяющие стимулировать регенерацию печени для предупреждения непаразитарных кист. Для разработки нового подхода возникла необходимость в экспериментальных исследованиях. Наш выбор остановился на овцах, как естественных моделях эхинококкоза.

В первом опыте каждой из 6-ти ягнят вводили перорально по 10 тыс. яиц эхинококка, полученных от больных подопытных собак.

Во втором опыте 6-ти ягням предварительно внутримышечно вводили по 1,0 мл эхинококковой вакцины для сенсбилизации, а через месяц их заражали по 10 тыс. яиц эхинококка, перорально.

В третьем опыте активно выявляли больных эхинококкозом овец в природных условиях.

Первый опыт. Трехмесячным ягням, массой 12 кг ввели однократно по 10 тыс. яиц эхинококка, полученных от специально подготовленных больных собак, и содержали в обычных условиях в течение 21 мес. Затем всем животным провели ультразвуковое исследование и у всех выявили кисты малого размера, после чего их забили и провели тщательный осмотр внутренних органов. Визуально у всех животных были обнаружены множественные (2-4) мелкие эхинококковые кисты печени, а у трех - сочетание с эхинококковыми кистами легких. Кроме того, в печени трех овец были выявлены по два петрификата. Наименьший размер кисты составил 0,5х0,1 см, а наибольший 4,0х5,0 см (только в одном случае) (табл. 5).

Таким образом, нам удалось индуцировать эхинококкоз в экспериментальных условиях, но малые размеры кист не позволили выполнить операцию по ликвидации остаточной полости новым методом.

Таблица 5

**Формирование эхинококковых кист в печени и легких
подопытных животных**

	Номер бирки зараженных овец	Размеры кист в печени, см	Размеры кист в легких, см	Размеры петрификатов в печени, см
1	05119	1,5x2,0; 0,5x1,0; 2,0x2,5; 2,5x3,0	0,5x1,0; 1,0x1,5	-----
2	05248	2,0x2,5; 0,5x1,5	-----	0,8x1,2; 1,0x1,2
3	06087	0,5x0,1; 1,0x1,5; 2,0x2,5	1,0x2,0; 1,5x2,5; 1,5x2,0	0,5x1,0; 1,0x1,5
4	06421	1,0x1,5; 1,5x2,0; 1,5x2,5; 2,0x4,0	1,0x2,0; 1,5x2,5; 1,5x2,0	0,5x1,0; 1,0x1,5
5	06075	1,3x1,5; 1,5x2,0; 4,0x5,0	-----	-----
6	04656	1,5x2,5; 2,0x2,5; 2,5x3,5	-----	-----

Второй опыт. Проверено предположение о возможности получения более крупных кист на фоне предварительной сенсбилизации. У всех овец, получивших вакцину против эхинококка и перорально яйца эхинококка, обнаружено множество мелких кист и петрификатов в печени и легком (табл. 6).

Таким образом, результаты обоих опытов оказались неудовлетворительными, так как эхинококковые кисты были множественные и мелких размеров, что заставило нас прибегнуть к третьему опыту.

Третий опыт. Было решено найти больных эхинококкозом овец с достаточно крупными кистами в естественных условиях. Для этого мы проанализировали частоту заболеваемости эхинококкозом овец в Нурабадском районе Самаркандской

области, для чего обследовали 1200 овец, среди которых выбрали 96 ослабленных и подозрительных на эхинококкоз. В экспериментальной лаборатории Научного Центра детской хирургии им провели ультразвуковые исследования печени (шерсть над областью печени состригалась, а затем выбривалась).

Таблица 6

Формирование эхинококковых кист и петрификатов в печени и легких животных на фоне предварительной сенсibilизации

	Номер бирки зараженных овец	Размеры кист в печени, см	Размеры кист в легких, см	Размеры петрификатов в печени, см
1	06246	----	0,2x0,3; 0,2x0,4; 0,2x0,4; 0,3x0,5	0,2x0,3; 0,2x0,4
2	05208	0,3x0,4; 0,2x0,2; 0,2x0,4	----	0,3x0,5; 0,4x0,5; 0,4x0,5
3	06832	0,2x0,4; 0,4x0,5; 0,4x0,6	----	0,3x0,4; 0,2x0,3
4	06527	0,2x0,3; 0,4x0,5; 0,3x0,4; 0,5x0,5	0,4x0,4; 0,4x0,5	0,4x0,5; 0,4x0,4
5	06884	0,4x0,5; 0,5x0,5; 0,4x0,5; 0,3x0,5; 0,5x0,5	0,4x0,5; 0,5x0,5; 0,4x0,4	0,5x0,5; 0,3x0,4
6	05549	0,4x0,4; 0,3x0,5	0,4x0,5; 0,5x0,5	0,5x0,5

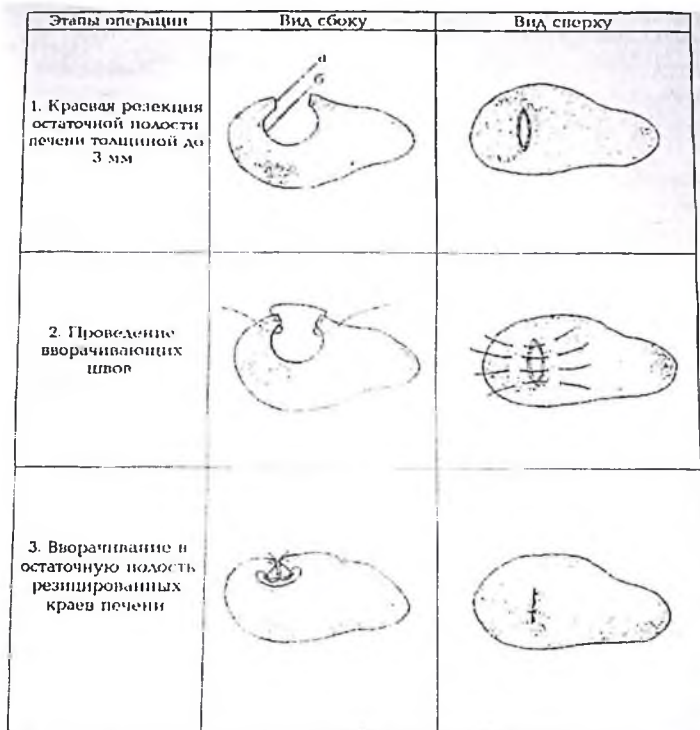
У 13 овец были обнаружены в печени эхинококковые кисты размером от 3,5x6,0 до 11,0x12,0 см, т.е. малые, средние и

большие. Всем животным была проведена эхинококкэктомия по разработанному в клинике методу. Способ операции заключался в следующем: под внутривенно тиопентал-натриевым наркозом (10мг/кг), после обработки операционного поля дважды йодом со спиртом производили разрез кожи в правом подреберье. Вскрывалась брюшная полость и обнажалась выступающая над поверхностью печени эхинококковая киста с фиброзной капсулой. Троякар-дренажом производили пункцию и аспирацию содержимого кисты. Фиброзная капсула, не покрытая печеночной тканью белесоватого цвета, рассекалась в поперечном направлении по всему диаметру. Удалялась хитиновая оболочка и остаточная эхинококковая жидкость, и полость обеззараживалась раствором фурацилина (1:5000) и 70 %-ным раствором спирта. Затем иссекалась выступающая белесоватая часть фиброзной капсулы вместе с паренхимой печени толщиной до 3 мм. (рис.1). Кровоточащие сосуды резецированных краев печеночной ткани печени ушивались отдельными тонкими узловыми кетгутовыми швами. Полость фиброзной капсулы ликвидировалась путем вворачивания резецированных краев эхинококковой полости печени во внутрь узловыми кетгутовыми вворачивающими швами. При необходимости ложе кисты для аспирации содержимого дренировали полихлорвиниловой трубкой с двумя боковыми отверстиями, которую выводили через отдельный разрез наружу. Под печеночная область дренировалась тампоном "сигара" также через отдельный разрез. Рана зашивалась послойно наглухо.

Разработанный способ хирургического лечения эхинококкоза печени у детей запатентован (авт. свид. на изобретение № 3322, выданный Государственным патентным ведомством РУз., 1995 г.).

Из описания способа становятся понятным и его принципиальные отличия от метода инвагинации в остаточную полость краев и свободных участков фиброзной капсулы вворачивающими

швами во внутрь, приведенного в монографиях А.Т. Пулатова(70), Б.В. Петровского



а) резецированный край полости с печеночной тканью толщиной до 3 мм;

Рис 1. Основные этапы операции ликвидации эхинококковой полости печени по предложенному способу.

а) резецированный край полости с печеночной тканью толщиной до 3мм; б) фиброзная капсула

Во-первых, фиброзная капсула полости эхинококковой кисты резецируется вместе с паренхимой толщиной до 3 мм, т.е., выполняется краевая резекция печени с целью стимуляции регенераторных процессов в резецированной области. Во-вторых, ввернутые внутрь резецированные края и свободные участки паренхимы печени не подшиваются ко дну полости, поскольку такая фиксация может вызвать торможение процесса регенерации

печени и не исключает повреждения желчных протоков и кровеносных сосудов.

Животные содержались в обычных условиях. Через каждый месяц производился забой 2-3 овец для исследования микропрепаратов печени. Целью морфологического исследования являлось изучение остаточных полостей и возможность их заполнения элементами паренхимы печени.

Ниже приводим морфологическое заключение заполнения остаточной полости в динамике. На препаратах печени экспериментальных животных через 30 суток после ликвидации остаточной полости эхинококка фиброзная капсула сохраняется. Ее толщина - 600-1000 мкм. Основу капсулы составляют грубые пучки коллагеновых волокон, которые имеют слоистое строение (рис. 2). Внутренняя поверхность фиброзной капсулы отделена от них тонким слоем демаркационного вала, представленного нейтрофильными лейкоцитами. Окружающая капсулу печеночная ткань имеет несколько измененную структуру. Нарушается балочное строение печеночной паренхимы. Просветы синусоидных капилляров расширены. Сами гепатоциты уменьшены в размерах. Отмечается фиброз стромы за счет разрастания соединительной ткани. (рис.3).



Рис.2. 30 суток после ликвидации остаточной полости. Фиброзная капсула. Основу ее составляют пучки коллагеновых волокон

Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 3,2x10.

Ее основу составляют тонкие пучки коллагеновых волокон, фибробласты, мелкие кровеносные сосуды. У края располагаются группы гепатоцитов (рис.5).

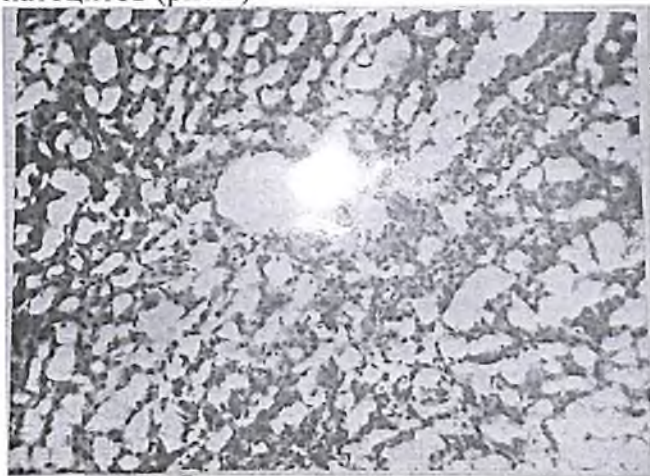


Рис.3. 30 суток после ликвидации остаточной полости.

Структура ткани печени, непосредственно прилегающей к наружной поверхности фиброзной капсулы. Нарушение обычной архитектоники. Фиброз стромы. Окраска, гематоксилином и эозином. Ув. 10x10.

На 60-е сутки эксперимента толщина фиброзной капсулы несколько уменьшается и составляет 400 - 700 мкм. Она по-прежнему состоит из слоистой грубоволокнистой соединительной ткани (рис. 6).

Прилегающая к фиброзной капсуле ткань печени по-прежнему имеет измененную структуру: нарушено балочное строение, гепатоциты уменьшены в размерах, отмечается фиброзирование стромы (рис.7).

В полости капсулы отмечается увеличение содержания фиброзной ткани, источником которой являются ввернутые и резецированные края печени. В толще фиброзной ткани имеется большое количество кровеносных сосудов, единичные желчные канальцы и небольшие по площади группы гепатоцитов (рис. 8, 9).

На 90 сутки от начала эксперимента фиброзная капсула сохраняется. Основу ее составляют пучки коллагеновых волокон. Толщина капсулы 300-500 мкм. Печеночная ткань вблизи капсулы по-прежнему с измененной архитектоникой, что проявляется нарушением балочного строения и фиброзом стромы.

К данному сроку наблюдения остаточная полость существенно уменьшается в размерах.

Структура ткани печени, непосредственно прилежащей к наружной поверхности фиброзной капсулы. Нарушение обычной архитектоники. Фиброз стромы. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 10x10.

В просвете ее содержится фиброзная ткань с заключенными в ней кровеносными сосудами, фибробластами и группами гепатоцитов (рис. 10, 11).

Через 120-150 суток от начала эксперимента на месте остаточной формируется грубоволокнистый рубец толщиной 1-5 мм, из фиброзной ткани, с заключенными в ней кровеносными желчными проточками и группами гепатоцитов (рис. 12,13). зоне рубца печеночная ткань – фиброзирована.

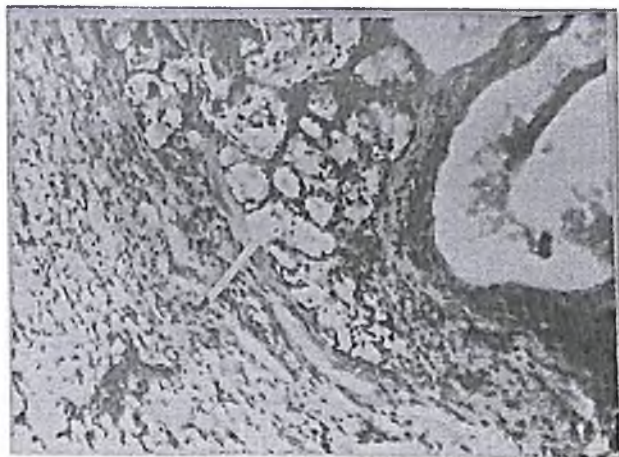


Рис.4. 30 суток после ликвидации остаточной полости. Группа гепатоцитов у края ввернутого участка (указано стрелкой).
Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 40x10.

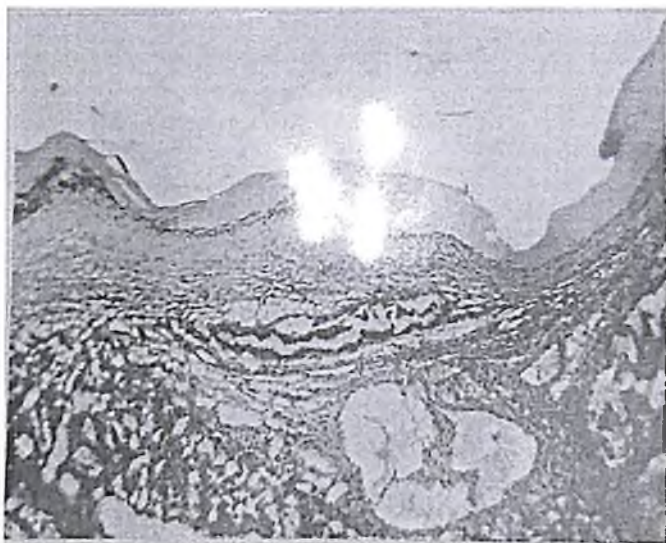


Рис. 5. 60 суток после ликвидации остаточной полости. Фиброзная капсула имеет меньшую толщину.

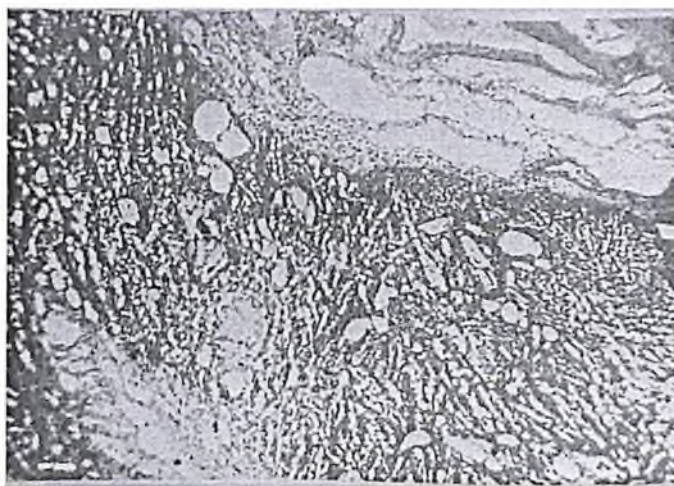


Рис.6. 60 суток после ликвидации остаточной полости. Основу ее составляют пучки коллагеновых волокон. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 3,2x10.

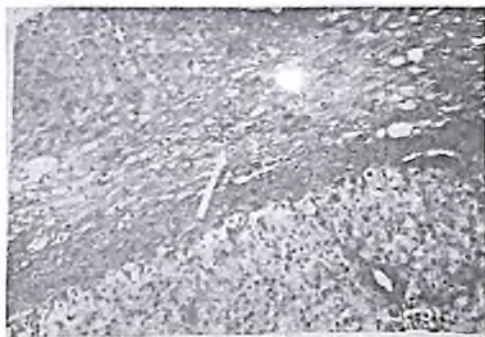


Рис 7. 60 суток после ликвидации остаточной полости. Фиброзная ткань в полости капсулы. Основу ее составляют пучки коллагеновых волокон, имеются островки гепатоцитов (указано стрелкой). Окраска гематоксилином и эозином. Ув 10x10

Основу ее составляют пучки коллагеновых волокон, имеются островки гепатоцитов. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 10x10. Резюмируя полученные результаты экспериментальных исследований следует остановиться на следующих моментах: искусственное заражение овец яйцами эхинококка без предварительной сенсibilизации и на ее фоне приводят к появлению в печени множественных мелких паразитарных кист и петрификатов.

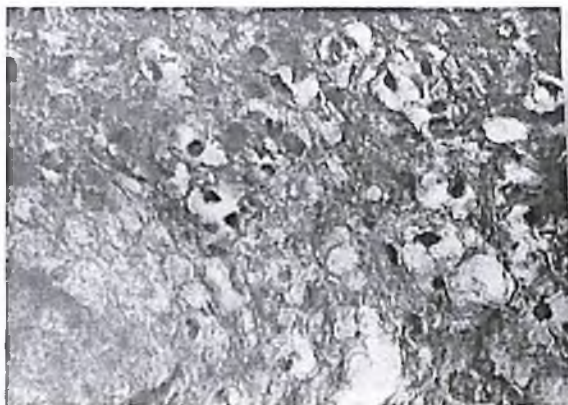


Рис 8. Фрагмент того же рисунка. Островки гепатоцитов. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 40x10

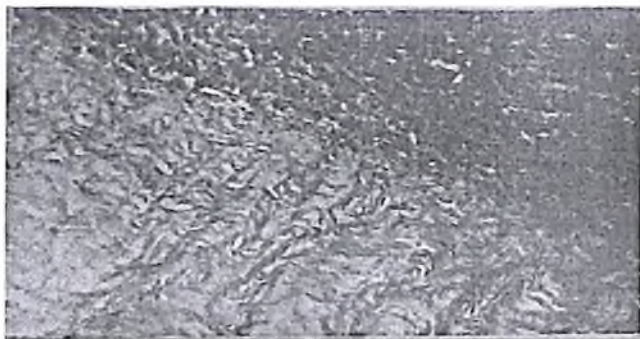


Рис 9. 90 суток после ликвидации остаточной полости. Фиброзная ткань в полости капсулы.

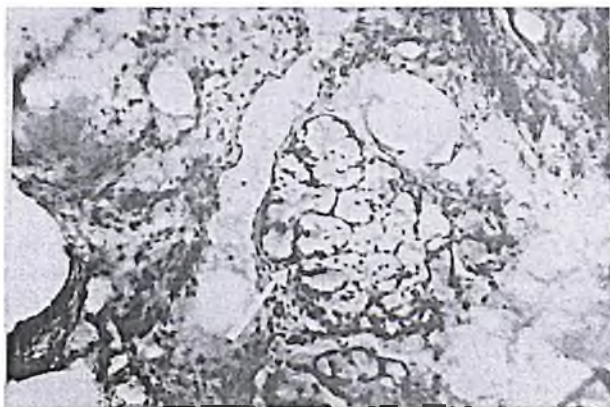


Рис.10. Фрагмент того же рисунка. Островки гепатоцитов среди фиброзной ткани (указано стрелкой). Окраска гематоксилином и эозином. Ув 10x10

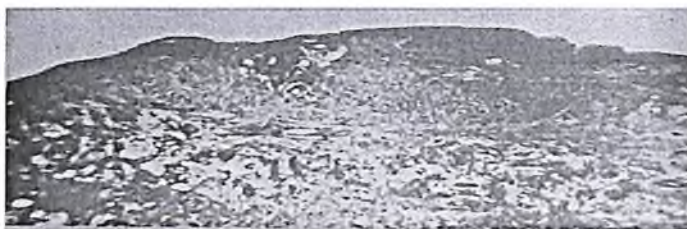


Рис 11. 150 суток после ликвидации остаточной полости. Фиброзная ткань, на поверхности печени имеются островки гепатоцитов. Остаточная полость не выявляется. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 3,2x10

Наиболее адекватной моделью эхинококкоза у животных, пригодной для оперативной ликвидации остаточных полостей в печени, является заражение овец в естественных условиях. Для выявления больных эхинококкозом печени овец необходимо двухэтапное исследование.

На первом - скриннирующем - этапе выявляются ослабленные животные с низкой массой. На втором - у них исследуют печень ультразвуковым методом и отбирают овец с нужным размером и локализацией кист.

Используя указанный подход, нами были обнаружены 13 овец с эхинококкозом печени с малыми, средними и большими кистами.

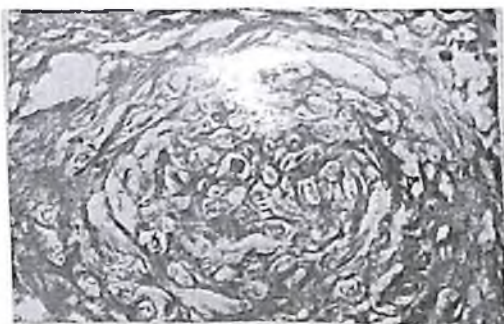


Рис.12. Фрагмент того же рисунка. Острова гепатоцитов среди фиброзной ткани. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 40x10

У них была проведена операция эхинококкэктомия печени с ликвидацией остаточной полости по разработанному нами новому методу. Его сущность заключается во вворачивании в полость предварительно резецированных краев операционной раны печени. Принципиально важными явились результаты морфологического исследования оперированной печени в 5-месячной динамике, которые показали заполнение остаточной полости элементами паренхимы печени, включая фиброзную ткань с заключенными в ней кровеносными капиллярами, желчными проточками и гепатоцитами, источником которых были резецированные и ввернутые внутрь края полости печени.

Следовательно, разработанный нами новый метод закрытия остаточной полости • после операции эхинококкэктомии печени путем вворачивания в нее предварительно резецированных краев раны печени высокоэффективен в плане стимуляции регенерации печени.

ГЛАВА IV. НОВЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

В предыдущей главе мы представили экспериментальные доказательства эффективности применения разработанного нами метода хирургического лечения эхинококкоза печени с ликвидацией остаточной полости путем вворачивания в неё резецированных краев операционной раны. Принципиально важным является постепенное заполнение остаточной полости элементами паренхимы печени, источником которых были резецированные и ввернутые края полости печени.

В данной главе приведены материалы по применению указанного метода у больных эхинококкозом детей разного возраста, локализации, размеров, числа эхинококковых кист с осложненным и неосложненным течением болезни. Обследовано 86 детей; возраст 1 год 8 мес.-15 лет (табл. 6).

Таблица 7

Характер поражения эхинококкоза печени у детей различного возраста

Характер поражения	Возраст больного, год			Всего
	1г.8мес.7-лет	8-10 лет	11-15 лет	
Одиночные	9(10,5%)	14(16,3%)	24(27,9%)	47(54,7%)
Множественные	15(17,4%)	8(9,3%)	16(18,6%)	39(45,3%)
Итого:	24(27,9%)	22(25,6%)	40(46,5%)	86(100%)

У детей младшей возрастной группы множественные кисты встречались чаще, чем одиночные, а в старшей - напротив, чаще обнаруживались одиночные эхинококковые кисты.

4.1. Одиночные эхинококковые кисты печени

У 47 больных с одиночными эхинококковыми кистами печени заявлены изолированные кисты в печени - у 32 (68 %);

одиночные сочетанные формы - у 15 (32 %) детей: печени и легких - у 13, печени и селезенки - у 1 и печени, и почек - у 1. У 8 (17 %) больных были отмечены осложнения: разрыв кисты - у 1, нагноение - у 6 и нагноение с прорывом в переднюю брюшную стенку - у 1. Размеры кист указаны в табл. 7.

Чаще всего встречались эхинококковые кисты малых и средних размеров - 27 (57 %). Кисты больших и гигантских размеров выявлены у 20 (43 %) детей. Частота обнаружения эхинококковых кист увеличивается с возрастом. По локализации одиночные эхинококковые кисты были распределены следующим образом: в правой доле печени - 42 (89%), в левой доле - 5 (11 %), причем у 18 детей кисты располагались в поддиафрагмальной поверхности печени.

Таблица 8

Размер кист и возраст детей с одиночными эхинококковыми кистами печени

Размеры	Возраст, год.			Всего
	3-7 лет	8-10 лет	11-15 лет	
Малые	4	4	8	16
Средние	4	3	4	11
Большие	1	5	8	14
Гигантские	-	2	4	6
Итого:	9	14	24	47

Из клинических проявлений часто общая слабость и боли в правом подреберье, животе и поясничной области. Опухолевидное образование пальпировалось в правом подреберье, эпигастрии и животе (табл. 8).

Предоперационная подготовка включала обследование и лечение с восстановлением гомеостаза. Всем 47 больным с одиночными эхинококковыми кистами было проведено оперативное лечение. Ультразвуковое исследование дало возможность точно определить локализацию эхинококковой кисты и выбрать оптимальный операционный доступ.

Таблица 9

Основные клинические проявления болезни с одиночными эхинококковыми кистами по частному признаку (n=47)

Клинические признаки	Частота	%
Общая слабость	29	61,7
Боли в правом подреберье, животе и поясничной области	26	55,3
Опухолевидное образование в правом подреберье, эпигастральной области и животе	13	27,6
Плохой аппетит	8	17
Тяжесть в правом подреберье	5	10,5
Повышение температуры тела	7	14,9
Увеличение живот	4	8,9
Головные боли	2	4,2
Желтушность кожных покровов	1	2,1

Чаще всего мы применяли разрез в правом подреберье - у 36 детей, срединный разрез - у 8; у 3 детей при локализации кисты на верхней или задневерхней поверхности печени проводили косопоперечный разрез в 8-9 межреберье.

В табл. 9 приведены виды оперативного лечения, различающиеся по способам ликвидации остаточной полости в печени.

Ликвидация остаточной полости - важный этап операции. Как правило, размеры кистозного образования и локализация кисты являются основными факторами, определяющими тактику хирурга.

Таблица 10

Способы ликвидации остаточной полости с одиночными эхинококковыми кистами печени у детей

Вид операции	Кол-во больных	%
Капитонаж по Дельбе	3	6

Метод инвагинации фиброзной капсулы	19	40,4
Тампонирование остаточной полости сальником	2	4,3
Дренирование остаточной полости тампоном с мазью Вишневского	2	4,3
По разработанному методу	21	45
Итого:	47	100

В трех случаях мы пользовались методом капитонажа по Дельбе. Он заключается в последовательном наложении изнутри кетгутовых швов на стенки капсулы в 2-3 этажа. В послеоперационном периоде у 2-х

детей отмечалось гнойное, кровенистое и желчное отделяемое в течение 25-30 дней. По-видимому, это связано с повреждением желчных протоков и кровеносных сосудов во время наложения внутренних швов.

У двоих детей остаточная полость тампонирована сальником на питающей ножке. Данный метод использовали при удалении эхинококковых кист средних размеров, локализовавшихся на достигаемой сальником поверхности печени. В обоих случаях операция сопровождалась фиксацией сальника ко дну ложа кисты кетгутовыми швами.

Рыхлое тампонирование остаточной полости тампоном с мазью Вишневского и выведение его через отдельный разрез произведено у 2-х больных с нагноившейся эхинококковой кистой на диафрагмальной поверхности печени.

У 19 больных остаточная полость ликвидирована по методике инвагинации фиброзной капсулы во внутрь. Рану дренировали микроирригатором. Отмечалось выделение: кровянистой жидкости у 3-х детей; желчевыделение - у 2-х; гнойное выделение - у 1-го ребенка.

Учитывая объективные трудности в эффективном закрытии остаточных полостей из-за ригидности краев раны, опасности повреждения кровеносных сосудов и желчных ходов, нами разработан новый способ ликвидации остаточной полости. Как было указано в обзоре литературы, различные авторы стремятся

заполнить остаточную полость краями фиброзной капсулы, сальником, тампонами с мазью, подшиванием диафрагмы и пр. Принцип нашего метода заполнения остаточной полости заключается в том, что мы направляем края раны печени резецированной стороной внутрь полости. Как показали наши эксперименты (гл3), полость заполняется клеточными элементами печени, которые формируют нормальную печеночную ткань на месте бывшей полости. Данный метод использован у 21 ребенка и техническое решение заключается в следующем. Под эндотрахеальным наркозом ребенку проводят лапаротомию и обнажают выступающую над поверхностью печени эхинококковую кисту с белесоватой фиброзной капсулой. Троекратно производят пункцию и аспирацию содержимого кисты. Фиброзную капсулу, не покрытую печеночной тканью, рассекают в поперечном направлении по всему диаметру, удаляют хитиновую оболочку и остаточную эхинококковую жидкость. Остаточную полость обеззараживают раствором фурацилина (1:5000) и 70%-ным раствором спирта. Затем иссекают выступающую белесоватую часть фиброзной капсулы вместе с паренхимой печени толщиной до 3 мм. Кровоточащие сосуды резецированной печеночной ткани ушивают отдельными узловыми кетгутowymi швами. Остаточную полость ликвидируют путем вворачивания резецированных краев и свободных участков паренхимы печени во внутрь узловыми кетгутowymi вворачивающими швами. При необходимости ложе кисты для аспирации дренируют доли хлорвиниловой трубкой с двумя боковыми отверстиями, которую выводят через отдельный разрез наружу. Под печеночную область дренируют тампоном "сигара" и выводят через отдельный разрез наружу. Основную рану брюшной стенки послойно ушивают наглухо. "Сигарный" дренаж удаляют на 3-4 дни, швы снимают на 9-10, полихлорвиниловую трубку удаляют на 6-18 дни после операции, учитывая прекращение отделяемого из раны. Техническое решение предложенного метода заключается в том, что, по существу, при операции осуществляют краевую резекцию печени, тем самым создаются условия для заполнения остаточной полости элементами паренхимы печени, что было продемонстрировано

нами в эксперименте (гл.3). Примером может служить применение предложенного способа при малых кистах.

Пример 1. Больная М., 3 года 8 мес. (и/б № 3839/549), поступила в клинику 24.08.94 с жалобами на общую слабость, боли в правом подреберье, тошноту и понижение аппетита. Из анамнеза, со слов родителей, боли в правом подреберье появились за неделю до поступления в клинику. При поступлении общее состояние больной - средней тяжести. Сознание ясное. Девочка пониженного питания. Дефицит массы тела - 11,8 %. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розовые. В легких с обеих сторон везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Пульс ритмичный, 114 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот обычной формы, при пальпации края печени плотные, печень - безболезненная, нижний край выступает на 2 см из-под края правой реберной дуги. При УЗИ в правой доле определяется жидкостное образование округлой формы размером 38x70 мм (рис. 14). Желчный пузырь без изменений. При УЗИ других паренхиматозных органов аналогичных жидкостных образований не выявлено.

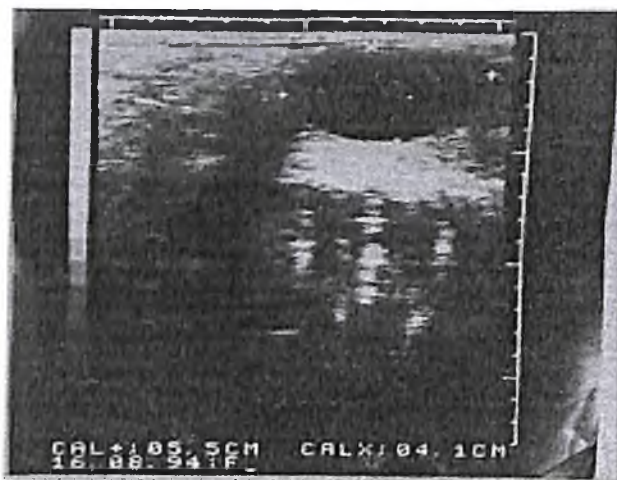


Рис 13. Больная М. 3 года. 8 мес. Эхограмма печени. На эхограмме печени отмечается эхинококковая киста малого размера с четкими контурами.

Анализ крови: Эр.- $3.7 \times 10^{12}/л$, Нв - $116.0г/л$, цветной показатель - 0.8 эоз.5 %, палочк.- 2 %, сегмент. 51 %, лимфоциты 38 %, моноциты 4%, СОЭ -11 мм/ч. Билирубин - $12,5$ ммоль/л, тимоловая проба 2,8 ег, при постановке РИГА получен положительный результат в титре - 1:320. Установлен диагноз: "Эхинококкоз правой доли печени".



Рис.14. Эхограмма печени больной М.г через 12.8 мес. после операции. Признаков рецидива болезни нет.

После соответствующей предоперационной подготовки 08.09.94 произведена лапаротомия и эхинококкэктомия правой доли печени. Под эндотрахеальным наркозом правым подреберным разрезом по Федорову длиной до 15 см послойно вскрыта брюшная полость. При ревизии печени правой доли IV сегмента обнаружена киста белесоватого цвета, выступающая над поверхностью печени. Троакаром-дренажом аспирировано содержимое кисты - 100,0мл прозрачной жидкости. Фиброзная капсула, не покрытая печеночной тканью, рассечена в поперечном направлении по всему диаметру. Остаточная полость обеззаражена 70 %-ным спиртом и раствором фурацилина (1:5000). Выступающая белесоватая часть фиброзной капсулы вместе с паренхимой печени толщиной около 3* мм иссечена. Кровотокающие сосуды резецированной печеночной ткани ушиты отдельными узловыми кетгутowymi швами. Остаточная полость ликвидирована путем вворачивания резецированных краев и свободных участков паренхимы печени узловыми кетгутowymi

вворачивающимися швами. Учитывая, что после вворачивания краев во внутрь фактически остаточной полости не осталось, дренажную трубку оставлять не требовалось.

Под печеночная область дренирована тампоном "сигара" и выведена наружу отдельным разрезом. Операционная рана ушита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал без особенностей. Швы сняты на 9-й день. 22.09.94 ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии. При осмотре через 1 год 8 мес. на ультразвуковом исследовании послеоперационная полость отсутствует, признаков рецидива болезни нет (рис. 15).

Описанный метод был применен у детей всех возрастных групп с разной локализацией кист, включая диафрагмальную и заднюю поверхность печени, при малых, средних, больших и гигантских кистах. При сочетанных случаях (печень-легкие) вначале оперировали легкое для предупреждения разрыва кисты и других осложнений.

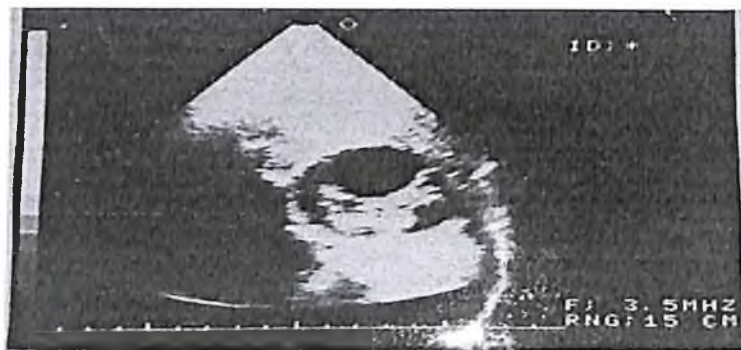


Рис 15. Эхограмма печени больного Н. 7 л 9 мес. На эхограмме отмечается нагноившаяся эхинококковая киста.

При осложнениях кисты: нагноении (6), разрывах (1) и разрывах с нагноением (1), так же применяли разработанный нами метод. В качестве примера приводим следующие наблюдения.

Пример 2. Больной Н., 7 лет 9 мес. (и/б N3822/340/430) поступил в клинику 02.08.93. с жалобами на боли в правом подреберье, периодическое повышение температуры тела, быструю

утомляемость, плохой аппетит и общую слабость. Из анамнеза: в мае 1993 г. ребенок в нашей клинике оперирован по поводу эхинококкоза правого легкого. Тогда при обследовании была выявлена эхинококковая киста печени. Общее состояние больного - средней тяжести, ребенок пониженного питания. Дефицит массы тела - бкг. Кожные покровы бледно - розовые. В правой половине грудной клетки в VП - межреберье имеется послеоперационный рубец размерами 12,0x0,5см без признаков воспаления. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Пульс-116 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот обычной формы. Печень увеличена, плотная, безболезненная, пальпаторно нижний край печени выступает на 3 см из-под краев реберной дуги. При УЗИ - в 7 сегменте визуализируется жидкостное образование размерами 78x51 мм (рис 16) Селезенка и почки без особенностей.

Анализ крови: Эр. - 3,8x10¹²/л, Нв - 114,0 г/л, цветной показатель - 0,8, эоз. - 1%, палочкояд. - 2%, сегмент. - 66%, лимфоциты - 30%, моноциты - 3%, СОЭ - 10 мм/ч. Общ. билирубин - 12,6 ммоль/л, тимоловая проба - 6,0 ег. При постановке РИГА получен положительный результат в титре 1:640.

Установлен диагноз: "Эхинококкоз диафрагмальной поверхности правой доли печени. Состояние после эхинококкэктомии правого легкого".

После соответствующей предоперационной подготовки 06.08.93 под эндотрахеальным наркозом произведена: задне-боковая торакотомия справа по IX межреберью. Рана послойно вскрыта. В правой доле (VII сегменте) обнаружена киста, которая пунктирована троакар-дренажом; аспирировано 20 мл мутной нагноившейся жидкости с примесью желчи.

Фиброзная капсула, не покрытая печеночной тканью, рассечена в поперечном направлении по всему диаметру. Удалена хитиновая оболочка и остаточная гнойная жидкость с примесью желчи. Остаточная полость обработана 70% - ным спиртом и раствором фурацилина (1:5000). Выступающая белесоватая часть фиброзной капсулы вместе с паренхимой печени толщиной около 2 мм иссечена. Кровоточащие сосуды резецированной печеночной ткани ушиты отдельными узловыми кетгутowymi швами. Полость фиброзной капсулы ликвидирована путем вворачивания резецированных краев и свободных участков паренхимы печени узловыми кетгутowymi вворачивающими швами. Учитывая, что в кисте эхинококковая

жидкость была нагноившаяся решено установить полихлорвиниловую трубку до дна полости для активной астирации и санации очага поражения. Дренажная трубка выведена через отдельный разрез наружу. Под печеночная область дренирована тампоном "сигара" и выведена наружу отдельным разрезом. Операционная рана послойно ушита наглухо.

В послеоперационном периоде из трубки отмечалось выделение гнойно-геморрагической жидкости до 5-6 мл., остаточная полость ежедневно санировалась теплым раствором фурацилина (1:5000); дренажная трубка удалена на 14 сутки после операции. Заживление раны первичным натяжением. Больной выписан 30.08.93 в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 2 года: здоров, развивается нормально, остаточной полости и рецидива болезни при УЗИ печени не выявлено, (рис 17). Рентгенография грудной клетки без особенностей.

Важными показателями оценки эффективности проводимого оперативного лечения больных эхинококкозом являются сроки продолжительности лихорадочного периода, дренирования полости и длительности пребывания больных на койке после операции.

Ниже приводятся сравнительные данные (табл. 10) нового метода ликвидации остаточных полостей и общепринятых (капитонаж по Дельбе, ликвидация остаточной полости по АТ.Пулатову, тампонирование сальником, тампонирование салфетками с мазью Вишневского).

Из таблицы видно, что предложенный нами метод ликвидации остаточной полости имеет заметные преимущества перед общепринятыми, что проявилось в достоверном снижении объективных показателей лечения.

Таким образом, предложенный нами метод ликвидации остаточных полостей печени после эхинококкэктомии путем вворачивания в нее резецированных краев раны печени успешно применим при одиночных, изолированных и сочетанных кистах, различной локализации, размеров, наличии осложнений в виде разрывов и нагноения. По сравнению с общепринятыми методами он имеет достоверное преимущество в сокращении сроков продолжительности послеоперационного периода.

4.2. Множественный эхинококкоз печени

Под множественным эхинококкозом печени подразумевают случаи, когда в печени обнаруживают 2 и более кист.



Рис 16. Эхограмма печени больного Н. через 2 года после операции. Остаточной полости и рецидива болезни не отмечается.

Таблица 11.

Эффективность общепринятых и предложенных методов ликвидации остаточных полостей в печени после эхинококкэктомии одиночных кист.

Показатель эффективности лечения, день	Общепринятые методы лечения n=26	Предложенный метод n=21	Разница
Продолжительность лихорадочного периода	5,3±0,7	3,6±0,4 (P<0,05)	1,7
Длительность дренирования полости	13,3±1,3	10,3±0,6 (P<0,05)	3
Сроки пребывания больных на койке после операции	21,2±0,97	17,2±0,7 (P<0,05)	4

У 39 больных со множественными эхинококковыми кистами печени установлено: у 15 (38,5%) - сочетанные формы болезни

(печень и легкие - 9, печень и селезенка - 3; печень и почка-1; печень, легкие и селезенка - 1, печень и другие органы брюшной полости - 1); у 24 (61,5%) -множественный эхинококкоз печени без сочетаний. У 13 больных отмечены осложнения в виде разрыва кист (7), нагноения (4) и разрыва кисты (2).

В общей сложности у детей этой группы было выявлено 190 эхинококковых кист, преимущественно мелкого и малых размеров (135-71%). Мелкие кисты в подавляющем большинстве случаев встречались у детей младшей возрастной группы (87% от общего количества мелких 4 кист). Напротив, число малых кист прогрессивно увеличивается с возрастом. Следует отметить, что у 6 детей отмечались 70 мелких кист печени. Причем, только у одного отмечалось множество (56) мелких кист печени емкостью 1-10 мл. У остальных 5 детей, наряду с мелкими кистами емкостью 1-10 мл, отмечались малые кисты- до 100 мл, средние и большие кисты- до 400 мл. (табл. 12)

Таблица 12

Размер, количество кист и возраст детей со множественными эхинококкозом печени

Размеры	Количество кист и возраст детей, год			Всего
	1г.8мес.-7лет	8-10 лет	11-15 лет	
Мелкие	61	7	2	70
Малые	6	24	35	65
Средние	16	3	11	30
Большие	9	8	8	25
Итого:	92	42	56	190

Количество эхинококковых кист колебалось в зависимости от возраста детей от 2 до 56 (табл. 12) . У 30 из 39 больных (77%) встречались 2-3 кисты. 24 ребенка были школьного возраста (62%).

Клиническая картина множественных эхинококковых кист печени разнообразна и складывается из проявлений общей реакции больного на присутствие в организме эхинококкового паразита и

локальной симптоматики, связанной со сдавливанием крупных сосудов в пораженном органе (табл. 13).

Наиболее часто у больных регистрировались общая слабость и боли в правом подреберье, животе и эпигастральной области, на третьем месте были опухолевидные образования в правом подреберье, животе и эпигастральной области.

Таблица 13

Количество кист в зависимости от возраста детей со множественным эхинококкозом печени

Общее количество эхинококковых кист в печени	Возраст больных, год			Итого
	1г.8м.-7 лет	8-10 лет	11-15 лет	
2	11	5	8	24
3	2	-	4	6
5	-	-	2	2
6	-	1	-	1
7	-	-	1	1
8	1	1	-	2
11	-	-	1	1
18	-	1	-	1
56	1	-	-	1
Всего больных	15	8	16	39

Предоперационная подготовка в принципе не отличалась от таковой у детей с одиночными кистами. Всем 39 детям было проведено оперативное лечение. С помощью ультразвукового исследования определяли точную локализацию эхинококковых кист для определения выбора доступа.

Чаще использовали разрез в правом подреберье - у 24 детей, срединный разрез - у 7, в правом подреберье в сочетании с косо-поперечным разрезом по 8-9 межреберью - у 3, в правом подреберье в сочетании со срединным разрезом - у 2, в правом и левом подреберье - у 1, разрезы Волковича-Дьяконова в сочетании с правым подреберьем

- у 2 детей. Остаточные полости ликвидировались разными методами (табл. 14).

Таблица 14

Основные клинические проявления болезни со множественными эхинококковыми кистами печени по частотному признаку (n=39)

Клинические признаки	Частота	%
Общая слабость	23	59
Боли в правом подреберье, эпигастральной области	21	53,8
Опухолевидное образование в правом подреберье, животе и эпигастральной области	15	38,5
Повышение температуры	7	18
Рвота	3	7,7
Плохой аппетит	3	7,7
Увеличение живота	3	7,7
Головные боли	2	5,1
Тяжесть в правом подреберье	2	5,1

В качестве примера применения предложенного способа при множественных кистах среднего размера и локализации на поддиафрагмальной поверхности печени может служить выписка из истории болезни.

Таблица 15

Способы ликвидации остаточной полости в печени у детей с множественным эхинококкозом (n=39)

Виды операций	Кол-во больных	Кол-во кист
Ушивание остаточной полости узловыми кетгутовыми швами	6	70
Тампонирувание остаточной полости сальником	2	6
Метод инвагинации фиброзной капсулы	11	31
Дренажирование остаточной полости тампоном с мазью Вишневского	2	4
По разработанному методу	23	79
Всего:	44	190

**Примечание.* У 5-ти больных одновременно произведено ушивание мелких полостей и метод инвагинации фиброзной капсулы.

Пример 3. Больная С., 10 лет 6 мес. (и/б N 2978) обратилась клинику 09.07.92 с жалобами на наличие опухолевидного образования в эпигастральной области, болезненность в правом подреберье, общую слабость. Считает себя больной в течение года. Родители заметили, что за последние 2-3 мес. опухолевидное образование в верхней части живота стало увеличиваться. Общее состояние - средней тяжести, ребенок отстает в физическом развитии (дефицит массы - 17%). Кожные покровы бледно-розовые. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Пульс - 104 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. При осмотре в эпигастральной области имеется припухлость. Печень выступает из-под края реберной дуги на 6 см, плотная, безболезненная. При УЗИ - в левой доле печени имеется жидкостное образование размерами 83x84 мм; аналогичное жидкостное образование размерами 105x103 мм имеется в правой доле печени. (рис 18).

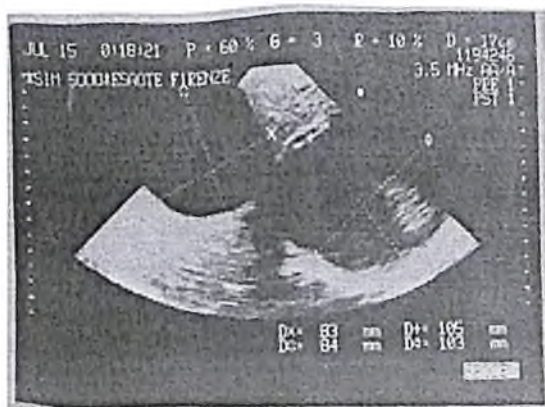


Рис 17. Эхограмма печени больной С. Юлет 6 мес. На эхограмме правой .. доли печени отмечается жидкостное образование 105x103 мм, а в левой доли 83x84 мм с четкими контурами.

Другие паренхиматозные органы без особенностей. Анализ крови: Эр. - 3,6x10¹²/л, Нв - 112,0 г/л, цветной показатель - 0,9, эоз.- 2%, палочкояд. - 0%, сегмент.- 42%, лимфоциты - 46 %, моноциты - 10%, СОЭ - 3 мм/ч. Общией билирубин - 11,3 ммоль/л,

тимоловая проба - 2,75 ег. РИГА - получен положительный результат в титре 1:1280. Установлен диагноз: "Множественный эхинококкоз печени".

После соответствующей предоперационной подготовки 15.07.92 произведена лапаротомия и эхинококкэктомия правой и левой доли печени. Под эндотрахеальным наркозом произведена верхне-срединная лапаротомия. Послойно вскрыта брюшная полость.

В левой доли печени обнаружена эхинококковая киста, которая пунктирована троакаром дренажом, при этом эвакуировано около 350,0 мл янтарной жидкости. Фиброзная капсула, не покрывая печеночной тканью, рассечена в поперечном направлении по всему диаметру.

Удалена хитиновая оболочка и остаточная эхинококковая жидкость. Остаточная полость обработана 70%-ным спиртом и раствором фурацилина (1:5000). Выступающая белесоватая часть фиброзной капсулы вместе с паренхимой печени толщиной около 2 мм иссечена. Кровоточащие сосуды резецированной печеночной ткани ушиты отдельными узловыми кетгутowymi швами. Полость фиброзной капсулы ликвидирована путем вворачивания резецированных краев полости печени узловыми кетгутowymi вворачивающими швами и дренирована полихлорвиниловой трубкой. При дальнейшей ревизии печени на диафрагмальной поверхности обнаружена киста, однако доступ к ней был технически затруднен. В связи с чем решено произвести разрез в правом подреберье по Федорову длиной до 14 см. Послойно вскрыта брюшная полость. Киста диафрагмальной поверхности печени пунктирована троакаром дренажом, эвакуировано 400,0 мл эхинококковой жидкости. Фиброзная капсула, не покрывая печеночной тканью, рассечена в поперечном направлении по всему диаметру. Удалена хитиновая оболочка и остаточная эхинококковая жидкость. На дне полости имелось отверстие диаметром до 1 см, из которого выделялась желчь. Желчный свищ ушит узловыми кетгутowymi швами. Остаточная полость обработана и ликвидирована аналогичным методом. После вворачивания краев полости оставлена полихлорвиниловая трубка, которая выведена через отдельный разрез. Под печеночная область дренирована тампоном "сигара" и выведена

наружу отдельным разрезом. Операционная рана ушита послойно наглухо.

В послеоперационном периоде на 3-и сутки удалена полихлорвиниловая трубка из раны левой доли печени и через дренажную трубку из остаточной полости в правой доли печени ежедневно выделялось по 60-80 мл выпота, окрашенного желчью, в последующем во 2-ую неделю - по 10-15 мл. Дренажная трубка удалена на 20-е сутки после операции. Девочка, выписана 10.08.92 в удовлетворительном состоянии. Осмотрена через 3 года - развивается нормально, на УЗИ остаточной полости печени не выявлено, (рис. 18).



Рис 18. Эхограмма печени тот же больной через 3 года после операции. Рецидив и остаточной полости не выявлено.

При поражении легкого в сочетанных случаях множественного эхинококкоза операцию вначале проводили на легком, а через 2-3 недели - на печени или других органах. При осложнении кист нагноением, разрывом и при их сочетании также использовали разработанный нами метод.

Наш взгляд, представляются интересными два наблюдения за с множественным эхинококкозом печени, осложненным фиброзной капсулы, выпадением из нее целостной эхинококковой кисты в брюшную полость и симулировавшей острый эндицит. Учитывая

редкость указанных случаев и их важность для тактики хирурга при экстремальных состояниях: приводим оба примера.

Пример 4. Больной И. 9 лет (и/б № 5184/624) поступил в клинику 14.11.94 с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 37,4 ОС. При поступлении общее состояние - средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы - бледно-розовые. Дыхание через нос свободное. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс - 118 уд/мин. удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление - 110/70 мм рт.ст. Живот обычной формы. При пальпации правой половины живота отмечается болезненность и легкое напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Анализ крови: Нв - 120 г/л, гематокрит - 36%, свертываемость по Сухареву - 3 мин. Лейкоциты - $6,5 \times 10^9$ /л.

Учитывая, что у ребенка имелась клиника острого аппендицита больной в экстренном порядке взят на операцию: произведен разрез кожи по Волковичу-Дьяконову в правой подвздошной области длиной до 9 см. В рану выведен купол слепой кишки с червеобразным отростком. Отросток вторично изменен. Произведена обычная аппендэктомия с погружением культи в кисетный шов. При дальнейшей ревизии брюшной полости найдена свободнолежущая целостная эхинококковая киста размером 12,0x15,0 см. Киста целиком извлечена из брюшной полости. С целью дальнейшей ревизии рана расширена вверх. При осмотре печени на 7-ом сегменте обнаружено ложе эхинококковой кисты диаметром до 15,0 см. В области V-VI сегментов так же обнаружена огромная эхинококковая киста, содержащая 1000 мл прозрачной жидкости. Указанные полости ликвидированы по разработанному нами методу.

Через дренажные трубки ежедневно выделялось по 5-10 мл выпота, окрашенного желчью. Дренаж удален на 10-е сутки после операции. Заживление раны - первичным натяжением. Больной выписан 06.12.94. в удовлетворительном состоянии. При контрольном осмотре через 1,5 года мальчик здоров,

самочувствие хорошее, при УЗИ остаточных полостей и рецидивов в печени не обнаружено. (рис 20).



Рис. 19. Эхограмма печени больного И. 9 лет, через 1,5 года после операции. Остаточных полостей и рецидивов печени не обнаружено.

Пример 5. Больная Р, 6 лет 2 мес. (и/б № 646/49) поступила в клинику 11.02.95 с жалобами со слов матери на боли в животе, повышение температуры тела до 38С и многократную рвоту с желчью. Состояние ребенка при поступлении тяжёлое, больная пониженного питания - масса тела 18 кг. Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, пульс 100 уд/мин удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление - 100/60 мм ртст. Живот обычной формы, отмечается болезненность в эпигастральной и правой позадочной областях. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный.

Анализ крови: Нв - 112,0 г/л, гематокрит - 45%, свертываемость по Сухареву - 4 мин. Лейкоцитоз - 13,3x10⁹/л. Установлен диагноз: "Острая кишечная непроходимость? Острый аппендицит". После соответствующей предоперационной подготовки правым параректальным разрезом длиной до 10 см послойно вскрыта брюшная полость, при этом выделилось около 50,0 мл

геморрагической жидкости. В рану выведен кулол слепой кишки с червеобразным отростком - последний интактный.

В брюшной полости обнаружена свободнолежащая целостная эхинококковая киста размером 15х1 Осм, которая удалена целиком. При дальнейшей ревизии на диафрагмальной поверхности печени выявлено ложе эхинококковой кисты, из которого произошло выпадение кисты в брюшную полость. Кроме того, на передней нижней поверхности печени выявлена напряженная киста, размером 10х12 см. Троякар- дренажом произведены ее пункция и аспирация содержимого - 350,0 мл прозрачной жидкости. Обе эхинококковые полости печени ликвидированы по разработанному методу клиники. *В послеоперационном периоде через дренажные трубки выделялось серозное содержимое. Дренаж удален на 7-е сутки; швы на коже - на 9 сутки после операции. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана 25.02.95 в удовлетворительном состоянии. Контрольное обследование через год - де девочка здорова, самочувствие хорошее, на УЗИ остаточных полостей в печени не выявлено (рис 20).*



Рис 20. Эхограмма печени больного Р.г 6 лет 2 мес. через год после операции. Полостных образований в печени не отмечается.

Приведенные примеры показывают возможность ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии при размерах кист от малой до гигантских, включая осложненные формы.

Эффективность предложенного метода в раннем послеоперационном периоде оценивали по объективным критериям в сравнении с Непринятыми методами ликвидации остаточной полости (табл. 15).

Предложенный нами метод имеет достоверные преимущества перед Непринятыми методами в сокращении сроков послеоперационного периода.

Таким образом, предложенный нами метод ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии применим при одиночных и множественных кистах разного размера у детей в возрасте от 1 года 8 мес. до 15 лет с осложнениями и без них. Преимущества указанного подхода проявились в достоверном сокращении сроков лихорадочного периода, дренирования полости и пребывания больных на койке после операции.

Метод применялся также в случаях, когда ликвидация остаточной полости была затруднена из-за низкой эластичности печеночной ткани.

Таблица 16

Эффективность общепринятых и предложенного методов ликвидации остаточных полостей в печени после эхинококкэктомии множественных кист

Показатель эффективности лечения, день	Общепринятые методы лечения n=16	Предложенный метод n=23	Разница
Продолжительность лихорадочного периода	6,8±0,85	4,3±0,6 (P<0,05)	2,5
Длительность дренирования полости	10,4±1,1	7,6±0,7 (P<0,05)	2,8
Сроки пребывания больных на койке после операции	18,3±1,4	15,0±0,9 (P<0,05)	3,3

ГЛАВА V. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

Изучение отдаленных результатов оперативного лечения эхинококкоза позволяет наиболее объективно оценить эффективность и правильность применявшихся методов лечения, выработать рациональную хирургическую тактику и наметить пути профилактики формирования остаточных полостей в печени.

В сроки от 1 до 10 лет после выписки из стационара мы тщательно обследовали 72 ребенка из 86 (84%), перенесших операцию эхинококкэктомии печени. Изучали их жалобы, клиническое состояние, физическое развитие, оценивали результаты общеклинических анализов крови и мочи, функциональные показатели печени (АлАТ, АсАТ, тимоловая проба и др.). Всем детям проведены ультразвуковое исследование внутренних органов и обзорная рентгенограмма грудной клетки.

Отдаленные результаты оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

В группу с хорошими результатами были включены дети, которые не предъявляли жалоб, нормально развивались физически, не имели патологических лабораторных и клинико-рентгенологических симптомов. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости отклонений. У них не выявлено.

Удовлетворительным результатом оперативного лечения считали те случаи, когда дети предъявляли жалобы на периодические боли в животе, в правом подреберье, признаки дискинезии желчного пузыря, утомляемость, плохой аппетит, частые простуды, периодический (при сочетанных формах) кашель и др. Рентгенологическое и ультразвуковое исследования отклонений от нормы не обнаружили. Неудовлетворительными результатами считали возникновение паразитарной кисты на месте операции, отставание в физическом развитии, патологические изменения в анализах крови, мочи, функциональных показателей печени и др. (табл. 16).

Из 86 детей, оперированных по поводу эхинококкоза печени, 72 (84%) ребенка обследованы в сроки от 1 до 10 лет: в 1-2-й годы - 50%, на 3-5-й годы - 35% и на 6-10-й годы - 15%.

Частота рецидивов болезни через 1-10 лет после выписки больных в зависимости вида эхинококкоза приведена в табл 17.

Наблюдения показали, что рецидив болезни возник в 9,7% случаев наблюдений. После обследования одиночных и одиночно-сочетанных эхинококкозов из 40 наблюдений рецидив не обнаружен ни в одном случае; в то же время, из 32 детей со множественным и множественно-сочетанным эхинококкозом рецидив болезни выявлен у 7 детей (22%), — причем у 6 из них была множественно-сочетанная форма болезни, что составило 50% от 12 обследованных детей с данной формой болезни.

Анализ историй болезни этих детей показал, что рецидивы не зависят от вида оперативного вмешательства.

Таблица 17

Изучение отдаленных результатов оперативного лечения в зависимости от вида эхинококкоза печени и сроков наблюдения

Виды эхинококкоза	Число оперированных больных	Сроки наблюдения, год			Всего
		1-2	3-5	6-10	
Одиночный	32	10	13	4	27(84)
Одиночно-сочетанный	15	7	2	4	13(87)
Множественный	24	13	6	1	20(83)
Множественно-сочетанный	15	6	4	2	12(80)
Итого:	86	36	25	11	72(84)

Примечание. В скобках указан процент от общего числа детей, больных данным видом эхинококкоза.

Таблица 18

Частота рецидивов в зависимости от вида эхинококкоза

Виды эхинококкоза	Число обследованных больных	Число рецидивов	
		кол-во	%
Одиночный	27	-	-
Одиночно-сочетанный	13	-	-

Множественный	20	1	5
Множественно-сочетанный	12	6	50
Всего:	72	7	97

По нашему мнению, могут быть две причины рецидива: во-первых, не исключается повторное заражение, поскольку ребенок попадает в ту же среду, где он заразился впервые; во-вторых, нередко у больных со множественным эхинококкозом, остаются незамеченными мелкие эхинококковые кисты, которые активизируются и растут после удаления крупных кист и распознаются через определенное время.

Из 10 детей со множественным и множественно-сочетанным эхинококкозом, получавших вермокс с противорецидивной целью, у 6 были изучены отдаленные результаты и у 4 - обнаружен рецидив.

В то же время, от вида оперативного способа ликвидации остаточных полостей зависит возникновение непаразитарных кист. По нашим наблюдениям, непаразитарные кисты были у троих детей при Мнении традиционными методами, что составило 9% из 34 детей, обследованных в отдаленные сроки. В первом случае – гигантская эхинококковая киста (1500 мл) в правой доле печени на диафрагмальной поверхности[- была выполнена инвагинация фиброзной капсулы; во - полость большой кисты тампонируется сальником на питающей ножке; в третьем - полость большой нагноившейся кисты дренирована *салфеткой* с мазью Вишневского.

Дискинезия желчного пузыря была отмечена у 1 ребенка с одиночной кистой, оперированной по методу капитонажа по Дельбе, спаечная болезнь - у 1 ребенка со множественным эхинококкозом, оперированным с пломбировкой двух полостей в печени сальником.

Результаты общей оценки эффективности лечения с учетом способа ликвидации остаточной полости приведены в табл. 18.

Предложенный способ ликвидации остаточных полостей заметно эффективнее, по сравнению с общепринятыми: отсутствие неудовлетворительных результатов и 92 % хороших результатов лечения. Таким образом, нами изучены отдаленные результаты различных способов хирургического лечения больных эхинококкозом

печени в сроки от 1 года до 10 лет у 84% детей, лечившихся разными оперативными методами в клинике. Рецидивы болезни возникли только у детей со множественными и множественно-сочетанными эхинококкозами, причем вид оперативного вмешательства не влиял на их частоту.

Таблица 19

Оценка отдаленных результатов оперативного лечения эхинококкоза печени в зависимости от способов ликвидации остаточных полостей

Оценка результатов лечения	Способ ликвидации остаточных полостей			
	Общепринятый		Предложенный	
	абс.	%	абс.	%
Хорошие	26	76	35	92
Удовлетворительные	5	15	3	8
Неудовлетворительные	3	9	0	0
Всего:	34	100	38	100

Примечание. Частота рецидивов не включена в разработку, так как они не зависели от способов хирургического лечения.

Непаразитарные кисты, дискинезия желчного пузыря и спаечная болезнь возникли после тампонирования полости эхинококковой кисты салником, салфеткой с мазью Вишневского и вворачиванием краев фиброзной капсулы внутрь с фиксацией их ко дну полости и других общепринятых методов ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии. Предложенный нами метод ликвидации остаточной полости путем вворачивания резецированных краев фиброзной капсулы с паренхимой печени внутрь раны имел преимущество перед известными методами, обеспечивая хорошие отдаленные результаты в 92% случаев при отсутствии осложнений в силу своей физиологичности

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическое вмешательство является единственным способом лечения эхинококкоза печени у детей. Однако, высокая частота рецидивов заболевания и послеоперационных осложнений побуждают исследователей к поиску наиболее эффективных методов оперативного вмешательства.

До настоящего времени не разработаны методы ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии, позволяющие стимулировать регенерации печени для исключения образования паразитарных кист. Отсутствие адекватной модели эхинококкоза на животных ограничивает возможность разработки и морфологической оценки эффективности различных оперативных методов лечения.

Материалом для клинических исследований служили 86 детей больных эхинококкозом, в возрасте от 1 года 8 мес. до 15 лет: с одиночными кистами - 37,2%, с одиночно-сочетанными - 17,4, с множественными - 28 и с множественно-сочетанными - 17,4% детей. Для морфологической оценки разработанного нами оперативного метода ликвидации остаточных полостей были впервые использованы природные модели на овцах, течение эхинококкоза у которых наиболее близко к человеку.

25 овец были разделены на 3 группы, в зависимости от характера моделирования эхинококкоза: 1 группа получала перорально 10 тыс. яиц эхинококка, полученных от больных подопытных собак; 2 группа - перед заражением предварительно сенсибилизировалась вакциной. У всех Животных данных групп в печени появились множественные эхинококковые кисты малого размера, непригодные для выполнения Разрабатываемого способа ликвидации остаточных полостей.

На следующем этапе работы проведено активное выявление ильных эхинококкозом овец с крупными кистами, чтобы выполнить на них новый вариант операции, направленный на ликвидацию остаточных полостей в печени. Из 1200 овец отобрали 96 ослабленных и подозрительных на эхинококкоз (3 группа). Среди них с помощью ультразвукового исследования были выявлены 13 овец с эхинококковыми кистами разных размеров в печени (3,5x 6 см - 11x12 см).

Всем животным с эхинококкозом была выполнена разработанная в клинике операция ликвидации остаточных полостей. Под внутривенно тионентал-натриевым наркозом, (10 мл/кг) после двойной обработки операционного поля йодом со спиртом разрезали кожу в правом подреберье, вскрывали брюшную полость и обнажали выступающую над поверхностью печени эхинококковую кисту с фиброзной капсулой. Троякар-дренажом производили пункцию и аспирацию содержимого кисты. Фиброзную капсулу, не покрытую печеночной тканью белесоватого цвета, рассекали в поперечном направлении по всему диаметру, удаляли хитиновую оболочку и остаточную эхинококковую жидкость и обеззараживали остаточную полость раствором фурацилина (1:5000) и 70%-ным раствором спирта. Затем иссекали выступающую белесоватую часть фиброзной капсулы вместе с паренхимой печени толщиной до 3 мм. Кровоточащие сосуды кист резецированных краев печеночной ткани ушивали отдельными узловыми кетгутowymi швами. Полость фиброзной капсулы ликвидировали вворачиванием резецированных краев эхинококковой полости печени во внутрь узловыми кетгутowymi вворачивающими швами. При необходимости ложе кисты для аспирации содержимого дренировали полихлорвиниловой трубкой с двумя боковыми отверстиями, которая выводили через отдельный разрез кожи. Подпеченочную область дренировали тампоном "сигара" через отдельный разрез. Рану зашивали послойно наглухо.

Принципиальными отличиями предложенного метода по сравнению с методикой инвагинации фиброзной капсулы явились: 1) фиброзная капсула полости эхинококковой кисты резецировалась вместе с паренхимой печени толщиной до 3-х мм, т.е. выполнялась краевая резекция печени, с целью стимуляции регенеративных процессов в резецированной области; 2) ввернутые внутрь резецированные края свободной части паренхимы печени не подшивались ко дну полости, чтобы не тормозить процессы регенерации в печени и исключить возможность повреждения желчных протоков и кровеносных сосудов.

Важно подчеркнуть, что использование природной модели овечьего эхинококкоза позволило провести морфологическое исследование остаточных полостей в 5-месячной динамике. На гистологических препаратах печени было обнаружено: через 30 суток после ликвидации остаточной полости эхинококка фиброзная капсула сохраняется. Ее толщина - 600-1000 мкм. Основу капсулы составляют грубые пучки коллагеновых волокон, которые имеют слоистое строение.

Внутренняя поверхность фиброзной капсулы отделена от них тонким слоем демаркационного вала, представленного нейтрофильными лейкоцитами. Окружающая капсулу печеночная ткань имеет несколько измененную структуру. Нарушается балочное строение печеночной паренхимы. Просветы синусоиды капилляров расширены. Сами гепатоциты уменьшены в размерах. Отмечается фиброз стромы за счет разрастания соединительной ткани.

В полости капсулы располагаются элементы тканевого детрита, также имеющие слоистое строение. Из ввернутых в полость капсулы участков печени прорастает фиброзная ткань. Ее основу составляют тонкие пучки коллагеновых волокон, фибробласты, мелкие кровеносные сосуды. У края располагаются группы гепатоцитов. На 60-е сутки эксперимента толщина фиброзной капсулы несколько уменьшается и составляет 400-700 мкм. В полости капсулы отмечается увеличение содержания фиброзной ткани, источником которой являются ввернутые края печени. В толще фиброзной ткани имеется большое количество кровеносных сосудов, единичные желчные канальцы и небольшие по площади группы гепатоцитов. На 90 сутки от начала эксперимента фиброзная капсула сохраняется. Основу ее составляют пучки коллагеновых волокон. Толщина капсулы 300-500 мкм. Печеночная ткань вблизи капсулы попрежнему с измененной архитектурой, что проявляется нарушением балочного строения и фиброзом стромы.

К данному сроку наблюдения остаточная полость существенно уменьшается в размерах. В просвете ее содержится фиброзная ткань с заключенными в ней кровеносными сосудами, фибробластами и группами гепатоцитов.

Через 120-150 суток от начала эксперимента на месте остаточной полости формируется грубоволокнистый рубец толщиной 1-5 мм, состоящий из фиброзной ткани, с заключенными в ней кровеносными капиллярами, желчными проточками и группами гепатоцитов. Прилежащая к зоне рубца печеночная ткань - фиброзирована.

Полученные данные согласуются с результатами исследований краевой резекции при циррозе печени, стимулирующей регенерацию гепатоцитов (16, 46).

Результаты гистологических исследований убедили нас в правильности логических предпосылок при разработке нового метода ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии. Указанный подход был апробирован при хирургическом лечении эхинококкоза у Детей с разной локализацией, размерами, числом эхинококковых кист с осложненным и неосложненным течением болезни.

Все больные были распределены на две группы: с одиночными и тожественными кистами печени. Одиночные кисты чаще располагались в правой доли (89%); у 38% детей - в поддиафрагмальной области печени. Из клинических проявлений наиболее часто отмечались слабость (62%) в правом подреберье, животе, поясничной области (55 %). Точная локализация эхинококковых кист устанавливалась с помощью УЗИ, что позволяло избрать оптимальный операционный доступ.

Для сравнения эффективности предложенного метода мы провели также классические операции по ликвидации остаточной полости: капитонаж по Дельбе - 3 детей; тампонирование остаточной полости сальником - 2; дренирование остаточной полости тампоном с мазью Вишневского - 2; метод инвагинации фиброзной капсулы 19. Разработанным методом мы прооперировали 21 больного, что составило 45% от общего числа больных с одиночным эхинококкозом.

При анализе результатов в послеоперационном периоде было установлено, что при использовании капитонажа по Дельбе у 2 (из 3-х) детей отмечалось гнойное кровянистое и желчное отделяемое в течение 25-30 дней, что связано с повреждением желчных потоков и кровеносных сосудов во время наложения внутренних швов.

Операция инвагинации фиброзной капсулы во внутрь заключалась во вворачивании краев фиброзной капсулы эхинококковой полости и подшивании их ко дну раны кетгутовыми швами. Такой прием удавался только при кистах с хорошей эластичностью краев раны. Выделение кровянистой жидкости, желчевыделение и гнойное отделяемое отмечено у 6-ти из 9-ти оперированных детей.

Разработанный в клинике метод ликвидации остаточных полостей был применен у детей всех возрастных групп с разной локализацией кист включая диафрагмальную и заднюю поверхность печени при малых, средних, больших и гигантских кистах. Он применен также при осложнениях кисты нагноением (6), разрывами (1) и разрывом с нагноением (1).

Эффективность проведенного оперативного лечения больных эхинококкозом видна из следующих показателей: продолжительность лихорадочного периода после оперативного лечения предложенным и общепринятым способами составила $3,6 \pm 0,4$ и $5,3 \pm 0,7$ дня, соответственно; длительность дренирования полости - $10,3 \pm 0,6$ и $13,3 \pm 1,2$ дня; сроки пребывания больных на койке после операции - $17,2 \pm 0,7$ и $21,2 \pm 0,97$ дня; указанные различия достоверны.

Следовательно, предложенный метод имеет заметное преимущество перед общепринятыми способами ликвидации остаточных полостей при лечении одиночного эхинококкоза.

У 39 детей с множественными эхинококковыми кистами печени было выявлено и прооперировано 190 кист, из них 79 кист у 23 больных - по предложенному методу.

Ликвидацию остаточных полостей проводили также общепринятыми методами (ушивание мелких остаточных полостей, тампонирование сальником, вворачивание краев фиброзной капсулы во внутрь, дренирование тампоном с мазью Вишневского) у 16 больных - 111 кисты.

Эффективность общепринятых и предложенного методов ликвидации остаточных полостей в печени после эхинококкэктомии множественных кист оценена по продолжительности лихорадочного периода - $6,8 \pm 0,85$ и $4,3 \pm 0,6$ дня, соответственно; по длительности дренирования полости - $10,4 \pm 1,1$ и $7,6 \pm 0,7$ дня; по срокам пребывания больных на койке после операции - $18,3 \pm 1,4$ и $15,0 \pm 0,9$ дня.

Таким образом, нами прооперировано 237 кист у 86 детей с эхинококкозом печени: 137 кист у 42 больных (49%) — общепринятыми методами ликвидации остаточных полостей и 100 кист у 44 больных (51%) предложенным методом. Установлено преимущество нового подхода перед общепринятыми, что проявилось, в частности, в повышении эффективности лечения в раннем послеоперационном периоде.

Метод применим у детей в возрасте от 1 г. 8 мес до 15 лет при кистах разной локализации и размеров, одиночных и множественных, осложненных и неосложненных.

Изучение отдаленных результатов оперативного лечения эхинококкоза является наиболее объективной оценкой эффективности и правильности применявшихся методов лечения и позволяет выработать рациональную хирургическую тактику, а также наметить пути профилактики формирования остаточных полостей в печени.

Мы обследовали 72 ребенка из 86 прооперированных в клинике детей через 1-10 лет, что составило 84%. Все дети были тщательно обследованы в клинике с обязательными УЗИ и обзорной рентгенограммой грудной клетки.

В группу с хорошими результатами лечения включены дети, которые не предъявляли жалоб, нормально развивались физически, не имели патологических лабораторных и клиничко-рентгенологических симптомов, с отсутствием отклонений во внутренних органах при УЗИ: 25 (76%) и 35 (92%) больных, соответственно, при лечении общепринятым и предложенным способом.

Удовлетворительные результаты лечения оценивались при жалобах на периодические боли в животе, в правом подреберье, признаки дискинезии желчного пузыря, утомляемость, плохой аппетит, частые простуды, периодический кашель (при сочетанных формах); без отклонений во внутренних органах при рентгенологическом и ультразвуковым исследованием: 5 (15%) больных, оперированных общепринятыми способами и 3 (8%) — разработанным методом.

Неудовлетворительные результаты (при возникновении непаразитарной кисты, отставании в физическом развитии, патологических изменениях в анализах крови, мочи, функциональных показателях и пр.) отмечены у 3 (9%) больных с

общепринятым лечением и не выявлены после применения предложенного метода.

Рецидивы эхинококкоза возникли только у больных с множественным - 1 из 20 обследованных (5%) и множественно-сочетанным - у 6 из 12 обследованных (50%). Нужно подчеркнуть, что у 40 больных с одиночными и одиночно-сочетанным видами эхинококкоза, обследованных в период 1-10 лет, не выявлено ни одного случая рецидива.

Ретроспективный анализ историй болезни показал, что возникновение рецидивов не связано с видами оперативного лечения эхинококкоза. На наш взгляд, могут быть 2 причины рецидива: во-первых, не исключается повторное заражение, поскольку ребенок попадает в ту же среду, где он заразился впервые; во-вторых, при операции больных со множественным эхинококкозом остаются незамеченными мелкие кисты, которые активизируются и растут после удаления крупных кист и проявляют себя через определенное время.

Таким образом, предложенный нами и экспериментально обоснованный способ ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии путем вворачивания резецированных краев фиброзной капсулы с паренхимой печени внутрь раны имеет, в силу своей физиологичности, преимущество перед известными методами, обеспечивая более благоприятное течение раннего послеоперационного периода и получение хороших результатов в 92 % случаев, при отсутствии осложнений. При использовании предложенного способа остаточная полость заполняется элементами паренхимы печени, включая фиброзную ткань с заключенным в ней кровеносными капиллярами, желчными проточками гепатоцитами, которые образуются из резецированных и ввернутых внутрь краев полости печени, что подтверждено нашими морфологическими исследованиями.

При искусственном пероральном заражении овец эхинококком с предварительной сенсibilизацией или без нее, в их печени образуются тождественные мелкие кисты, непригодные в качестве модели для оперативного лечения. Удобной моделью для разработки хирургических методов деления эхинококкоза печени являются зараженные в естественных условиях овцы, у которых

ультразвуковым исследованием регистрируются кисты малого, среднего и больших размеров.

В эксперименте на овцах, зараженных в естественных условиях эхинококкозом печени, разработан новый метод хирургической ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии путем резецирования краев фиброзной капсулы вместе с паренхимой печени и вворачиванием краев раны внутрь полости. Изучение динамики морфологии остаточной полости после эхинококкэктомии, ликвидированной разработанным методом, показало ее заполнение элементами паранхимы печени, включая фиброзную ткань с заключенными в ней кровеносными капиллярами, желчными проточками гепатоцитами, источником которых были резецированные и ввернутые внутрь края полости печени.

Апробация предложенного метода в клинических условиях показала возможность его применения у детей в возрасте 2-15 лет при одиночных, множественных, сочетанных, осложненных, малых, средних, больших и гигантских эхинококковых кистах печени различной локализации, включая поддиафрагмальную поверхность печени. В раннем после операционном периоде отмечены преимущества разработанного метода по сравнению с общепринятыми: достоверное сокращение продолжительности лихорадочного периода, длительности дренирования и сроков пребывания больных на койке после операции.

Предложенный в клинике метод ликвидации остаточных полостей путем вворачивания резецированных краев фиброзной капсулы с паренхимой печени внутрь раны обеспечивал, хорошие отдаленные результаты в 92% случаев в силу своей физиологичности.

Рецидивы болезни возникают в 22 % случаев при множественных формах эхинококкоза печени и не зависят от хирургического способа ликвидации остаточной полости.

Разработанный способ ликвидации остаточных полостей путем вворачивания резецированных краев фиброзной капсулы с паренхимой печени внутрь раны можно с успехом применять для хирургического эхинококкоза у детей всех возрастных групп с разной локализацией кист, включая диафрагмальную и заднюю

поверхность печени при малых, средних, больших и гигантских кистах, с уяснениями и без них.

Высокая клиническая эффективность метода позволяет в ближайшем послеоперационном периоде сократить сроки лихорадки, дренирования полости и пребывания больных в стационаре, а в удаленном периоде - предупреждает образование непаразитарных кист по сравнению с общепринятыми методами ликвидации остаточной полости.

При разработке новых методов оперативного вмешательства при эхинококкозе рекомендуется использование овец, заболевших эхинококкозом в природных условиях. Преимуществом такого подхода является возможность динамического, морфологического контроля за заполнением остаточных полостей.

С целью своевременного выявления рецидивов и осложнений оперативного лечения эхинококкоза рекомендуется длительное Диспансерное наблюдение после выписки из стационара.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. «О заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом в Российской Федерации»: «Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» / Письмо от 26.06.2016 №01/7782-16-27.

2. Абдисаматов, Б.С. Современные направления в хирургическом лечении эхинококкоза печени / Б.С. Абдисаматов // Современная медицина: актуальные вопросы. 2016. № 42-43. С. 91-98.

3. Абдисаматов, Б.С. Хирургическое лечение эхинококкоза печени / Б.С. Абдисаматов, М.С. Айтназаров, Э. Мадаминов // Наука, новые технологии и инновации. - 2015. - №3. - С. 70-73.

4. Абдисаматов, Б.С. Эффективность радикальных операций при эхинококкозе печени / Б.С. Абдисаматов, Б.А. Авасов // Приволжский научный вестник. 2016. № 3 (55). С. 110-112.

5. Абдулаев, А.М. Выбор метода лечения эхинококкоза печени при малых размерах кист. / А.М. Абдулаев // Автореф. дис. ... канд мед. наук. Махачкала 2015. С. 156

6. Абдуллаев, А.М. Лапароскопическая эхинококкэктомия у пациентов с эхинококкозом печени / А.М. Абдуллаев, Р.А. Койчуев, И.Г. Ахмедов // Казанский медицинский журнал. - 2015. - №2. - С. 144- 149.

7. Авасов, Б.А. Резекции печени в хирургическом лечении эхинококкоза печени / Б.А. Авасов // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. - 2013. - Т. 13, №6. - С. 122-123.

8. Агаев, Р.М. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени / Р.М. Агаев, Б.А. Агаев, А.К. Будан, Р.М. Мамедов// Анналы хирургии. 2005. №1. С. 54-59.

9. Аззамов, Ж.А. Современные взгляды на патологию эхинококкоза печени (обзор литературы) / Ж.А. Аззамов // Вопросы науки и образования. 2018. № 11 (23). С. 93-95. 124

10. Азиззода, З.А. Малоинвазивные оперативные вмешательства при эхинококкозе печени / З.А. Азиззода, К.М. Курбонов, В.С. Ризоев // Вестник Авиценны. 2019. Т. 21. № 1. С. 116-120.

11. Айтназаров, М.С. Результаты ликвидации желчных свищей при эхинококкозе печени / М.С. Айтназаров, Н.Б. Касыев, Э.М. Мадаминов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2017. № 5-2. С. 80-82.

12. Акматов, Б.А. Методы и результаты диагностики и лечения рецидивного и резидуального гидатидозного эхинококкоза / Б.А. Акматов Э.Р. Рыскулов // Эхинококкозы (методы исследований, лечения, профилактики). М., 1988. -С.136-145.

13. Алиев, М.Ж. Оперативное лечение эхинококкоза печени и его результаты / М.Ж. Алиев // Вестник КГМА им И.К. Ахунбаева. – 2014. - №3. - С. 88-90.

14. Алиев, М.Ж. Способ клинико-лабораторно-морфологического обоснования антипаразитарной обработки при эхинококкозе печени / М.Ж. Алиев // Вестник КГМА им И.К. Ахунбаева. - 2015. - №2(1). - С. 123-125.

15. Альперович, Б.И. Хирургические вмешательства при эхинококкозе и пути профилактики рецидивов / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало// Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т.10, № 2. С. 98.

16. Амонов, Ш.Ш. Минимально инвазивная интраоперационная диагностика и лечение внутренних желчных свищей у пациентов с эхинококкозом печени / Ш.Ш. Амонов, М.И. Прудков, М.А. Кацадзе, О.Г. Орлов // Новости хирургии. 2014. № 5. С. 615-620.

17. Аничкин, В.В. Антипаразитарная обработка фиброзных (остаточных) полостей печени после эхинококкэктомии / В.В. Аничкин, В.В. Мартынюк // Хирургия. Восточная Европа. - 2013. - №4(08). - С. 85-94.

18. Аничкин, В.В. Метод атипичной резекции печени с антипарази- 125 тарной обработкой печеночной ткани смесью глицерина и 1-2% раствора альбендазола в димексиде у пациентов с эхинококкозом печени/ В.В. Аничкин, Э.А. Повелица, В.В. Мартынюк // Новости хирургии. 2014. № 3. С. 360-365.

19. Аничкин, В.В. Патоморфология эхинококкоза печени / В.В. Аничкин В.В. Мартынюк // Актуальные проблемы медицины. Сборник научных статей Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию основания учреждения образования "Гомельский государственный медицинский университет". 2016. С. 27-29.

20. Аскерханов, Г.Р. Видеоторакоскопическая эхинококкэктомия легких / Г.Р. Аскерханов, С.З. Магомедов, Х.А. Абдурашидов // Всероссийская конференция хирургов, посвященная 85-летию Р.П. Аскерханова: тезисы докладов, Махачкала, 27-28 октября 2005 г. Махачкала: ИПЦ ДГМА. 2005. С. 210.

21. Аскерханов, Р.П. Хирургия эхинококкоза. / Р.П. Аскерханов // Махачкала: Даг. кн. изд-во, 1975. 372 с.

22. Асланов, А.Д. Хирургическое лечение множественного эхинококкоза органов брюшной полости, почек и легких / А.Д. Асланов [и др.] // Хирургия. 2012. № 10. С. 56-58. 140

23. Ахмедов, И.Г. Патогенетическое обоснование определения понятия «рецидив эхинококковой болезни» / И.Г. Ахмедов // Анналы хирургии. 2004. № 2. С. 73-76.

24. Ахмедов, И.Г. Ранняя диагностика рецидива эхинококковой болезни / И.Г. Ахмедов А.И. Курбанова // Хирургия. 2008. № 11. С. 39- 43.

25. Ахмедов, И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение/ И.Г. Ахмедов // автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Махачкала, 2006. 34 с.

26. Ахмедов, И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение/ И.Г. Ах- 126 медов // Хирургия. 2006. № 4. С. 52-57.
27. Ахмедов, И.Г. Ультразвуковое исследование в диагностике гидатидного эхинококкоза печени / И.Г. Ахмедов, А.О. Османов // Хирургия. 2004. № 3. С.1822.
28. Ахмедов, И.Г. Эхинококкоз печени: современное состояние проблемы / И.Г. Ахмедов Р.А. Койчуев Вестник // Дагестанской государственной медицинской академии. 2017. № 2 (23). С. 71-77.
29. Ахмедов, Р.М. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени / Р.М.Ахмедов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2010. Т.15, № 3. С. 99-104.
30. Ахмедов, С.М. Резекция печени при эхинококкозе / С.М.Ахмедов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2014. № 2. С. 49-54.
31. Ахмедов, С.М. Резекция печени при эхинококкозе /С.М. Ахмедов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2014. - №2. - С. 49- 54.
32. Ахмедов, И.Г. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза: методологический аспект / И.Г. Ахмедов // Анналы хирургической гепатологии. – 2016. - Т. 21, №4. - С. 113- 118.
33. Бабаджанов, М.Б. К проблеме определения качества жизни при рецидивном эхинококкозе печени/ М.Б. Бабаджанов, Б.Р. Бабаджанов, Ф.Р. Якубов // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 102.
34. Бабакулов, К.К. Химиопрофилактика рецидива эхинококкоза / К.К. Бабакулов, М.Ж. Алиев, А.К. Каниетов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева – 2014. - №4. – С. 162-165.
35. Байбеков, И.М. Морфологическое обоснование применения химиотерапии в комплексном хирургическом

лечении эхинококкоза / И.М. Байбеков [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Т.10, № 2. С. 102.

36. Баршалина, М.В. Хирургическое лечение тотального эхинококкоза 127 брюшной полости/ М.В. Абаршалина, А.С. Фатьянова, Г.Х. Мусаев // *Хирургия*. 2012. № 9. С. 87-89.

37. Белоконев, В.И. Динамика заболеваемости эхинококкозом среди сельскохозяйственных животных и населения Самарской области/В.И. Белоконев, А.Р. Иванов//проблемы эхинококкоза. – Махачкала, 2000. – С.28-29.

38. Бельшева, Е.С. Магнитно-резонансная томография в комплексной диагностик гидатидозного эхинококкоза печени / Е.С. Бельшева [и др.] // *Медицинская визуализация*. 2003. № 2. С. 6-12.

39. Белюк, К.С. Хирургическое лечение эхинококкоза печени / К.С. Белюк / [и др.] // В сборнике: Актуальные проблемы медицины материалы ежегодной итоговой научно-практической конференции. Ответственный редактор В. А. Снежицкий. 2018. С. 72-74.

40. Бронштейн, А.М. Эхинококкозы (гидатидозный и альвелярный) — пограничная проблема медицинской паразитологии и хирургии (обзор и собственные наблюдения) / А.М. Бронштейн [и др.] // *Российский медицинский журнал*. 2012. № 3. С. 50-53.

41. Ванюшин, П.Н. Опыт лечения эхинококкоза печени / П.Н. Ванюшин, О.А. Долгов, И.К. Полканов, И.В.Тихонов // В сборнике: Национальные проекты - приоритет развития здравоохранения регионов Материалы 54-й межрегиональной научно-практической медицинской конференции. 2019. С. 627-628.

42. Вафин, А.З. Апаразитарность и антипаразитарность хирургических вмешательств при эхинококкозе / А.З. Вафин // *Хирургия*. 1993. № 4. С. 70-74.

43. Вафин, А.З. Диагностика и хирургическое лечение сочетанного эхинококкоза легких / А.З. Вафин [и др.]// Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2013. № 5. С. 21-25.

44. Вафин, А.З. Клиническая эффективность применения принципа апаразитарности и антипаразитарности в хирургии эхинококкоза / А.З. Вафин [и др.]// Медицинский вестник Северного Кавказа. 128 2010. № 2. С. 10-13.

45. Вафин, А.З. Общие принципы апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза / А.З. Вафин // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т.10, № 2. С. 105.

46. Вафин, А.З. Особенности хирургического лечения множественного абдоминального эхинококкоза/ А.З. Вафин // Всероссийская конференция хирургов, посвященная 85-летию Р.П. Аскерханова: тезисы докладов (27-28 октября 2005 г., Махачкала). Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2005. С. 220.

47. Вафин, А.З. Отдаленные результаты хирургического лечения эхинококкоза с применением принципа апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза / А.З. Вафин [и др.]// Сборник научных трудов Всероссийской конференции хирургов и 17 съезда хирургов Дагестана, посвященные 90-летию чл. корр. АМН СССР, проф. Р.П. Аскерханова. В 2-х т. Махачкала, 2010. Т.1. С. 137.

48. Вафин, А.З. Отдаленные результаты лечения больных с эхинококкозом печени, оперированных традиционным способом с применением высокотемпературных (плазменных) технологий / А.З. Вафин [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2008. № 1. С. 96-99.

49. Вафин, А.З. Современное состояние классификации методов хирургического лечения эхинококкоза/ А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров // Сборник научных трудов Всероссийской конференции хирургов и 17 съезда хирургов Дагестана, посвященные 90-летию чл. корр. АМН СССР, проф. Р.П. Аскерханова. В 2-х т. Махачкала, 2010. Т.1. С. 136.

50. Велиева, Т.А. Проблемы диагностики и лечения эхинококкоза / Т.А. Велиева // ScienceRise. - 2015. - Т. 5, №4(10). - С. 8-11.

51. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев // Анналы хирургической гепатологии. 2006. Т. 11, № 1. С. 111-117.

52. Ветшев, П.С. Эндохирургическое лечение осложненного эхино- 129 коккоза печени у детей / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // Анналы хирургической гепатологии. – 2015. - Т. 20, №3. - С. 47-53.

53. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: основы диагностики и роль миниинвазивных технологий (обзор литературы) / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // Анналы хирургической гепатологии. – 2015. - Т. 20, №3. - С. 47-50.

54. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: современное состояние проблемы / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, С.В. Бруслик // Украинский журнал хирургии. - 2013. - №3(22). - С. 196-201.

55. Вишневский, В.А. Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - №4. - С. 25-33.

56. Гилевич, М.Ю. Зависимость способа эхинококкэктомии от стадии развития паразита / М.Ю. Гилевич, А.В. Бодулин // Хирургия. - 1986. - № 4. - С. 94-97.

57. Глумов, В.Я. Классификация эхинококкоза печени / В.Я. Глумов // Казанский медицинский журнал. - 1981. - Т. 61. - 3-с. 13-17.

58. Горбунова, М.Л. Клинический случай эхинококкоза лёгких и печени / М.Л. Горбунова, С.Н. Волкова, Г.В. Шестакова, Е.Л. Спиридонова // Казанский медицинский журнал. 2017. Т. 98. № 2. С. 261- 266.

59. Григорова, А.Н. Морфологическая картина эхинококкоза печени при разном клиническом варианте течения / А.Н.

Григорова, С.В. Минаев, М.А. Долгашова, А.П. Арутюнова // Морфология. 2019. Т. 155. № 2. С. 86.

60. Григорова, И.Н. Дифференцированный подход в выборе лечебной тактики у детей с эхинококкозом печени / И.Н. Григорова // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Ставропольский государственный медицинский универси- 130 тет. Ставрополь, 2019

61. Гулов, М.К. Неосложнённый эхинококкоз печени: опыт открытых и лапароскопических операций / М.К. Гулов, С.М. Зардаков // Вестник Авиценны. 2016. № 2 (67). С. 7-12.

62. Гульмурадов, Т.Г. Минимально-инвазивное хирургическое лечение эхинококкоза печени / Т.Г. Гульмурадов, Ш.Ш. Амонов, Д.С. Сангов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. 2016. № 4. С. 26-32.

63. Гульмурадов, Т.Г. Эндовидеохирургическое лечение эхинококкоза печени / Т.Г. Гульмурадов, Д.С. Сангов, Ф.Н. Назаров // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2013. - №3. - С. 18-22.

64. Дадвани, С.А. Лечение гидатидного эхинококкоза / С.А. Дадвани [и др.]// Хирургия. 2000. № 8. С. 27-32.

65. Дадвани, С.А. Малоинвазивные оперативные вмешательства и химиотерапия при эхинококкозе/ С.А. Дадвани [и др.] // Анналы хирургии. 2000. № 4. С. 38-46.

66. Девятков, А.В. Анализ результатов хирургического лечения рецидивного эхинококкоза печени и брюшной полости / А.В. Девятков, У.М. Махмудов // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 107-108. 143

67. Девятков, А.В. Химиотерапия на этапах хирургического лечения эхинококкоза печени / А.В. Девятков, А.И. Икрамов, У.М. Махмудов // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 107- 108.

68. Джабарова, В.И. Экспериментальная химиотерапия эхинококкозов. Сообщение 13. Влияние мебендазола в сочетании

с растительным маслом на лавроцисты многокамерного эхинококка и реакция инфицированного хозяина на длительное введение препарата / В.И. Джабарова, Н.Л. Веретенникова., Е.А. Коврова // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 1994. № 1. С. 26-29. 131

69. Джабраилов, Д.А. Эхинококкоз печени, осложнённый цистобилиарными свищами: диагностика и тактика лечения / Д.А. Джабраилов, Г.Х. Мусаев, С.С. Харнас // Анналы хирургии. 2008. № 4. С. 5- 9.

70. Джураева, Н.М. Возможности КТ и УЗС в диагностике и оценке эффективности химиотерапии различных форм эхинококкоза печени/ Н.М. Джураева, А.И. Икрамов, М.Ф. Максудов // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 109.

71. Дмитращенко, А.А. Лучевые методы исследования в стадировании эхинококкового поражения печени / А.А. Дмитращенко, В.Н. Троян, Е.В. Тихонов // Военномедицинский журнал. 2008. № 1. С. 66- 67.

72. Домашенко, О.Н. Эхинококкоз печени: диагностика, лечебная тактика / О.Н. Домашенко, А.Д. Шаталов, Д.С. Паниева // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. 2016. № 3 (39). С. 35-40.

73. Дурлештер, В.М. Чрескожное лечение больных многокамерным эхинококкозом печени / В.М. Дурлештер, Я.П. Киртанасов, А.В. Андреев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2018. № 1. С. 23.

74. Емельянов, С.И. Лапароскопическая эхинококкэктомия: анализ ближайших и отдаленных результатов / С.И. Емельянов, М.А. Хамидов, Р.Б. Алиханов // Анналы хирургической гепатологии. 2007. № 4. С. 7-10.

75. Зогот, С.Р. Комплексная лучевая диагностика эхинококкоза печени / С.Р. Зогот, Р.Ф. Акберов, А.Б. Ким // Практическая медицина. 2012. № 3(58). С. 7577.

76. Ибадильдин, А.С. Результаты лечения эхинококкоза печени и легких / А.С. Ибадильдин / [и др.] // Вестник Казахского Национального медицинского университета. 2016. № 1. С. 387-389.

77. Иванов, С.А. Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения гидатидозного эхинококкоза печени / С.А. Иванов // дис. ... д-ра мед. наук. Санкт-Петербург, 2002. С. 228.

78. Иванов, С.А. Ультразвуковое исследование в хирургии эхинококкоза печени / С.А. Иванов, Б.Н. Котив // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2001. – №3. – С.73 – 76.

79. Иванов, С.А. Варианты хирургической тактики при лечении сочетанного эхинококкоза лёгких и печени /С.А. Иванов, Е.А. Корымасов, С.В. Мешков // Известия Самарского научного центра Российской академии наук.- 2015.- Т. 17, №1.-С. 517-520.

80. Ильхамов Ф.А. Совершенствование традиционных и разработка новых методов хирургического лечения эхинококкоза печени. / Ф.А. Ильхамов // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Ташкент 2005

81. Ильхамов, Ф.А. Малоинвазивные чрескожные вмешательства при нагноившихся остаточных полостях в печени после эхинококкэктомии / Ф.А. Ильхамов А.В. Вахиаов // Хирургия 1998.-№ 12.-С.30- 31

82. Калыбеков, Т.А. Оперативные методы лечения эхинококкоза печени (обзор литературы) / Т.А. Калыбеков, М.Ж. Алиев // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2019. Т. 19. № 1. С. 11-16.

83. Калыбеков, Т.А. Послеоперационные осложнения при эхинококкэктомии печени и их профилактика / Т.А. Калыбеков М.Ж. Алиев // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. 2018. Т. 17. № 4. С. 48-51.

84. Каниев, Ш.А. Ближайшие результаты лечения эхинококкоза печени с использованием методики pair (punction,

aspiration, injection, reaspiration) / Каниев Ш.А. / [и др.] Медицина (Алматы). 2018. № 10 (196). С. 61.

85. Каниев, Ш.А. Современные подходы к лечению эхинококкоза печени (обзор литературы) Каниев Ш.А. / [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2018. Т. 23. № 3. С. 47-56. 133

86. Каримов, Ш.И. Проблемы и перспективы хирургического лечения больных эхинококкозом печени и легких / Ш.И. Каримов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2008. Т.13, № 1. С. 5660.

87. Каримов, Ш.И. Роль малоинвазивных вмешательств в хирургии эхинококкоза/ Ш.И. Каримов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. 2008. № 4. С. 6-8.

88. Касыев, Н.Б. Диагностика рецидивного эхинококкоза/ Н.Б. Касыев // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 10, № 2. С. 112.

89. Касыев, Н.Б. Современные подходы к лечению гидатидозного эхинококкоза печени / Н.Б. Касыев, М.С. Айтназаров А.Н. Нурбекова // Сибирский научный медицинский журнал. 2017. Т. 37. № 1. С. 27-31.

90. Касыев, Н.Б. Современные подходы к лечению эхинококкоза печени / Н.Б. Касыев, М.С. Айтназаров, А.Н. Нурбекова // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2016. - №3. - С. 68-71.

91. Киртанасов, Я.П. Обоснование применения гипохлорита натрия в качестве сколецидного препарата при лечении больных многокамерным гидатидным эхинококкозом печени. Экспериментальное исследование / Я.П. Киртанасов, В.Г.Ившин // Вестник новых медицинских технологий. 2019. Т. 26. № 1. С. 53-56.

92. Киртанасов, Я.П. Чрескожные вмешательства в лечении больных многокамерным гидатидным эхинококкозом печени /

Я.П. Киртанасов, В.Г. Ившин // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2019. № 2. С. 23-32.

93. Корнеев, А.Г. Эхинококкоз в Оренбургской области: эпидемиологические, иммунологические и таксономические аспекты / А.Г. Корнеев [и др.] // Актуальная инфектология. - 2014. - №4(5). - С. 46-49.

94. Котельников, Г.П. Доказательная медицина. Научно обоснованная медицинская практика. Доказательная медицина. Научно обоснованная медицинская практика. / Г.П. Котельников, А. С. Шпигель 134 // монография. Изд. 2-е, перераб. и доп. М.: издательская группа «ГЭОТАР — Медиа», 2012. 242 с.

95. Котельникова, Л.П. Морфологическая характеристика паразитарных и непаразитарных кист печени / Л.П. Котельникова [и др.] // Морфологические ведомости. 2012. № 3. С. 35-40.

96. Котляров, П.М. МСКТ и МРТ в диагностике заболеваний печени / П.М. Котляров // Медицинская визуализация. 2014. № 2. С.122-123.

97. Кубышкин, В.А. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени / В.А Кубышкин. [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2002. Т. 7, № 1. С. 1822.

98. Кукес, В.Г. Клиническая фармакология: учебник / В.Г. Кукес; под ред. В.Г. Кукес и Д.А. Сычева/ – 5-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 1024 с.

99. Курбанов, У.А. Оптимизация хирургического лечения эхинококкоза печени / У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, С.М. Джанобилова, Д.Д. Джононов // Вестник Авиценны.- 2014.- Т. 59, № 2.- С. 13-17.

100. Лазарева, Е.Н. Оценка возможностей лучевых методов при эхинококкозе печени / Е.Н. Лазарева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2013. - Т. 3, №11. - С. 1314.

101. Липова, В.А. Морфологическая диагностика эхинококкоза человека / В.А. Липова, З.Ю. Мелиева, Е.А. Добрица // Медицина: теория и практика. 2019. Т. 4. № 5. С. 314.

102. Лотов, А.Н. Эхинококкоз: диагностика и современные методы лечения /А.Н. Лотов, А.В. Чжао Н.Р. Черная // Трансплантология. 2010. № 2. С. 18-26.

103. Мадаминов, Э.М. Абдоминализация полости фиброзной капсулы в лечении эхинококкоза печени / Э.М. Мадаминов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2014. - №4. - С. 173-175.

104. Мадаминов, Э.М. Результат малоинвазивного варианта эхинококкэктомии печени / Э.М. Мадаминов // Наука, новые технологии и 135 инновации. - 2015. - №1. - С. 111-112.

105. Мадаминов, Э.М. Результаты органосохраняющих операции при эхинококкозе печени / Э.М. Мадаминов, М.Ш. Манасов, Э.Б. Исаев М.Н. Макеева // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2018. № 3. С. 79-82.

106. Мазурина, К.В. Опыт пункционно - дренажного лечения больных с эхинококкозом печени / К.В. Мазурина, Ю.Г. Буряк // Неделя науки - 2018 материалы Международного молодежного форума, посвященного 80-летию юбилею Ставропольского государственного медицинского университета. 2018. С. 393-394.

107. Мамедов, Р.А. Диагностика и тактика лечения при заболеваниях гениталий и эхинококкозе печени / Р.А. Мамедов [и др.] // Хирургия. 2010. № 7. С. 74-75.

108. Мамлеев, И.А. Видеолапароскопическое лечение эхинококкоза печени у детей /И.А. Мамлеев [и др.]// Детская хирургия. 2008. № 6. С. 32-36.

109. Масленникова, Н.А. Клинические аспекты проявления эхинококкоза печени / Н.А. Масленникова, Е.П. Тихонова, Л.А. Михайлова // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 5. С. 22.

110. Мельник, И.В. Лечебная тактика при эхинококкозе печени / И.В. Мельник, Ш.А. Дадаев, С.М. Хасанов // Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста. Материалы IV Всероссийской научной

конференции молодых специалистов, аспирантов, ординаторов с Международным участием. 2018. С. 127- 128.

111. Мерзликин, Н.В. Руководство по хирургии очаговых паразитарных заболеваний печени / Н.В. Мерзликин [и др.] // под ред. Н.В. Мерзликина. – Томск: Изд-во «Печатная мануфактура», 2013. - 468 с.

112. Мирходжаев, И.А. Оптимизация методов хирургического лечения множественного и рецидивных форм эхинококкоза печени / И.А. Мирходжаев, Х.Х. Иноятов, Ф.Х. Норов // Биология и интегративная медицина. 2016. № 1. С. 20-27.

113. Михин, И.В. Гигантская эхинококковая киста левой доли печени у пациентки, ранее перенесшей эхинококкэктомии левого легкого / И.В. Михин, О.А. Косивцов, С.В. Пономарев // Волгоградский научно-медицинский журнал. - 2014. - №3(43). - С. 52-56.

114. Мовчун, А.А., Хирургическая тактика при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков / А.А. Мовчун А.Г. Абдуллаев, Р.М. Агаев// Хирургия. 2005. № 2. С. 38-42.

115. Муаззамов, Б.Б. Осложнения после операций при эхинококкозе печени / Б.Б. Муаззамов, И.И. Шарипов // Инфекции в хирургии. 2018. Т. 16. № 1-2. С. 32.

116. Мукантаев, Т.Е. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени, осложненном прорывом в брюшную полость / Т.Е. Мукантаев // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. 2017. № 1 (22). С. 43-47.

117. Мукантаев, Т.Е. Лапароскопическая эхинококкэктомия у пациентов с эхинококкозом печени / Т.Е. Мукантаев // Казанский медицинский журнал. - 2015. - №2. - С. 138-143.

118. Мукантаев, Т.Е. Сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов лапароскопической эхинококкэктомии из печени / Т.Е. Мукантаев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2014. - №1. - С. 31-35.

119. Мусаев, Г.Х. Гидатидозный эхинококкоз: диагностика и комплексное лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 41 с.

120. Мусаев, А.И. Органосохраняющие операции при эхинококкозе печени / А.И. Мусаев, Б.С. Абдисаматов, М.С. Айтназаров // Известия ВУЗов Кыргызстана. 2016. № 4. С. 12-14.

121. Мусаев, А.И. Хирургическое лечение больных с рецидивом эхинококкоза печени диафрагмальной локализации / А.И. Мусаев М.С. 137 Айтназаров, Н.Б. Касыев, Э.М. Мадаминов // Врач-аспирант. 2017. Т. 85. № 6.1. С. 168-173.

122. Мусаев, Г.Х. Современные тенденции в хирургическом лечении эхинококкоза печени / Г.Х. Мусаев, В.В. Левкин, Р.Х. Шарипов // Сеченовский вестник. 2018. № 4 (34). С. 78-84.

123. Мусаев, Г.Х. Тотальное поражение брюшной полости эхинококкозом / Г.Х. Мусаев, Р.Х. Шарипов, А.С. Фатьянова, В.В. Левкин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019. № 8. С. 79-84. 124. Мусаев, Г.Х. Химиотерапия в лечении больных эхинококкозом / Г.Х. Мусаев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2002. Т. 7, № 1. С. 323.

125. Мусаев, А.И. Частота осложнений и рецидивов эхинококкоза печени в зависимости от способа обеззараживания / А.И. Мусаев, Э. Максут, А.Ж. Акешов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2012. - №1. - С. 120-122.

126. Мустафин, А.Х. Оперативное лечение эхинококкоза / А.Х. Мустафин [и др.] // Здравоохранение Башкортостана. Специальный выпуск. – 2000. – № 4. – С. 35.

127. Мустафин, Р.Д. Билиарные осложнения эхинококкоза печени / Р.Д. Мустафин И.А. Малафеев С.А. Воробьев // В борнике: Актуальные вопросы современной медицины Материалы Международной конференции Прикаспийских государств. 2016. С. 167.

128. Назаров, Ш.К. Видеолапароскопическая технология в лечении эхинококкоза печени / В.С. Ризоев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2016. № 4. С. 138-144.

129. Назаров, Ш.К. Роль современных технологий в диагностике и хирургическом лечении эхинококкоза печени / Ш.К. Назаров, В.С. Ризоев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. 2016. № 2. С. 3-9.

130. Назыров, Ф.Г. Классификация эхинококкоза печени / Ф.Г. Назыров, Ф.А. Ильхамов // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т. 138 10, № 2. С. 121.

131. Назыров, Ф.Г. Спорные вопросы и причины повторных операций при эхинококкозе / Ф.Г. Назыров, А.В. Девятов, У.М. Махмудов // Анналы хирургической гепатологии. 2007. № 1. С. 29-35. 132. Назыров, Ф.Г. Хирургическое лечение больных сочетанным эхинококкозом сердца, легких и печени / Ф.Г. Назыров [и др.] // Хирургия. 2009. № 5. С. 23-26.

133. Нартайлаков, М.А. Обследование и лечение пациентов с инфицированными полостными образованиями печени / М.А. Нартайлаков [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2014. - № 9(6). – С. 96-102.

134. Нечаев, В.А. Лучевые методы исследования в диагностике эхинококкоза позвоночника (обзор литературы и клиническое наблюдение) /В.А. Нечаев [и др.] // Радиология-практика. 2014. № 4. С.73- 84.

135. Ничитайло, М.Е. Хирургическое лечение эхинококкоза печени/ М.Е. Ничитайло [и др.]// Анналы хирургической гепатологии. 2001. Т. 6, № 1. С. 40-46.

136. Нишанов, Ф.Н. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика /Ф.Н. Нишанов [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2011. - №2. - С. 91-94. 137. Ниязов, Б.С. Радикальные и органосохраняющие операции при эхинококкозе печени и их эффективность / Б.С. Ниязов, М.Ж. Алиев, К.А. Гапуров, Т.А.

Калыбеков Вестник // КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2018. № 3. С. 96-99.

138. Новиков, С.В. Минимально инвазивные методы лечения эхинококкоза печени / С.В. Новиков, М.Л. Рогаль, К.Р. Джаграев, В.С. Бояринов // Доказательная гастроэнтерология. 2018. Т. 7. № 1. С. 98.

139. О заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом в Российской Федерации. // М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), 139 2016. – 20 июня, №01/7782-16-27.

140. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации в 2011 году: государственный доклад. //М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2012. – 316 с.

141. Одишелашвили, Г.Д. Обоснование применения нового способа облитерации остаточных полостей после операции по поводу эхинококкоза печени / Г.Д. Одишелашвили, Д.В. Пахнов, Л.Г. Одишелашвили // Астраханский медицинский журнал. - 2015. - Т. 10, №3. - С. 98-105.

142. Одишелашвили, Г.Д. Редкое сочетание локализации эхинококковых кист / Г.Д. Одишелашвили, В.А. Зурнаджянц, Д.В. Пахнов, Л.Г.Одишелашвили // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2019. № 7. С. 71-72.

143. Одишелашвили, Г.Д. Хирургические аспекты эхинококкоза печени / Г.Д. Одишелашвили, Л.Г. Одишелашвили // Новая наука: Современное состояние и пути развития. 2016. № 7-2. С. 54-56. 144. Онищенко, Г.Г. Об усилении мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний и элиминации малярии в РФ. Постановление главного государственного санитарного врача РФ Г.Г. Онищенко от 25.12.07. / Г.Г. Онищенко // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2008. № 2. С. 59-62.

145. Осумбеков, Б.З. Сравнительный анализ различных методов оперативного лечения осложненного эхинококкоза печени / Б.З. Осумбеков, У.У. Нуржан // Врач-аспирант. 2018. Т. 91. № 6. С. 10-16.

146. Пантелеев, В.С. Способы ликвидации остаточной полости печени после закрытой эхинококкэктомии / В.С. Пантелеев [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2015. – Т. 10, № 5(59). – С. 81 - 88.

147. Петухов, М.И. Эхинококкоз человека и его лечение: По материалам лечебных учреждений г. Куйбышева и области. / М.И. Петухов 140 // Автореф. дис. ... канд мед. наук. Куйбышев 1958. С. 19

148. Полетаева, О.Г. Оптимизация серологической диагностики эхинококкоза цистного (однокамерного) /О.Г. Полетаева [и др.]// Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2010. № 1. С. 14- 17.

149. Поляков, Н.В. Однокамерный (гидатидный) эхинококкоз / Н.В. Поляков, В.В. Ромих, Р.М. Сафаров, В.Е. Поляков // Исследования и практика в медицине. - 2015. - Т. 2, №1. - С. 27-35.

150. Пулатов, А.Т. Прорыв эхинококковой кисты печени в плевральную полость /А.Т. Пулатов [и др.] // Детская хирургия. 2002. № 1. С. 41- 44.

151. Пышкин, С.А. Эхинококкоз печени. / Пышкин С.А., [и др.]//Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии, 2012. № 4. С. 23-28.

152. Рабиев, А.Р. Хирургическая тактика при прорыве эхинококковой кисты в желчные пути / А.Р. Рабиев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. 2005. Т.10, № 2. С. 126,

153. Разин, М.П. Проблема эхинококкоза паренхиматозных органов в регионах с разной эндемичностью заболевания / М.П. Разин, М.А. Аксельров, Е.О. Утенкова, А.В. Тадибе // Вятский медицинский вестник. 2018. № 2 (58). С. 10-14.

154. Салимов, Д.С. Актуальные проблемы диагностики доклинических форм эхинококковой болезни. /Д.С. Салимов [и др.] // Известия Академии наук Республики Таджикистан. Отделение биологических и медицинских наук. 2011. № 2(175). С. 100-105.

155. Салимов, Ш.Т. Возможности хирургического лечения рецидивного эхинококкоза / Ш.Т. Салимов, Б.З. Абдусаматов, А.Ш. Вахидов // Детская хирургия. - 2015. - №3. - С. 9-12.

156. Сапаев, Д.Ш. Современная диагностика и хирургическое лечение нагноившегося эхинококкоза печени / Д.Ш. Сапаев, Р.Ю. Рузибаев, Ф.Р. Якубов // Инфекции в хирургии. 2018. Т. 16. № 1-2. С. 10-11. 141

157. Сапаев, Д.Ш. Современная комплексная диагностика и хирургическое лечение осложненных форм эхинококкоза печени / Д.Ш. Сапаев, Р.Ю. Рузибаев, Ф.Р. Якубов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2018. Т. 177. № 4. С. 19-22.

158. Сергиев, В.П. Эхинококкоз цистный (однокамерный). Клиника, диагностика, лечение, профилактика / В.П. Сергиев [и др.] // Информационно-методическое пособие. 2008. 36 с.

159. Скипенко, О.Г. Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической тактике / О.Г. Скипенко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. -Т. 16, №4. -С. 34.

160. Соколова, Я.О. Осложненный эхинококкоз печени / Я.О. Соколова, Н.А. Алехина, Т.Д. Калашникова, Д.С.Алексашина // Актуальные вопросы современной медицины. Материалы Международной конференции Прикаспийских государств. 2016. С. 197-198.

161. Солодова, Ю.А. Современные подходы к диагностике и лечению эхинококкоза печени / Ю.А. Солодова О.А. Федосова // Мировая наука. 2019. № 5 (26). С. 645-648.

162. Стреляева, А.В. Функциональное состояние печени и патогенетическая терапия при эхинококкозе / А.В. Стреляева [и др.]

др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2013. № 2. С. 27- 29.

163. Терновой, С.К. Магнитно-резонансная томография в диагностике очаговых заболеваний печени / С.К. Терновой, С.В. Шахиджанова // Медицинская визуализация. 1999. № 6. С. 14-23

164. Тобохов, А.В. Хирургическое лечение эхинококкоза легких и печени / А.В. Тобохов, П.А. Неустроев, В.Н. Николаев // Якутский медицинский журнал. 2017. № 1 (57). С. 34-36.

165. Толстокоров, А.С. Лечение эхинококкоза диафрагмальной поверхности печени / А.С. Толстокоров, Ю.С. Гергенретер // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - №5. - С. 335.

166. Толстокоров, А.С. Хирургическая тактика у больных эхинококко- 142 зом печени / А.С. Толстокоров, Ю.С. Гергенретер // Саратовский научно-медицинский журнал. 2009. Т. 5, № 4. С. 626-629.

167. Третьяков, А.А. Закрытие остаточных полостей печени/ А.А. Третьяков [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2012. № 6. С. 97-99.

168. Удовикова, О.И. Эхинококкоз в практике врача / О.И. Удовикова [и др.] // Земский врач. - 2015. - №2(26). - С. 51-54.

169. Усаров, Ш.Н. Дифференцированная тактика хирургического лечения эхинококкоза печени / Ш.Н. Усаров, Х.А. Умиров, Д.Б.К. Юсупалиева, Ю.М.К. Тилавова // Вопросы науки и образования. 2019. № 2 (45). С. 103-110.

170. Хаджибаев, А.М. Диагностика и лечение эхинококкоза печени, осложненного прорывом в желчные пути / А.М. Хаджибаев, Х.Э. Анваров, М.А. Хашимов. // Вестник экстренной медицины. 2010. № 4. С. 15-18.

171. Хамидов, А.И. Динамика редукции остаточных полостей после эхинококкэктомии печени/ А.И. Хамидов [и др.] // Анналы хирургии. 2000. № 5. С. 38-41.

172. Харнас, С.С. Ультразвуковая семиотика и классификация эхинококкоза печени /С.С. Харнас [и др.] // Медицинская визуализация. 2006. № 4. С. 46-51.

173. Харнас, С.С. Ультразвуковая семиотика в определении хирургической тактики у больных эхинококкозом печени / С.С. Харнас, Г.Х. Мусаев, А.В. Пахомова, П.С. Харнас // Медицинская визуализация, М., 2006, № 4, стр 24-30

174. Харнас, С.С. Эхинококкоз печени, осложненный цистобилиарными свищами: диагностика и тактика лечения / С.С. Харнас, Г.Х. Мусаев, Д.А. Джабраилов // Анналы хирургии. 2008. № 4. С. 5-9. 175. Хацко, В.В. Комплексная диагностика гидатидозного эхинококкоза печени / В.В. Хацко / [и др.] // Вестник гигиены и эпидемиологии. 2018. Т. 22. № 1. С. 60-63. 143

176. Черкасов, М.Ф. Нерешенные вопросы хирургического лечения эхинококкоза печени (обзор литературы) / М.Ф. Черкасов, С.Г. Меликова, Ю.М. Старцев, Д.М. Черкасов // Consilium Medicum. 2016. Т. 18. № 8. С. 96-100.

177. Черникова, Е.А., Ермакова Л.А., Козлов С.С. Эхинококкозы: подходы к лечению /Е.А. Черникова, Л.А. Ермакова, С.С. Козлов // Инфекционные болезни. 2014. № 1. С. 52-56.

178. Черноусов, А.Ф. Противорецидивная химиотерапия эхинококкоза печени / А.Ф. Черноусов, Т.Е. Мукантаев // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2016. № 4. С. 31-36.

179. Черноусов, А.Ф. Эхинококкоз: стратегия и тактика / А.Ф. Черноусов, Г.Х. Мусаев, А.С. Фатьянова // Вестник хирургической гастроэнтерологии. - 2013. - №4. - С. 5-10.

180. Чернышев, В.Н. Лечение гидатидного эхинококкоза печени / В.Н. Чернышев К.А. Панфилов, В.Е. Богданов // Хирургия. 2005. № 9. С. 39-44.

181. Чернышев, В.Н. Хирургия эхинококкоза печени: монография В.Н. Чернышев, С.А. Иванов. – Самара: Самарабланкиздат, 2005. – 196 с.

182. Чжао, А.В. Хирургическое лечение эхинококкоза печени / А.В. Чжао, Р.З. Икрамов // Хирургия. Приложение к журналу *Consilium Medicum*. 2016. № 2. С. 15-17.

183. Чокотаев, М.А. Результаты оперативного лечения эхинококкоза печени лапароскопическим и открытым способом / М.А. Чокотаев // *Врач-аспирант*. 2018. Т. 90. № 5. С. 23-31.

184. Чокотаев, М.А. Сравнительная оценка послеоперационных результатов лапароскопической эхинококкэктомии с позиции классификации *clavien-dindo* / Чокотаев М.А. // *Врач-аспирант*. 2018. Т. 91. № 6. С. 16-22.

185. Чубирко, М.И. Использование метода иммуноферментного анализа в диагностике паразитарных заболеваний / М.И. Чубирко, Ю.А. Березина, И.К. Азаренкова // *Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья*. - 2014. - №58. - С. 122-126.

186. Шабунин, А.В. Роль перцистэктомии в лечении больных эхинококкозом печени / А.В. Шабунин / [и др.] // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2019. № 1. С. 35-40.

187. Шамсиев, А.М. Сравнительная оценка способов обработки полости эхинококковой кисты в эксперименте / Шамсиев А.М. [и др.] // *Детская хирургия*. 2008. № 5. С. 48-52.

188 Шамсиев, Ж.А. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени / Ж.А. Шамсиев, К.Э. Рахманов С.С. Давлатов Ф.Ф. Жураева // *European Science*. 2017. № 7 (29). С. 49-54.

189. Шамсиев, Ж.А. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени / Ж.А. Шамсиев, К.Э. Рахманов, Ж.З. Шамсиев // *European Science*. 2018. № 6 (38). С. 47-51.

190. Шаталов, А.Д. Ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография в диагностике очаговых образований печени / А.Д. Шаталов // *Вопросы экспериментальной и клинической медицины: сборник статей*. 2008. Вып. 12, Т.1. С. 323-328.

191. Шевченко, Ю.Л. Противорецидивная терапия в хирургическом лечении больных эхинококкозом печени/ Ю.Л. Шевченко [и др.] // *Анналы хирургии*. 2007. № 5. С. 35-38.

192. Шевченко, Ю.Л. Современные аспекты хирургии осложненного эхинококкоза печени / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, Е.М. Сайдазимов К.К. Сирожитдинов // *Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова*. 2018. № 4. С. 29-34.

193. Шевченко, Ю.Л. Химиотерапия эхинококкоза / Ю.Л. Шевченко [и др.] // *Анналы хирургии*. 2005. № 2. С. 15-20

194. Шевченко, Ю.Л. Хирургия эхинококкоза / Ю.Л. Шевченко, Ф.Г.Назыров. – М. Династия, 2016. – С. 289 145

195. Шевченко, Ю.Л. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Ю.Л. Шевченко [и др.] // *Хирургия*. 2004. № 7. С. 49-55.

196. Эхинококкоз: ВОЗ, 2016 г./ Информационный Бюллетень №377, Апрель 2016 Г.

197. A case of bronchobiliary fistula associated with subdiaphragmatic abscess after hepftic surgery / Hidir Esme [et al.] // *Indian Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. -2012. -V. 21(2). -P. 177-179. 198. A novel zoonotic genotype related to *Echinococcus granulosus sensu stricto* from southern Ethiopia / M. Wassermann [et al.] // *Int. J. Parasitol.* - 2016. - Vol. 46, №10. - P. 663-668.

199. A retrospective survey of human hydatidosis based on hospital records during the period of 10 years / S.R. Mousavi, M. Samsami, M. Fallah, H. Zirakzadeh // *J. Parasit. Dis.* – 2012. – Vol. 366 №1. – P. 7–9.

200. Abdelaal, A.M. Hydatid disease of the liver: laparoscopic approach, initial result in Egypt/ A.M. Abdelaal, H. Dabbousdl // *Journal of the Egyptian Society of Parasitology*. – 2014. – Vol. 44, № 3. – P. 619–625.

201. Abdel-Moein, K.A. Norway rat (*Rattus norvegicus*) as a potential reservoir for *Echinococcus granulosus*: A public health implication / K.A. Abdel-Moein, D.A. Hamza // *Acta Parasitol.* - 2016. - Vol. 61, №4. - P. 815-819.

202. Aggressive hydatid cysts: characteristics of six cases / G. Oz [et al.] // *Surg. Today.* - 2015. - Vol. 45, №7. - P. 864-870.

203. Akbulut, S., Senol A., Sezgin A. Cakabay B., Dursun M., Satici O. Radical vs conservative surgery for hydatid liver cysts: experience from single center. *World J Gastroenterol* 2010; 16 (8): 953—959.

204. Akkaya, H. Hydatid disease involving some rare sites in the body / H. Akkaya, B. Akkaya, S. Gonulcu // *Turkish Society for Parasitology.* – 2015. – Vol. 39, № 1. – P. 78–82.

205. Albendazole-praziquantel interaction in healthy volunteers: kinetic disposition, metabolism and enantioselectivity / R.M. Lima [et al.] // *Br. J. 146 Clin. Pharmacol.* – 2011. – Vol. 71, №4. – P. 528–535.

206. Albendazole-sulphoxide concentrations in plasma and hydatid cyst and prediction of parasitological and clinical outcomes in patients with liver hydatidosis caused by *Echinococcus granulosus* / T. Skuhala [et al.] // *Croat. Med. J.* – 2014. – Vol. 55, №2. – P. 146–155.

207. Ammari, F.F. Surgery and postoperative mebendazole in the treatment of hidatid disease / F.F. Ammari, A.K. Omari // *Saudi. Med. J.* -2002. - Vol. 23, №5.-P. 568-571.

208. Anand, S. Management of liver hydatid cysts – Current perspectives / S. Anand, S. Rajagopalan, R. Mohan // *Med. J. Armed. Forces India.* – 2012. – Vol. 68, №3. – P. 304–309.

209. Bakal, U. Surgical and Molecular Evaluation of Pediatric Hydatid Cyst Cases in Eastern Turkey / U. Bakal, S. Simsek, A. Kazez // *Korean J. Parasitol.* – 2015. – Vol. 53, №6. – P. 785–788.

210. Bauomi, I. R. Evaluation of purified 27.5 kDa protoscolex antigenbased ELISA for the detection of circulating antigens and antibodies in sheep and human hydatidosis // I.R. Bauomi, A. M. El-

Amir, A.M. Fahmy, R.S. Zalat, T.M. Diab // Journal of helminthology. – 2015. – Vol. 89, № 5. – P. 577–583.

211. Biopharmaceutic evaluation of novel anthelmintic (1H-benzimidazol5(6)-yl)carboxamide derivatives / C. Julio [et al.] // J. Pharm. - 2007. - Vol. 343, №1. - P. 159-165. 118. Bowles, J. Rapid discrimination of Echinococcus species and strains using a polymerase chain reactionbased RFLP method / J. Bowles, D.P. McManus // Mol. Biochem. Parasitol. - 1993. - Vol. 57, №2. – P. 231-9.

212. Carlos, M. Infected Hepatic Echinococcosis: Results of Surgical Treatment of a Consecutive Series of Patients / M. Carlos, U. Sebastian // Surg. Infect. - 2015. - Vol. 16, №5. - P. 553-557.

213. Chronic Hydatid Cyst in Malaysia: A Rare Occurrence / P.S. Hayati, C.B.T. Eugene, B.J. Jin, I.M. Rose // Malays J. Med. Sci. – 2015. – Vol. 22, №1. – P. 79–83. 147

214. Comparison of surgical procedures and percutaneous drainage in the treatment of liver hydatid cysts: a retrospective study in an endemic area / S. Akkucuk [et al.] // Int. J. Clin. Exp. Med. – 2014. – Vol. 7, №8. - P. 2280–2285.

215. Concha, F., Maguiña, C., Seas, C. Disseminated intra-abdominal hydatidosis // Am. J. Trop. Med. Hyg. 2013. V. 89 (3). P. 401-402.

216. Conlon Rosie. Short Course on Abdominal Ultrasound in Tropical Medicine (Pavia University, Pavia, Northern Italy, 16-20 February 2004) // Ultrasound. 2004. V. 12, № 2. P. 98-101.,

217. Cosgrove Catherine A. Tropical infections Liver abscess and hydatid disease / A. Catherine Cosgrove, T. Doherty // Medicine. - 2010. -V. 38, №1. -P. 18-20.

218. Cystic echinococcosis: epidemiological and clinical aspects of Latvian population and review of the literature / S. Laivacuma, A. Ivanovs, A. Derovs, L. Viksna // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2015. - №7(119). - С. 24-30.

219. Cystic echinococcosis: Future perspectives of molecular epidemiology / A. Ito [et al.] // *Acta Tropica*. - 2017. - Vol. 165, SI. – P. 3-9.

220. Deger, E., Hokelek, M., Deger, B.A. et.al. A new therapeutic approach for the treatment of cystic echinococcosis: percutaneous albendazole sulphoxide injection without reaspiration / Deger E. [et.al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2000. Vol. 95, N 1. – P. 248–254.

221. Dziri, C., Haouet, K., Fingerhut, A. Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence? *World J Surg* 2004; 28 (8): 731—736.

222. Effect of albendazole sulphoxide on viability of hydatid protoscoleces in vitro / K. Ingold [et al.] // *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.* – 1986. - Vol. 80, №5. - P. 815-7.

223. Efficacies of Albendazole Sulfoxide and Albendazole Sulfone against In Vitro-Cultivated *Echinococcus multilocularis* Metacestodes / K. Ingold [et al.] // *Antimicrob. Agents Chemother.* - 1999 – Vol. 43, №5. - 148 P. 1052–1061.

224. Efficacy of *Myrtus communis* L. to Inactivate the Hydatid Cyst Protoscoleces / M. Hossein [et al.] // *J. Investig. Surg.* - 2016. - Vol. 29, №3. - P. 137-143.

225. Efficacy of radical and conservative surgery for hepatic cystic echinococcosis: a meta-analysis / Y.B. He [et al.] // *Int. J. Clin. Exp. Med.* – 2015. – Vol. 8, №5. – P. 7039–7048.

226. El Malki, H.O., El Mejdoubi, Y. Souadka, A. Zakri, B. Mohsine, R. Ifrine, L. Abouqal, R., Belkouchi, A. Does primary surgical management of liver hydatid cyst influence recurrence? *J Gastrointest Surg* 2010; 14 (7): 1121—1127.

227. El Malki, H.O. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis: What are the predictive factors? / H.O. El Malki, A. Souadka // *Can. J. Surg.* – 2013. – Vol. 56, №3. – P. E44.

228. Erzurumlu, K. The effect of intraoperative mebendazole-albendazole applications on the hepatobiliary system / K. Erzurumlu,

M. Ozdemir, M. Mihmanli, U. Cevikbas // Eur. Surg. Res. – 1995. – Vol. 27, N 5. – P. 340–345.

229. Evaluation and Comparison of the Early Outcomes of Open and Laparoscopic Surgery of Liver Hydatid Cyst / A.J. Nooghabi [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. - 2015. - Vol. 25, №5. – P. 403-407.

230. Excretory/secretory products in the Echinococcus granulosus metacestode: is the intermediate host complacent with infection caused by the larval form of the parasite? / G.B. dos Santos [et al.] // Int. J. Parasitol. - 2016. - Vol. 46, №13-14. - P. 843-856.

231. Fatin, R. Hydatid Cyst: Open or Laparoscopic Approach? A Retrospective Analysis / R. Fatin, M.D. Polat // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. - 2012. - Vol. 22, №3. - P. 264–266.

232. Genetic variability of Echinococcus granulosus complex in various geographical populations of Iran inferred by mitochondrial DNA sequenc- 149 es / A. Spotin [et al.] // Acta Tropica. - 2017. - Vol. 165, SI. – P. 10-16.

233. Giri, S. A review on diagnostic and preventive aspects of cystic echinococcosis and human cysticercosis / S. Giri, S.C. Parija // Trop. Parasitol. – 2012. – Vol. 2, №2. – P. 99–108.

234. Hepatic echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects / G. Nunnari [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 18, №13. – P. 1448–1458.

235. High-resolution phylogeography of zoonotic tapeworm Echinococcus granulosus sensu stricto genotype G1 with an emphasis on its distribution in Turkey, Italy and Spain / L. Kinkar Laurimae [et al.] // Parasitology. - 2016. - Vol. 143, №13. – P. 1790-1801.

236. Hydatidosis of the liver and posterior mediastinum / J.F. Quail [et al.] // Int. J. Surg. - 2015. - Vol. 7. - P. 26-28.

237. Inhibitory effect of albendazole and its metabolites on cytochromes P450 activities in rat and mouflon in vitro / V. Baliharova [et al.] // Pharm. Rep. - 2005. - Vol. 57, №1. - P. 97-106.

238. Intra-biliary Rupture of Hepatic Hydatid Cysts: Diagnostic Accuracy of MR Cholangiopancreatography / A. Erden [et al.] // *AJR*. 2007. V. 189. P. 84-89.

239. Intra-cystic concentrations of albendazole-sulphoxide in human cystic echinococcosis: a systematic review and analysis of individual patient data / F. Loetsch [et al.] // *Parasitol. Res.* - 2016. - Vol. 115, №8. – P. 2995-3001.

240. Jani, K. Spillage-free laparoscopic management of hepatic hydatid disease using the hydatid trocar canula / K. Jani // *J. Minim. Access. Surg.* – 2014. – Vol. 10, №3. – P. 113–118.

241. Justified Concern or Exaggerated Fear: The Risk of Anaphylaxis in Percutaneous Treatment of Cystic Echinococcosis - A Systematic Literature Review / A. Neumayr [et al.] // *PLoS Negl. Trop. Dis.* – 2011. – Vol. 5, №6. – P. e1154.

242. Kanojia, R.P. Laparoscopic port-in-cyst technique for retrieval of hepatic hydatid and review of other techniques used in literature / R.P. Kanojia // *Journal of Pediatric Surgery.* - 2012. - V. 47, №9. -P. 1772- 1774.

243. Kelly, K. Cystic diseases of the liver and bile ducts / K. Kelly, S.M. Weber // *J. Gastrointest. Surg.* - 2014. - Vol. 18, №3. - P. 627–634.

244. Laparoscopic approach for total cystectomy in treating hepatic cystic echinococcosis / H. Li [et al.] // *Parasite.* – 2014. - Vol. 21. – P. 65.

245. Laparoscopic Drainage of a Hepatic Echinococcal Cyst: A Case Report / S.B. Goldin, J.L. Mateka, M.J. Schnaus, S. Dahal // *Rep. Gastrointest. Med.* – 2011. – Vol. 2011. – P. 107087.

246. Laparoscopic Management of Hydatid Cyst of Liver with Palanivelu Hydatid System over a Period of 3 Years: A Case Series of 32 Patients / D.S. Samala [et al.] // *Ind. J. Surg.* - 2015. - Vol. 77, №3. – P. S918- S922.

247. Laparoscopic Operation of Hepatic Hydatid Cyst with Intraabdominal Dissemination – A Case Report and Literature Review/

Bushic Zeljco [et al.] // Coll. Antropol. 2009. N 33, Suppl. 2. P. 181-183. 248. Laparoscopic simultaneous partial pericystectomy and total cystectomy for hydatid liver cysts – case report / B. Stancu [et al.] // Clujul Med. – 2015. – Vol. 88, №3. – P. 415–419.

249. Laparoscopic versus open surgery for hydatid disease of the liver. A single center experience / B. Ozgur [et al.] // Ann. Ital. Chirurg. - 2016. - Vol. 87, №3. - P. 237-241.

250. Li, W. Multiorgan resection with inferior vena cava reconstruction for hepatic alveolar echinococcosis. A case report and literature review / W. Li, H. Wu // Medicine. - 2016. - Vol. 95. - P. 23 (e3768).

251. Long-term outcomes of intraoperative and perioperative albendazole treatment in hepatic hydatidosis: single center experience / K. Karabulut [et al.] // Ann. Surg. Treat. Res. – 2014. – Vol. 87, №2. – P. 61–65.

252. Long-term Sonographic and Serological Follow-up of Inactive Echinococcal Cysts of the Liver: Hints for a “Watch-and-Wait” Approach / L. 151 Piccoli [et al.] // PLoS Negl. Trop. Dis. – 2014. – Vol. 8, №8. – P. e3057.

253. Major liver resection for recurrent hydatid cyst of the liver after suboptimal treatment / V. Giovanni [et al.] // Updat. Surg. Ital. - 2016. - Vol. 68, №2. - P. 179-184.

254. Manterola, C. Risk factors of postoperative morbidity in patients with uncomplicated liver hydatid cyst / C. Manterola, T. Otzen, S. Urrutia // Int. J. Surg. - 2014. - Vol. 12, №7. – P. 695–699.

255. Marques, M.P. Albendazole metabolism in patients with neurocysticercosis: antipyrine as a multifunctional marker drug of cytochrome P450 / M.P. Marques, O.M. Takayanagui, V.L. Lanchote // Brazil. J. Med. Biol. Res. - 2002. - Vol. 35, №(2). - P. 261-9.

256. Medical treatment versus “Watch and Wait” in the clinical management of CE3b echinococcal cysts of the liver / F. Rinaldi [et al.] // BMC Infect. Dis. – 2014. - Vol. 14. – P. 492.

257. Minimally Invasive Treatment of Liver Hydatidosis / D. Ciprian [et al.] // J. Soc. Laparoendosc. Surg. - 2016. - Vol. 20, №1. – P. e2016.00002.

258. Nasser-Moghaddam, S., Abrishami, A., Malekzadeh, R. Percutaneous needle aspiration, injection, and reaspiration with or without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic hydatid cysts. Cochrane Database Syst Rev 2006; 19 (1): CD003623.

259. Nasser-Moghaddam, S., Abrishami, A., Taefi, A., Malekzadeh, R. Percutaneous needle aspiration, injection, and reaspiration with or without benzimidazole coverage for uncomplicated hepatic hydatid cysts. Cochrane Database Syst Rev 2011; 19 (1): CD003623.

260. Nazligul, Y. Role of Chemotherapeutic Agents in the Management of Cystic Echinococcosis / Y. Nazligul, M. Kucukazman, S. Akbulut // Int. Surg. - 2015. - Vol. 100, №1. – P. 112-114.

261. Non-surgical and non-chemical attempts to treat echinococcosis: do they work? / F. Tamarozzi [et al.] // Parasite. – 2014. - Vol. 21. – P. 75.

262. Novel PCRs for differential diagnosis of cestodes / J.H. Roelfsema [et al.] // Exp. Parasitol. - 2016. - Vol. 161. - P. 20-26.

263. Open or laparoscopic treatment for hydatid disease of the liver? A 10- year single-institution experience / F. Zaharie [et al.] // Surg. Endosc. – 2013. – Vol. 27, №6. – P. 2110–2116.

264. PAIR as percutaneous treatment of hydatid liver cysts / V. Peleaz [et al.] // Acta - Tropical. - 2000. - vol.75, №2. - P. 197-202.

265. Pazarci, O.Z. Treatment of Bifocal Cyst Hydatid Involvement in Right Femur with Teicoplanin Added Bone Cement and Albendazole / O.Z. Pazarci, O.B. Oztemur, O. Bulut // Case Rep. Orthop. – 2015. – P. 824824.

266. Percutaneous drainage for giant pyogenic liver abscess-is it safe and sufficient? / S. Ahmed, C.L. Chia, S.P. Junnarkar [et al.] // Am. J. Surg. -2016. - Vol. 211. - P. 95.

267. Peritoneal and hepatic hydatid disease causing major bile duct destruction / V. Vieira, H. Alexandrino, E. Furtado, F. Martinho // *J. Surg. Case Rep.* – 2012. – Vol. 4. – P. 6.

268. Polat, F.R. Hydatid Cyst: Open or Laparoscopic Approach? A Retrospective Analysis / F.R. Polat // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* - 2012. - Vol. 22, №3. – P. 264-267.

269. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis / J. Prousalidis [et al.] // *Can. J. Surg.* - 2012. – Vol. 55, №1. – P. 15-20.

270. Post-Treatment Follow-Up Study of Abdominal Cystic Echinococcosis in Tibetan Communities of Northwest Sichuan Province, China / T. Li [et al.] // *PLoS. Negl. Trop. Dis.* – 2011. - Vol. 5, №10. – P. e1364.

271. Predictive factors of morbidity after surgical treatment of hepatic hydatid cyst/ H. Bedioui [et al.] // *Pan. Afr. Med. J.* 2012. V. 13: 29. Epub. 2012 Oct. 12.

272. Predictors of therapy failure in a series of 741 adult pyogenic liver abscesses / J.Z. Lo, J.J. Leow, P.L. Ng [et al.] // *J. Hepatobil. Pancreat. Sci.* - 2014. - Vol. 22.

273. Primary Hydatid Cyst of Umbilicus, Mimicking an Umbilical Hernia / 153 T. Mohammadreza [et al.] // *Case Rep. Surg.* - 2016. - №9682178.

274. Proceedings of the International Symposium. Innovation for the Management of Echinococcosis Besançon / D.A. Vuitton [et al.] // *Parasite.* – 2014. – Vol. 21. – P. 28.

275. Puncture, Aspiration, Injection and Re-aspiration - an option for the treatment of Cystic Echinococcosis / E. Brunetti [et al.] // *World Health Organization, Department of Communicable Diseases, Surveillance and Response.* - 2001. - WHO/CDR/CSR/APH/ - 2001.6.

276. Raimkylov, K.M. Epidemiological analysis of the distribution of cystic and alveolar echinococcosis in Osh Oblast in the Kyrgyz Republic, 2000–2013 / K.M. Raimkylov, O.T. Kuttubaev, V.S. Toigombaeva // *J. Helminthol.* – 2015. – Vol. 89, №6. – P. 651–654.

277. Rare cystic liver lesions: a diagnostic and managing challenge / A. Bakoyiannis[et al.] // World J. Gastroenterol. 2013. Nov 21. V. 19(43). P. 7603-7619.

278. Repurposing drugs for the treatment and control of helminth infections / G. Panic, U. Duthaler, B. Speich, J. Keiser // Int. J. Parasitol. Drugs Drug Resist. – 2014. – Vol. 4, №3. – P. 185–200.

279. Review of the treatment of liver hydatid cysts / C.G. Gavara [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2015. – Vol. 7, №21. – P. 124–131.

280. Risk factors and clinical outcomes for spontaneous rupture of pyogenic liver abscess / C.H. Jun, J.H. Yoon, J.W. Wi [et al.] // J. Dig. Dis. - 2015. -Vol. 16. - P. 31.

281. Robinson, T.N. Everson Laparoscopic palliation of polycystic liver disease / T.N. Robinson, G.V. Stiegmann // Surg. Endosc. – 2005. – № 19. – P. 130–132.

282. Role of Albendazole in the Management of Hydatid Cyst Liver / S.-U. Bari [et al.] // Saudi J. Gastroenterol. – 2011. - Vol. 17, №5. - P. 343– 347.

283. Safety of the Combined Use of Praziquantel and Albendazole in the Treatment of Human Hydatid Disease / L. Alvela-Suárez [et al.] // Am. 154 J. Trop. Med. Hyg. – 2014. – Vol. 7, №90. – P. 819–822.

284. Shams-Ul-Bari, Arif, S.H., Malik, A.A., Khaja, A.R., Dass, T.A., Naikoo, Z.A. Role of albendazole in the management of hydatid cyst liver. Saudi J Gastroenterol 2011; 17 (5): 343—347.

285. Single hydatid cyst of liver managed with laparoscopy – a case study / P. Osemek, A. Chmieliński, K. Paśnik, R. Kidziński // Wideochir. Inne Tech. Maloinwazyjne. – 2011. – Vol. 6, №4. – P. 264–267.

286. Siracusano, A., Teggi, A., Ortona, E. Human Cystic Echinococcosis: Old Problems and New Perspectives // Interdisciplinary Perspectives on Infectious Diseases. 2009. V. 7 pages.].

287. Slaughterhouse survey of cystic echinococcosis in cattle and sheep from the Republic of Moldova / O. Chihai [et al.] // J. Helminthol. - 2016. - Vol. 90, №3. - P. 279-283.

288. Sozuer, E. Open Surgery for Hepatic Hydatid Disease / E. Sozuer, M. Akyuz, S. Akbulut // Int. Surg. - 2014. – Vol. 99, №6. – P. 764–769.

289. Specific serum Jg G, but not Jg A, antibody against purified *Opisthorchis viverrini* antigen associated with hepatobiliary disease and cholangiocarcinoma / P. Pinlaor, P. Pongsamart, N. Hangsrichan et al. // Parasitol. Ins.-2012.-Vol. 61. - P. 212-216.

290. Successful aspiration and ethanol sclerosis of a large, symptomatic, simple liver cyst: Case presentation and review of the literature/ C. Blonski Wojciech [et al.] // World J Gastroenterol. 2006. V. 12, №18. P. 2949-2954.

291. Surgical management of hydatid liver disease / G.K. Georgiou [et al.] // Int. J. Surg. - 2015. - Vol. 20. – P. 118-122.

292. Surgical Resection of Hepatic Cystic Echinococcosis Impaired by Preoperative Diagnosis / T. Yasuda [et al.] // Case Rep. Med. – 2013. – P. 271256.

293. Surgical therapy of cystic echinococcosis of the liver / H. Bektas [et al.] // Zentralbl Chir. 2001. V. 126, N 5. P. 369-373.

294. Tagliacozzo, S. Surgical treatment of hydatid disease of the liver / 155 S.Tagliacozzo, M. Miccini, S.A. Bonapasta [et al.] // American Journal of Surger. -2011.-V. 201, №6.-P. 797-805.

295. Tagliacozzo, S., Miccini M., Amore Bonapasta S., Gregori M., Tocchi A. Surgical treatment of hydatid disease of the liver: 25 years of experience. Am J Surg 2011; 201 (6): 797—804.

296. The Comparison of 2 New Promising Weapons for the Treatment of Hydatid Cyst Disease: PAIR and Laparoscopic Therapy / X. Chen [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Techn. - 2015. - Vol. 25, №4. – P. 358-362.

297. The first meeting of the European Register of Cystic Echinococcosis (ERCE) / P. Rossi [et al.] // Heracles Extended Network. Parasites & Vectors. - 2016. - Vol. 9. - P. 243.

298. The Laparoscopic Approach to Abdominal Hydatid Cysts/ A. Bickel [et al.] // Arch Surg. 2001. V. 136. P. 789-795.

299. The results of surgical treatment for hepatic hydatid disease / S. Sözen, S. Emir, M. Tükenmez, Ö. Topuz // Hippokratia. - 2011. - Vol. 15, №4. - P. 327-329.

300. The Role of Perioperative Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography and Biliary Drainage in Large Liver Hydatid Cysts / A. Krasniqi [et al.] // Sci. World J. - 2014. - P. 301891.

301. The symposium on management of liver hydatid cyst - Current prospective: An addendum / A.K. Pujahari [et al.] // Med. J. Armed Forces India. - 2013. - Vol. 69, №1. - P. 100-100.

302. Treatment of echinococcosis: albendazole and mebendazole - what else? / A. Hemphill [et al.] // Parasite. - 2014. - Vol. 21. - P. 70.

303. Treatment of hepatic hydatid disease complications using endoscopic retrograde cholangiopancreatography procedures/ M. Akaydin [et al.] // Can. J. Surg. 2012. V. 55(4). P. 244-248.

304. Ultrasound examination of the hydatid liver / H.A. Gharbi [et al.] // Radiology. - 1981. - Vol. 139. - P. 459-463.

305. Unusual locations of hydatid disease: a 33 years' experience analysis on 156 233 patients / G.D. Lianos [et al.] // Updat. Surg. Ital. - 2015. - Vol. 67, №3. - P. 279-282. 212. Unusually located primary hydatid cyst / A. Nihat [et al.] // Turk. J. Surg. - 2016. - Vol. 32, №2. - P. 130-133. 213. Walker, J.M. The isolation of high molecular weight eucariotic DNA / J.M.

306. Waghlikar, D. Surgical management of complicated hidatid cyst of the liver / D. Waghlikar, S.S. Sikora, A. Kumar // Trop. Gastroenterol. - 2010. -Vol. 23, №1.-P. 35-37.

307. Walker // Methods in Molecular Biology. - New York; London, 1984. - Vol. 2. - P. 31-34. 214. World review of laparoscopic

treatment of liver cystic echinococcosis – 914 patients / T. Tuxun [et al.] // Int. J. Infect. Dis. - 2014. - Vol. 24. - P. 43–50.

308. Wang, X. Clinical treatment of hepatic and abdominal hydatid cyst by percutaneous puncture, drainage and curettage / X. Wang, Y. Li, S. Feng // Chung. Kuo. Chi. Sheng. Chung. Hsueh. Yu. Chi. Sheng. Chung. Ping. Tsa. Chih. – 1994. – Vol. 12, N 4. – P. 2.

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АлАТ	-	аланинаминотрансфераза
АсАТ	-	аспартатаминотрансфераза
КТ	-	компьютерная томография
МК	-	медицинский клей
ОП	-	остаточная полость
РНГА	-	реакция непрямой гемагглютинации
УЗИ	-	ультразвуковое исследование
ФК	-	фиброзная капсула

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. Анализ эффективности современных методов хирургического лечения эхинококкоза печени у детей	4
ГЛАВА II. Материал и методы исследования	15
2.1. Характеристика клинического материала.....	15
2.2. Характеристика экспериментального материала	18
2.3. Методы исследования.....	20
ГЛАВА III. Экспериментальное обоснование нового оперативного подхода к ликвидации остаточных полостей после эхинококкэктомии печени	21
ГЛАВА IV. Новый подход к хирургическому лечению эхинококкоза печени у детей	33
4.1. Одиночные эхинококковые кисты печени.....	33
4.2. Множественный эхинококкоз печени	43
ГЛАВА V. Отдаленные результаты лечения эхинококкоза печени у детей	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	67

**А.М. ШАМСИЕВ, Н.С. БАЙМУРАДОВ,
Ж.А. ШАМСИЕВ**

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ
У ДЕТЕЙ**

Монография

“TURON NASHRIYOT”



Редактор: *И. Нищоналиева*

Дизайнер: *Д. Уринова*

Сдано в печать 15.03.2022 года. Формат: 60x84 1/16 Офсетная
печать. Гарнитура “Times New Roman”. Усл. П.л. 6,5. Тираж 50
шт. Заказ № 09.

Отпечатано в типографии ООО «Turon Nashriyot», г. Ташкент,
Юнусабадский район ул. Низамий 59.



TURON NASHRIYOT