

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVITY LIVER FORMATIONS

Р.Р.Арашов, Ш.Ш.Ярикулов,

Бухарского государственного медицинского института. Узбекистан

Abstract: The aim of our study was to study a comparative analysis of the results of surgical treatment of liver cavity formations with simple and complex intrahepatic locations. The results of surgical treatment were analyzed in 37 patients with cavity liver formations. Of these, 26 patients of group I were with cavity formations in the I-IV segments of the liver, which does not require great technical difficulty during the operation, associated with its anatomical location. Group II of the study included 11 patients with cavitory liver formations with complex anatomical locations of the liver, in which the lesions were located in the VII and VIII segments of the posterior cut of the diaphragm, which caused great technical difficulties in performing the operation due to the difficulty of access to the lesion.

Key words: cavitory formations of the liver, liver cysts, liver abscess.

Актуальность.

Полостных образования печени (ПОП) является одной из наиболее актуальных проблем современной реконструктивной хирургии [1,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21]. Часто образующиеся в результате хирургического лечения полостных образования печени таят в себе угрозу развития грозных осложнений: кровотечения, формирование гнойных и желчных свищей, нагноение и прорыв инфицированной полости в желчные пути, бронхиальное дерево, в брюшную полость, в поддиафрагмальное и подпеченочное пространства [2,4,6,8,10,12,14,16,18,20]. Остаточные полости являются хроническим очагом инфекции в организме [22,24,26,28,30,32,34,36,38,40].

С внедрением в клиническую практику методов ультразвуковой диагностики и компьютерной томографии своевременная диагностика абсцессов печени существенно упростилась [4]. Большинство авторов считают, что для определения локализации, размеров абсцесса, толщины капсулы, а иногда и функционального состояния ткани печени вокруг очага, достаточно выполнить ультразвуковое исследование [23,25,27,29,31]. Кроме того, применение ультразвуковой диагностики позволяет практически во всех случаях провести дифференциальную диагностику между абсцессом печени и нагноившейся кистой, как паразитарной, так и непаразитарной этиологии [39, 41,43]. ЭРХПГ, МРХПГ показаны в тех случаях, когда предполагаемая причина абсцесса печени обусловлена билиарной гипертензией [42,44]. Лечебная тактика зависит от размеров, локализации абсцесса, наличия единичного или множественного поражения печени, имеющих осложнения [33,35,37]. Существуют три направления в лечении гнойников печени: 1) консервативная терапия; 2) открытые хирургические вмешательства; 3) малоинвазивные

манипуляции под контролем ультразвукового исследования, компьютерной томографии или видеолапароскопии.

На исход хирургический лечения данной категория больных большая значения имеет анатомический расположения очага поражения. При поддиафрагмальная расположения полостных образования печени к VII и VIII сегментах хирургический лечения в отличие их расположения к I-IV сегментах печени имеет ряд технический трудности.

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

Материал и методы

Проведено анализ результатов хирургического лечения у 37 больных с полостными образованиями печени. Из них 26 больные I группы были с полостными образованиями в области I-IV сегментах печени, что не требует большой технический трудности во время операции, связанное с анатомическим его расположениями. У II группы исследования включены 11 больные полостными образованиями печени с сложными анатомическими расположениями печени, которым очаги поражения была расположены к VII и VIII сегментах заднего коската диафрагмы, что вызывал большой технический трудности при выполнении операции из за сложности доступа к очагу поражения.

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

Из всех обследованных больных, 27 (72,9 %) пациента поступили в клинику с гидативный стадии эхинококка печени, 7 (18,9 %) пациента поступили с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени и 3 (8,1 %) пациенты поступили с острым абсцессом печени различной этиологии. (табл. 1)

Таблица 1

Распределение обследованных больных по этиологическому фактору.

№	Виды заболеваний	Количество больных	Группа больных	
			I	II
1.	Киста печени	27 (72,9 %)	20 (76,9 %)	7 (63,6 %)
2.	Остаточная полость печени	7 (18,9 %)	4 (15,3 %)	3 (27,2 %)
3.	Абсцесс печени	3 (8,1 %)	2 (7,6 %)	1 (9,0 %)
	Всего	37	26	11

Всем больным в день поступления в экстренном порядке измеряли температуру тела, частоту дыхания, проводилось объективное исследование печени (пальпация, перкуссия), УЗИ исследование и при необходимости МСКТ или КТ печени и брюшной полостей, начата консервативная общее укрепляющая и симптоматическая терапия. У больных с остаточный полостей и абсцессом печени проводилась эмпирическая антибиотикотерапия с последующей в послеоперационном периоде с учетом чувствительности микрофлоры.

После соответствующее обследовании и предоперационном подготовки выполнялись традиционная хирургических вмешательства в плановым или экстренным отсроченным порядку.

Всем пациентам были выполнены развернутый общий анализ крови, определены биохимические показатели крови, произведен общий анализ мочи, взята кровь на ИФА или ЭДС к сифилису, определены маркеры вирусных гепатитов В и С, антитела к ВИЧ, выполнена ЭКГ. Для установления диагноза эхинококковой кисти печени проводилась серологический проба реакция преципитация и анализ крови на эозинофилах.

При выявлении сопутствующей патологии больные были консультированы соответствующими специалистами, выполнялись профильные обследования.

Микробиологический анализ осуществлялся методом забора выделений из содержимого полостей печени во время операции и в после операционный периоде из выделения дренажной трубки с качественным и количественным оцениванием выделенный инфекции, а также ее восприимчивость к различным антибиотикам.

Результаты и обсуждения

Из 20 больных эхинококкозом печени I группы у 3 (15,0 %) пациентов паразитарная киста локализовались в I сегмента печени, 5 (25,0 %) больным выевлена локализация паразитарной кисты к II сегменте печени, у 5 (25,0 %) наблюдениях отмечались локализация эхинококковой кисти в III сегменте печени, остальной у 7 (35,0 %) больных киста локализовались в IV сегменте печени.

Все эти больные были гидатидозном эхинококкоза печени. Оперативная вмешательства выполнялись верхнесрединном лапаротомом доступом.

Проводя ретроспективный анализ послеоперационных осложнений, в зависимости от выбранного доступа, у пациентов с гидатидозном эхинококкозом печени мы получили следующие данные, которые приведены в Таблице 2.

Таблица №2

Частота осложнений со стороны операционных ран в зависимости от операционного доступа в контрольной группе пациентов

Вид операционного доступа	Число оперативных вмешательств		Нагноение операционной раны		Послеоперационный грыжи		Ятрогенная поврежденная печени		Кровотечения из полостей	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	бс.	
Верхнесрединная, средне-срединная лапаротомия	21	80,7	-	-	-	-	-	-		
Верхнесрединная лапаротомия с расширениями ниже пупка.	5	19,3	1	3,8	-	-	-	-		
Всего:	26	100	1	3,8	-	-	-	-		

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

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

- после установления точного дифференцированного диагноза по результате анамнеза, УЗИ, МСКТ исследования и клиничко-лабораторных данных как предоперационная подготовка проводилась инфузионно, детоксикационного, общей укрепляющего и симптоматическая лечения в течение 1-2 суток.

После соответствующее примедикации этом больным также проводилось верхне-срединная или верхне-срединно-срединная лапаротомия. Как у больным остаточный полости печени, так и больным острым абсцессом печени выполнялись интродоперационная дренирования и санация полости гнойного очага с оставлением дренажа в полость который фиксирован на капсуле печени с кетгутовыми швами последующим конец дренажная трубка выведена через контурапертуру в наружу и фиксировано на кожу шелковыми швами.

Следует отметить средней продолжительности, выполненных операции у контрольной I группы, составила 70+8,5 мин. Как было выше отмечена из 26 оперированных больных у 1 (1,16%) больного отмечались послеоперационная нагноения раны, которого после проведенной соответствующего лечения рана

зажила вторичном натяжением. У этих больных интраоперационный осложнения и послеоперационной грыжи не наблюдались.

Таким образом, проведенные нами исследования I контрольной группы показали, что у больных полостными образованиями печени с несложными анатомическими расположениями при применения традиционной метод лечения с использованием операции верхно-срединном доступом не составляет большой технической трудности и большинство случаев благополучным исходом.

Всем больным II группы оперативная вмешательства выполнялись верхнесрединном лапаротомном доступом. Из-за технических трудности доступа к очагу поражения всем больным вынуждены расширили лапаротомный раны к ниже пупку до 10 см.

При хирургические лечения больных с полостными образованиями печени при сложных поддиафрагмальных расположениях нагноение операционной раны наблюдались 27,2 %, послеоперационная грыжи 18,1 %, ятрогенная повреждения печени 18,1 %, кровотечения из полости печени в ранним послеоперационным периоде 9 % пациентам наблюдались.

При этом средней длительность операции продолжались 150+9,4 мин.

Из этих осложнений у I группы больных которых были полостная образования I, II, III, IV сегментах печени без сложными анатомическими расположениями (основном подкапсулярная, поверхностная расположения) нагноения раны наблюдались лишь 3,8 % больных. Послеоперационная осложнения таких как послеоперационная грыжи, ятрогенная повреждения печени, кровотечения из полости у I группы больных не наблюдались. В отличии их у больных II группы с сложными анатомическими расположениями полостных образованиями печени, нагноение операционной раны наблюдались 18,1 %, послеоперационный грыжи 9,0 %, ятрогенная повреждения печени 9,0 %, у 9,0 % пациентам наблюдались кровотечения из полости печени в ранним послеоперационным периоде. Если средней длительности операции I группы составило в среднем 70+8,5 мин., у больных II контрольной группы длительность операции продолжались 150+9,4 мин.

Таким образом нами проведенная анализ результатов исследования больных II группы выявили что хирургическая лечения больных сложными расположениями полостных образованиями печени имеет свои особенности который выражается в главном образе в технической трудности выполнения хирургической операции. Что свои очередь отрицательно влияет к длительности и исход хирургического лечения, которая выражается к увеличения время длительности операции до 150+9,4 мин, ятрогенная повреждения печени до 9,0 %, развития послеоперационная осложнения в виде нагноения послеоперационных ран до 9,0%, появления послеоперационный вентральный грыжи до 9,0%, ранняя послеоперационная кровотечения из полостей печени 9,0%.

Выводы:

1. Выполнения хирургической операции традиционным методом, больных сложными анатомическими расположениями полостными образованиями печени в VII и VIII сегментах имеет свои технический трудности что свои очередь влияет к длительности операции и способствует развитие послеоперационная осложнения таких как нагноения раны и послеоперационный грыжи передней брюшной стенки, ятрогенный разрыв печени.

2. Хирургические лечения полостных образования печени при сложных анатомических расположения печени в области заднего каската диафрагмы VII VIII сегментах требует новых более эффективных малотравматичных хирургический тактики.

Литература

1. Bellyn J.M., Lypez P.P., Simyn-Allue R. New suture materials for midline laparotomy closure: an experimental study // BMC Surgery. – 2014. – Vol. 14. – P. 70-78.
2. Mukhkhayohon Tukhtasinovna Khamdamova, Munira Murotovna Baratova .Modern concepts on the etiopatogenesis of background and precancer diseases of the cervix. ScienceAsia 48 (2022): 31-38 doi: 10.2306/ scienceasia1488-1295.2022.SE009
3. Khamdamova M. T. The state of local immunity in background diseases of the cervix // Eurasian journal of medical and natural sciences Innovative Academy Research Support Center. Volume 3 Issue 1, January 2023 ISSN 2181-287X -P.171-175.
4. Khamdamova M. T., Mansurova D.O Genital endometriosis: choice of therapy // Eurasian journal of medical and natural sciences Innovative Academy Research Support Center. Volume 3 Issue 1, January 2023 ISSN 2181-287X P.182-187.
5. Khamdamova M. T., Norova K.M. Ovarian endometriosis: new aspects of treatment // International Journal of Medical Sciences And Clinical Research (ISSN – 2771-2265) volume 03 ISSUE 01 -P.07-13.6. Khamdamova M. T. Echographic features of the range of variability in the size of the uterus and ovaries in women of menopausal age using oral and injectable forms of contraception //American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2020. - N10 (8). - P.580-583.
6. Khamdamova M. T. Echographic features variability in the size and shape of the uterus and ovaries in women of the second period of adulthood using various contraceptives //Asian Journal of Multidimensional Research - 2020. – N9 (5). - P.259-263.

7. Khamdamova M. T., Rabiev S. N. Anatomical and clinical correlations of fetal development assessment in women with different body types and height // ScienceAsia 48 (2022): 23-29 doi: 10.2306/scienceasia1488-1295.2022.SE008.
8. Khamdamova M. T. Somatometric characteristics of women of the first and second period of adulthood using different contraceptives with different body types // The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research - 2020. – N8 (2). - P.69-76.
9. Khamdamova M.T., Barotova M.M. Modern concepts about diseases of the cervix // Biology and Integrative Medicine . ISSN 2181-8827 2022. №1 январь– феврал (54). С.70-77.
10. Khamdamova M. T. Age and individual variability of the shape and size of the uterus according to morphological and ultrasound studies // Problems of biology and medicine. 2020, №1 (116). - P.283-286.
11. Khamdamova M. T. Age echographic characteristics of the uterus and ovaries in women of the first and second period of middle age // Biology and integrative medicine. ISSN 2181-8827 2020. №2 - March-April (42). - P.75-86.
12. Khamdamova M. T. Anthropometric characteristics of the physical status of women in the first and second period of middle age // New day in medicine. 2020. - № 1 (29). - P.98-100.
13. Khamdamova M. T. Age echographic characteristics of the uterus and ovaries in women of the first and second period of middle age // Biology and integrative medicine . – Bukhara. 2020. №2 (42) - P.75-86.
14. Khamdamov I.B. Evaluation of the efficiency of an improved approach in the treatment of anterior abdominal wall hernias in women of fertile age // American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2022.- № 12(5). - P. 584-588.
16. Khamdamov I.B., Khamdamov A.B. Classification and properties of mesh explants for hernioplasty of hernial defects of the anterior abdominal wall (review) // Biology and integrative medicine. ISSN 2181-8827 2021. №5 – март-апрель (52). С.12-22.
15. Khamdamov I.B., Khamdamov A.B. Endovideosurgical hernioplasty in women of fertile age // New day in medicine. 2021. №6 (38/1). P.25-27.
16. Хамдамова М.Т. Ультразвуковые особенности трехмерной эхографии в оценке состояния эндометрия и полости матки у женщин первого периода среднего возраста применяющие внутриматочные контрацептивные средства // Биология ва тиббиёт муаммолари. - Самарканд, 2020. - №2 (118). - С.127-131.
17. Khamdamova M. T. Ultrasound assessment of changes in the endometrium of the uterus in women of the first and second period of middle age when using intrauterine and oral contraceptives // Биомедицина ва амалиёт журнали. – Ташкент, 2020. - №2. - 8 часть. - С.79-85.

18. Khamdamova M. T., Barotova M.M. Clinical aspects of the use of laser photodynamic therapy in cervical pathology // American Journal of Medicine and Medical Sciences 2021, 11(4): 353-355 DOI: 10.5923/j.ajmms.20211104.19
19. Хамдамова М.Т. Индивидуальная изменчивость матки и яичников у женщин применяющие и не использующие различные виды контрацептивные средства // New day in medicine. - 2020. - № 3 (31). - С. 519-526. (14. 00.02; №22).
20. Khamdamova M. T.,Urinova Sh.A. Innovative method of teaching students of the department of gynecology // New day in medicine. 2022 №2(40), march, april , P.432-435.
21. М. Т. Khamdamova, S.N. Rabiev. Somatometric characteristics of pregnant women with different body types. Europe's Journal of Psychology 2021, Vol. 17(3), 215-220 <https://doi.org/10.5998/ejop.5473>
22. М.Т. Khamdamova, S.N. Rabiev. Anatomical and clinical correlations of fetal development assessment in women with different body types and height. ScienceAsia 48 (2022): 23-29 doi: 10.2306/scienceasia1488-1295.2022.SE008
23. Хамдамов И.Б. Клиническая оценка эффективности традиционного подхода лечения грыж передней брюшной стенки у женщин фертильного возраста // Вестник врача. –Самарканд 2022. № 2.2 (104).- С.65-70.
24. Khamdamov I.B., Khamdamov A.B. Differentiated approach to the choice of hernioplasty method in women of fertile age (Clinical and experimental study) // Тиббиётда янги кун. – Бухоро, 2021.-№ 6 (38/1).-С. 112-114.
25. Хамдамов И.Б. Experimental determination of the extensibility of the anterior abdominal wall tissues at different times of pregnancy using various approaches to hernioplasty// Academicia: An International Multidisciplinary Research Journal Vol. 12, Issue 04, April 2022 SJIF 2022 = 8.252 P.193-201 (Scopus).
26. Хамдамов И.Б. Совершенствование тактических подходов в лечении грыж передней брюшной стенки у женщин фертильного возраста // Тиббиётда янги кун. Бухоро, 2022.-№10(48)- С. 338-342.
27. Хамдамов И.Б. Морфофункциональные особенности брюшного пресса у женщин репродуктивного возраста // Тиббиётда янги кун. Бухоро, 2022.-№3(41)- С. 223-227.
28. Khamdamov I.B., Khamdamov A.B. Classification and properties of mesh explants for hernioplasty of hernial defects of the anterior abdominal wall (review) // Биология и интегративная медицина. 2021. №5 (52) С.12-22.
29. Khamdamov I.B., Khamdamov A.B. A differentiated approach to the choice of diagnostics and prevention of complications of prosthetic plasty in

- women of fertile age // Биология и интегративная медицина. 2022. №1 – Январь-февраль (54) -С.15-30.
30. Khamdamov I.B. Results of morphological studies (Experimental studies) // “Oriental renaissance: innovative, educational, natural and social sciences (oriens)” volume 2 | 2022 P.513-516.
31. Хамдамов И.Б. Экспериментальные модели в хирургии грыж // models and methods for increasing the efficiency of innovative research: a collection scientific works of the International scientific conference (11 April, 2022) - Berlin:2022. ISSUE 10 – 226 p 220-226.
32. Хамдамов И.Б. Экспериментальное определение растяжимости тканей передней брюшной стенки в разные сроки беременности при использовании различных подходов к герниопластике // Биология и интегративная медицина. 2022. №3 – май -июн (56) -С.103-121.
33. Хамдамов Б.З., Аскарлов Т.А., Хамдамов И.Б., Тешаев У.Ш. Диабетик товон синдромининг оғир шаклларида бажариладиган ампутация усулини танлаш. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Ташкент, 2014, № 3. –С. 100-101.
34. Khamdamov V. Z. Comparative evaluation of methods of amputation related to tidiotarus with severe forms of diadetic foot syndrome // European Science Review. – Austria, Vienna, 2014. – Septemba-October №9-10. P-58-60.
35. Хамдамов Б.З., Тешаев О.Р., Мардонов Ж.Н. Пути профилактики послеоперационных осложнений при лечении синдрома диабетической стопы // Журнал Теоретической и клинической медицины. - Ташкент, 2015, № 2. – С. 48-50.
36. Хамдамов Б.З. Оптимизация методов местного лечения гнойно-некротических поражений стопы при сахарном диабете // Тиббиётда янги кун. Ташкент, 2018, № 4 (24). – С. 112–115.
37. Khamdamov V.Z., Islomov A.A., Jabborova N.J., Khamdamov I.B., Khamdamov A.B. Metod of prevention of postoperative complications of surgical treatment of diabetic foot syndrome. European Science Review. – Austria, Vienna, 2018. – №9-10. № 9-10. – P. 194-196.
38. Хамдамов Б.З., Мирходжаев И.А., Норов Ф.Х., Хамдамов А.Б. Место лазерной фотодинамической терапии в профилактике послеоперационных осложнений синдрома диабетической стопы // Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2019, №1 (107). – С. 112-114.
39. Хамдамов Б.З. Диабетик товон синдромида бажариладиган юқори ампутациялардан сўнг беморларнинг ҳаёт кечириш сифатидаги ўзгаришлар тахлили // Биология ва тиббиёт муаммолари. Самарканд, 2019, №1 (107). – С. 115-117.
40. Khamdamov V.Z., N.A.Nuraliev. Pathogenetic approach in complex treatment of diabetic foot syndrome with critical lower limb ischemia.

//American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2020 10 (1) 17-24
DOI: 10.5923/j.20201001.05

41. Хамдамов Б.З. Комплексное лечение синдрома диабетической стопы с критической ишемией нижних конечностей. //Журнал биомедицины и практики. Ташкент 2020, №1. 5 часть. –С.801-814.
42. Хамдамов Б.З. Метод лазерной фотодинамической терапии в лечении раневой инфекции при синдроме диабетической стопы. //Биология ва тиббиёт муаммолари 2020.-№1 (116). – С.142-148.
43. Хамдамов Б.З., Нуралиев Н.А., Тешаев Ш.Ж., Газиёв К.У., Хамдамов И.Б. Экспериментальная разработка методов лечения раневой инфекции. //Биология ва тиббиёт муаммолари 2020.-№1 (116). –С.194-199.
44. Хамдамов Б.З. Способ коррекции критической ишемии нижних конечностей при лечении гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы. Журнал биомедицины и практики. Ташкент 2020, № 2. 8 часть. – С.968-977.
- 45.3. Yo N. K. DIAGNOSTICS OF MATHEMATICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN //European Journal of Research and Reflection in Educational Sciences Vol. – 2020. – Т. 8. – №. 1.