

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЦЕНТР
ХИРУРГИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА В.ВАХИДОВА**

На правах рукописи

УДК: 616.36-002.9-089:616.381-072.1

САЙДАЗИМОВ Ерлан Мирзагелдиевич

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЗИТАРНЫХ И
НЕПАРАЗИТАРНЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
ЭНДОВИЗУАЛЬНОЙ ТЕХНИКИ**

14.00.27– Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Ташкент – 2012

Работа выполнена в Республиканском специализированном центре
хирургии имени академика В.Вахидова

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
НАЗЫРОВ Феруз Гафурович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
ДЖУМАБАЕВ Эркин Саткулович

доктор медицинских наук, профессор
АРИПОВА Назира Уктамовна

Ведущая организация: Национальный научный центр хирургии
им. А.Н. Сызганова, г. Алматы

Защита состоится « ____ » _____ 2012 года в ____ часов
на заседании Объединенного специализированного совета Д. 087.51.01
при Республиканском специализированном центре хирургии имени
академика В.Вахидова по адресу: 100115, г.Ташкент, ул.Фархадская, 10.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Республиканского
специализированного центра хирургии им. академика В.Вахидова.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2012г.

**Ученый секретарь Объединенного
специализированного совета
доктор медицинских наук**

**НИЗАМХОДЖАЕВ
Зайниддин Махаматович**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. Повсеместное внедрение в клиническую практику современных неинвазивных лучевых методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ) позволило значительно увеличить частоту выявления очаговых заболеваний печени (ОЗП), и прежде всего кистозных новообразований, частота которых по современным данным составляет 5% (Авакян В.А. и соавт., 1999; Ахаладзе Г.Г. с соавт., 1999; Матевосян В.Р. и соавт., 2002; Пышкин С.А. с соавт., 2003; Штофин С.Г. и соавт., 2001; Парфенова А.А., 2009; Emmermann A. et al., 1997; Loie C.S. et al., 1999; Vogl S. et al., 2010).

По данным аутопсий частота выявления непаразитарных кист печени (НКП) составляет от 0,1 до 1,8 % (Шалимов А.А. и соавт., 1995). Частое бессимптомное течение НКП не позволяет заподозрить эту патологию, однако длительное существование данной патологии чревато развитием различных серьезных осложнений (Петров В.П., 1991; Шапошников А.В. и соавт., 1997; Эктов В.Н. и соавт., 2004; Lange V. et al., 2002; Cala Z. et al., 1995; Gaspari A. et al., 2005).

Для большинства стран азиатского региона эхинококкоз является краевой патологией, в том числе и для Узбекистана, который является одним из эндемических очагов эхинококковой болезни, где уровень заболеваемости составляет до 10 человек на 100 000 населения и не имеет тенденции к снижению (Назыров Ф.Г., 2005).

До настоящего времени с целью улучшения результатов лечения эхинококкоза печени (ЭП) стремление хирургов сводилось к поиску новых модификаций методов операций, что привело к разработке десятков новых видов операций и их модификаций (Алиев М.А. с соавт., 1999; Сейсембаев с соавт., 1999; Емельянов С.И. с соавт., 2000; Каримов Ш.И. с соавт., 2008; Alper A. et al., 1995; Bickel A. et al., 1995; Khory G. et al., 1996; Massoud W.Z., 1996; Saglam A., 1996; Yucel O. et al., 1997; Wang Chen et al., 2008). Несмотря на внедрение новых способов оперативного лечения ЭП, многие вопросы остаются нерешенными и спорными (Khoury G. et al., 2003). Следовательно, разработка и внедрение в хирургическую практику более эффективных методов лечения ЭП определяет актуальность данной проблемы, ее большое медико-социальное значение (Назыров Ф.Г. и соавт., 1999; Алиханов Р.Б. и соавт., 2007; Khoury G. et al., 2000).

Степень изученности проблемы. Развитие лапароскопической хирургии позволило по новому взглянуть на проблему хирургического лечения кист печени. Особенностью современного развития хирургии ЭП является стремление использовать миниинвазивные способы вмешательства, к числу которых относится лапароскопическая эхинококкэктомия (ЛЭЭ). Однако в лапароскопической хирургии ЭП остается ряд нерешенных вопросов. Нет четких показаний и противопоказаний к этим вмешательствам. Требуются дальнейший поиск и разработка эффективных способов лапароскопической

пункции, антипаразитарной обработки и ликвидации остаточных полостей (ОП) печени.

По данным мировой литературы нет комплексных, обобщающих исследований, позволяющих дать оценку в вопросах показаний и противопоказаний к эндовизуальному вмешательству при кистах печени. Нет четких разработок техники выполнения лапароскопических операций, этапов ее проведения, а также мер профилактики рецидивов эхинококкоза. Не проанализированы в должной мере технические ошибки и осложнения, возникающие как в ходе выполнения оперативного вмешательства, так и в послеоперационном периоде, не разработаны меры их профилактики. Не изучены отдаленные результаты хирургического лечения кист с использованием эндовизуальной техники.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Работа выполнена в рамках Государственной научно-технической программы «Разработка и внедрение эндовизуальной технологии в хирургию паразитарных и непаразитарных кист печени» (грант И-2008).

Цель исследования: Улучшение результатов хирургического лечения больных с паразитарными и непаразитарными кистами печени на основе применения эндовизуальной техники.

Задачи исследования:

1. Изучить возможности применения лапароскопической техники в хирургическом лечении кист печени. Определить показания и противопоказания к применению данного метода.
2. Оптимизировать технику выполнения лапароскопической кистэктомии, определить их преимущества и недостатки.
3. Изучить наиболее рациональный и эффективный способ хирургической обработки остаточных полостей печени.
4. Провести сравнительный многофакторный анализ непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения кист печени, проведенных малоинвазивными и традиционным методом.

Объект и предмет исследования. Проанализированы результаты лечения за период 1996-2010 гг. 251 больного паразитарными и непаразитарными кистами печени.

Методы исследования: рентгенография, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, лапароскопия, статистические методы.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Сравнительная оценка различных способов кистэктомий при паразитарных и непаразитарных кистах печени показывает преимущество выполнения данной операции с использованием эндовизуальной техники.
2. Лапароскопическая кистэктомия при паразитарных кистах печени является альтернативой традиционным методам хирургического лечения, а показания и противопоказания к ней строго определены.

3. Лапароскопическая кистэктомия при непаразитарных кистах печени является методом выбора, так как обладает преимуществами.

Научная новизна. Разработан комплекс лечебно-диагностических мероприятий и определено место эндовизуальной технологии в хирургии кист печени различной этиологии. На основании этого предложена наиболее рациональная тактика в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Предложена оригинальная полипозиционная схема зонального деления печени для оценки вероятности выполнения ЛКЭ.

По результатам изучения ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с кистами печени определено значение и дана сравнительная оценка клинической эффективности эндовизуальных методов операций у данной категории больных.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Разработаны показания и противопоказания к выполнению лапароскопических операций при паразитарных и непаразитарных кистах печени в зависимости от размеров, локализации, количества, осложнений, что позволило дифференцировано подойти к отбору пациентов, для которых наиболее эффективным методом лечения является лапароскопическая кистэктомия.

Разработанные технические приемы при проведении лапароскопических кистэктомий позволяют облегчить выполнение операции и максимально предупредить интра- и послеоперационные осложнения.

Внедрение в клиническую практику лапароскопических методов лечения расширило арсенал хирургических методов лечения больных с кистами печени.

Реализация результатов. Разработанные схемы диагностики и лечения больных с паразитарными и непаразитарными кистами печени активно используются в клинической практике отделений хирургии печени и желчных путей, хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны РСЦХ имени академика В.Вахидова.

Апробация работы. Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на: Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 1999: Эндовизуальная диагностика и лечение заболеваний системы органов дыхания и пищеварения» (Ташкент, 1999); IV - Республиканской научной конференции: «Узбекистон мустақиллиги - унинг фани ва технологияларини ривожлантириш кафолати» (Ташкент, 1999 г); I - Республиканской школе-семинаре: «Эндоскопические технологии в хирургии и гинекологии» (Ташкент, 2000); Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения - 2001: Актуальные проблемы эхинококковой болезни человека» (Джизак, 2001); Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные проблемы паразитологии и инфекционной патологии» (Ташкент, 2007); XIV - Международный Конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» (Санкт-Петербург, 2007); межотде-

ленческой конференции РСЦХ им. академика В.Вахидова (Ташкент, 2009); заседании Республиканского научного общества хирургов Узбекистана (Ташкент, 2010); заседании Семинарского совета РСЦХ им. акад. В.Вахидова (Ташкент, 2011).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 22 научных работ, в том числе 7 журнальных статей, 14 тезисов докладов, 1 методические рекомендации.

Объем и структура диссертации. Материал диссертации изложен на 137 страницах компьютерного текста, проиллюстрирован 16 рисунками, 16 таблицами и 1 схемой. В список литературы включены 232 источников, из них 92 - англоязычных. Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, двух глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Введение. Обоснована актуальность темы, цель и задачи исследования, научная новизна и научно-практическая значимость, сформулированы положения, выносимые на защиту, указаны направления практического внедрения полученных результатов исследования.

Глава 1. Подробный анализ литературы последних лет показал, что большое количество публикаций, периодические съезды и симпозиумы, посвященные проблеме ОЗП указывает на не угасающую ее актуальность.

Развитие хирургии в настоящее время характеризуется широким распространением эндовизуальной техники оперативных вмешательств. Это в той или иной мере касается и хирургии ЭП. Высокая частота осложнений после традиционной операции по поводу НКП и ЭП, возможность эффективного малотравматичного лечения явились предпосылками для развития эндовизуальной хирургии при данных заболеваниях печени. Дальнейшее совершенствование и широкое распространение методики невозможно без изучения показаний и противопоказаний к операции, которые часто противоречивы. Кроме того, недостаточно разработана методика и не описаны технические аспекты выполнения лапароскопических вмешательств, отсутствует анализ ближайших и отдаленных результатов, подтверждающий эффективность лечения. А разработка и внедрение адаптированного варианта оптимальной лечебно-диагностической тактики с широким вовлечением в диагностический и лечебный процесс малоинвазивных технологий позволит улучшить результаты лечения у данного контингента больных.

Все перечисленные выше нерешенные вопросы определили актуальность цели и задач нашего исследования.

Глава 2. В основу работы положены результаты комплексного обследования и хирургического лечения 251 больного паразитарными и непаразитарными кистами печени, которые находились на стационарном лечении в отделении хирургии печени и желчных путей РСЦХ им. академика

В.Вахидова за период с 1996 по 2010 гг. Среди обследованных больных мужчин было 104 (41,4%), женщин 147 (58,6%). Возраст колебался от 4 до 69 лет, а основную возрастную группу составили лица в возрасте от 20 до 44 лет (51,8%).

Эндохирургическая технология применена у 56 больного, в том числе по поводу ЭП у 41, солитарных, целомических кист печени – у 7, множественных НКП -4, поликистоза печени у 4 больных. Для решения поставленных задач все 56 больных, перенесших лапароскопические операции объединены в основную исследуемую группу. Вторую группу составили 195 больных, перенесшие традиционные способы хирургического лечения за тот же период времени. Для получения однородных групп в контрольную группу включались больные, которые потенциально могли быть оперированы малоинвазивным способом. Клиническая симптоматика заболевания у 89% пациентов характеризовались болевым синдромом, чувством тяжести в правом подреберье и эпигастральной области, общей слабостью.

В правой доле печени кисты локализовались у 196 больных, в левой - у 43, в обеих долях - у 7, в междолевой зоне - у 5 больных. У 139 больных кисты были солитарными, у 12 - множественными. Сочетанный ЭП и легких выявлен у 10 больных. В основной группе солитарные непаразитарные кисты были у 7 больных и множественные у 8. ЭК в основной группе больных чаще располагались в правой доле печени у 28 больных, реже в левой доле – 12 случаях и в междолевой зоне у 1 пациента.

В комплексном обследовании больных, наряду с общеклиническими методами, использовались ультрасонография (УЗИ), компьютерная томография (КТ), интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ).

Описание топографической локализации кист протоколировалось по общепринятой схеме с использованием классификации сегментарного строения печени по Couinaud (1957).

Глава 3. За период с 1996 по 2010 гг. в контрольную группу вошли 15 больных с непаразитарными кистами печени (НКП), оперированных традиционными способами. Операции по поводу солитарной кисты в левой доле печени выполнены 2 больным, в правой доле печени - 10, в обеих долях кисты обнаружены у 1 и диагностирован поликистоз печени у 2 больных. Диаметр кист колебался от 0,5 до 18 см. При этом кисты менее 10 см в диаметре были у 12 больных, более 10 см у 4 больных. Из всех оперативных вмешательств, произведенных лапаротомным способом, наиболее часто применяли кистэктомия из печени (13 больных). Из их числа 3 больным произведено максимальное иссечение стенок кисты с абдоминализацией остаточной полости, у двух остаточная полость тампонируется прядью большого сальника и у 8 больных удалось полностью ушить остаточную полость. Фенестрация кист, выступающих над поверхностью печени выполнена у 2 больных. Показанием к фенестрации кист печени явилось поверхностное расположение множественных непаразитарных кист печени диаметром до 5 см. При оценке

содержимого кист во всех наших клинических наблюдениях имелась прозрачная, бесцветная жидкость, без примеси желчи. При цитологическом исследовании содержимого кист были выявлены единичные нейтрофилы и макрофаги. Объем эвакуированного содержимого удаленных кист колебался от 10 до 800 мл. В среднем 250 ± 120 мл. Средняя продолжительность операций составила 67 ± 8 минут.

Таким образом, показанием к оперативному вмешательству 11 больных был выставленный предварительный ошибочный диагноз - эхинококкоз печени, что, несомненно, требовало хирургического лечения. Данное обстоятельство является еще одним доводом в пользу широкого использования диагностических лапароскопий.

После выявления кисты и принятия решения о ее эндовидеохирургическом удалении вводили дополнительные троакары и инструменты.

Изучив эндоскопические признаки НКП, выявили, что наиболее информативными, с высокими показателями чувствительности явились: голубой цвет капсулы кисты - 83,3%, гладкая поверхность - 100%, эластичная консистенция - 100% и смещение при инструментальной пальпации - 87,5%.

Оперативные вмешательства с использованием эндовидеохирургического метода при НКП выполнены в нашей клинике у 15 больных. Истинные ретенционные кисты печени выявлены у 10 больных, в одном случае киста круглой связки печени и у 4 больных поликистоз печени. Операции по поводу солитарных кист в правой доле печени выполнены у 4 больных, в левой доле печени у 2, множественных кист правой доли печени у 4 больных. Диаметр кист колебался от 0,5 до 16 см.

В остаточную полость у 3 больных, кисты которых располагались интрапаренхиматозно, вводили прядь большого сальника и дренажную трубку с фиксированием их к стенке кисты при помощи клипс или нескольких эндозулов. Максимальную перикистэктомию, абдоминализацию ОП с подведением к ней дренажной трубки выполнили у 7 больных.

Таким образом, оперативное лечение идиопатических кист печени с использованием эндовизуальной техники позволяет осуществить адекватный объем вмешательства в гораздо менее травматичных условиях, чем при выполнении традиционной лапаротомии. Мы разделяем мнение большинства авторов о том, что ЛКЭ является методом выбора при условии строгих соблюдений показаний и противопоказаний к применению данного вида вмешательства.

Показаниями к ЛКЭ считаем:

- непаразитарные солитарные и множественные кисты печени, в том числе поликистоз печени;
- локализация кист по передней поверхности печени, размеры кист от 5 см и более, менее 5 см при наличии клинических проявлений, а также расценивая как операционную находку при выполнении других видов вмешательств (лапароскопическая холецистэктомия и др.).

В остальных случаях показан регулярный динамический контроль, при быстром росте - оперативное вмешательство.

Традиционная ЭЭ из печени в контрольной группе выполнена у 180 больных. Наиболее важным этапом завершения ЭЭ является выбор способа ликвидации ОП (табл. 1).

Таблица 1.

Виды ликвидации ОП при традиционной ЭЭ

Виды операций	Кол-во б-ных	%
Дренирование ОП	39	21,6
Перикистэктомия, ушивание ОП	88	48,8
Ушивание ОП на дренаже	37	20,5
Тампонада сальником	10	5,5
«Идеальная» ЭЭ	2	1,1
Абдоминализация ОП	4	2,2
Всего	180	100

Продолжительность операции в среднем составила 75 ± 30 мин.

ЛЭЭ проводилась по следующей методике, разделенная на несколько этапов:

1. Диагностический этап с ревизией БП и визуализацией ЭК;
2. Отграничение зоны оперативного вмешательства марлевыми салфетками, смоченными антипаразитарными растворами;
3. Пункция ЭК с эвакуацией содержимого;
4. Антипаразитарная обработка ЭК;
5. Вскрытие фиброзной капсулы с удалением хитиновой оболочки;
6. Антипаразитарная обработка ОП;
7. Эндовидеоскопия ОП;
8. Ушивание, биотампонада сальником, абдоминализация, дренирование ОП в зависимости от показаний.

Как показал проведенный анализ, наиболее разнообразен и широк спектр выполненных ЛЭЭ при локализации кист в II-III, V, VI сегментах печени (табл. 2)..

Таблица 2.

Виды ликвидации ОП при ЛЭЭ в зависимости от локализации по сегментам печени

Виды операций	Сегменты печени				
	II-III	IV	V	VI	VII
Перикистэктомия, ушивание ОП	1	1	2	2	-
Перикистэктомия, ушивание ОП на дренаже	-	-	-	2	-
Перикистэктомия, тампонада ОП сальником	2	-	4	2	-
Перикистэктомия, абдоминализация ОП	5	-	3	5	-
Дренирование ОП	-	-	-	-	8
Перикистэктомия, абдоминализация ОП + ХЭК	-	-	-	4	-

Что касается VII сегмента печени, который относится к труднодоступной зоне выбор остается только за дренированием ОП.

Объем содержимого удаленных ЭК колебался от 50 до 300 мл. Лапароскопические вмешательства занимали меньше времени, чем традиционные вмешательства, средняя продолжительность операции у больных основной группы составило 90 ± 4 мин (от 30 до 115 мин). Это объясняется возможностью минимального рассечения тканей и сокращение времени, затрачиваемого на проведение гемостаза и ушивания послеоперационной раны.

ЛЭЭ по различным причинам не удалось выполнить у 3 больных. В 2 случаях конверсия осуществлена сразу же после выполнения диагностического этапа, при котором эхинококковые кисты обнаружены в VII-VIII сегментах правой доли печени. У 1 больной выявлено интрапаренхиматозное расположение эхинококковой кисты в VI сегменте правой доли печени. Учитывая трудности ликвидации ОП и опасность обсеменения брюшной полости мы перешли на традиционный способ выполнения ЭЭ.

При ретроспективном анализе интраоперационных данных локализации кист был установлен следующий порядок согласно сегментарному строению печени по Couinaud (1957) (табл. 3).

Таблица 3.

Распределение больных по локализации кист и типу выполненной кистэктомии при паразитарном и непаразитарном поражении печени

Сегмент печени	НПКП				ЭКП			
	1 группа		2 группа		1 группа		2 группа	
	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%	кол-во	%
II сегмент	1	6,7%	3	20,0%		0,0%	21	11,7%
III сегмент	3	20,0%	2	13,3%	4	9,8%	20	11,1%
IV сегмент	3	20,0%	1	6,7%	5	12,2%	10	5,6%
V сегмент	3	20,0%	2	13,3%	11	26,8%	30	16,7%
VI сегмент	3	20,0%	1	6,7%	19	46,3%	32	17,8%
VII сегмент	2	13,3%	4	26,7%	1	2,4%	30	16,7%
VIII сегмент	0	0,0%	2	13,3%	1	2,4%	37	20,6%
Всего	15	50,0%	15	50,0%	41	18,6%	180	81,4%

Как видно из таблицы в наших наблюдениях в 2 группах больных с НПКП наиболее частая локализация отмечена практически во всех сегментах за исключением I-II сегментов. В 1 группе больных с ЭП превалировала локализация кист в правой доле с наибольшей локализацией в V (26,8%) и VI (46,3%). Во 2 группе больных с ЭКП (n=180) отмечено преобладание локализации кист в правой доле с наибольшей локализацией в VIII сегменте (20,6%).

В связи с этим, нами предложена схема зонального деления печени с учетом ее сегментарного строения по Couinaud (1957), позволяющая эффек-

тивно планировать вид операции, прогнозировать технические трудности, визуализацию ОП и способы её ликвидации.

По предлагаемой схеме зонального деления печени выделены три зоны (рис. 1):

1. Зона «А» - охватывает большую часть III, IV, V, VI сегментов печени, включая нижнюю и латеральную поверхности;

2. Зона «В» - охватывает часть II, III, IV, V, VI, VII, VIII сегментов печени, включая только нижнюю поверхность левой доли печени;

3. Зона «С» - занимает I и часть II, VII, VIII сегментов печени, включая заднюю и заднедиафрагмальную поверхность и задний скат правой доли печени.

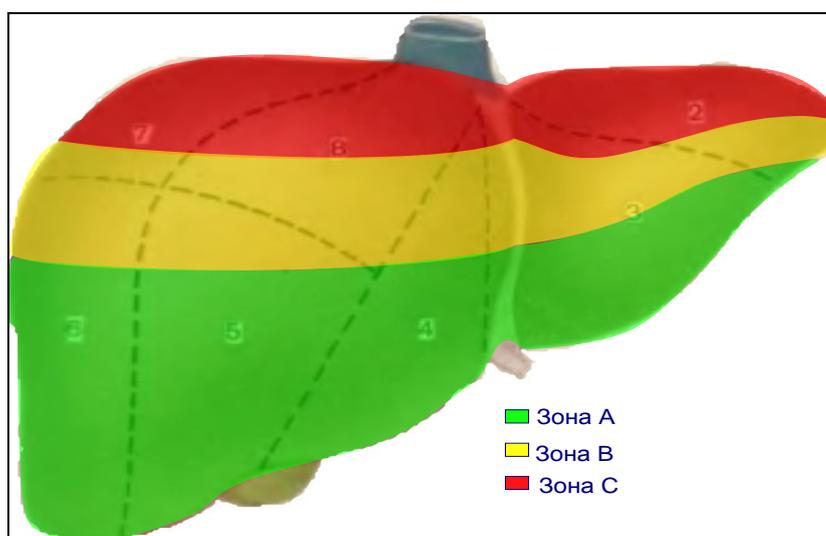


Рис. 1. Предложенная схема зонального деления печени при ЛКЭ

Учитывалась локализация, размеры и количество ЭК, а так же визуализация и возможность ликвидации ОП.

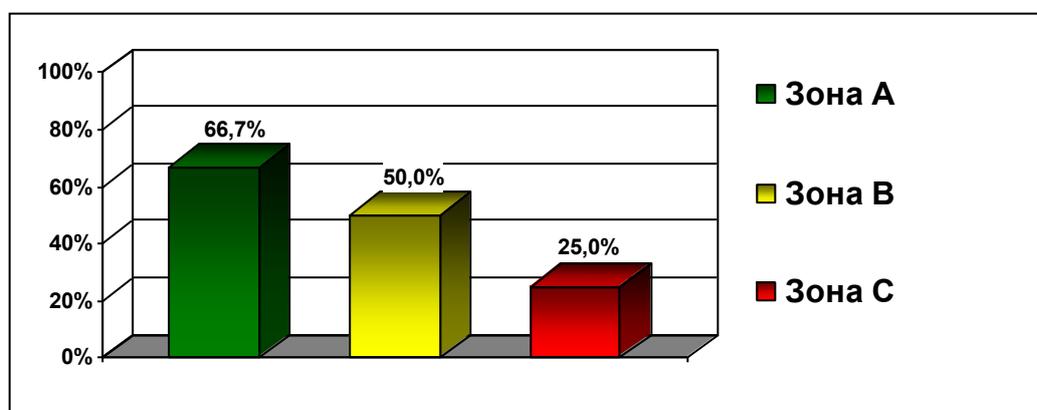


Рис. 2. Вероятность выполнения лапароскопической кистэктомии при НКП

На основании проведенного ретроспективного анализа эндовизуальных вмешательств согласно зональному делению печени было выявлено, что вероятность выполнения лапароскопической кистэктомии при НКП в зоне «А» составляет 66,7%, в зоне «В» 50% и зоне «С» 25% (рис. 2).

Как видно из рисунка, хотя локализация кист в зоне «С» исходно считается «неблагоприятной» для выполнения лапароскопического вмешательства, однако в отличие от эхинококкового поражения при непаразитарных кистах кроме визуализации заинтересованной области имелась возможность манипуляций на кисте, таких как пункция и частичное иссечение стенок кисты с дренированием ОП.

Локализация НКП в зонах «А» и «В» практически исключала вероятность возникновения, каких либо проблем и осложнений во время эндохирургического вмешательства, за исключением интрапаренхиматозного расположения кист, что считаем показанием к переходу на лапаротомию.

При анализе вероятности выполнения ЛЭЭ из печени выявлено, что наибольшая вероятность (до 29,8%) эндохирургических манипуляций на паразитарных кистах установлена в зоне «А» (рис. 3).

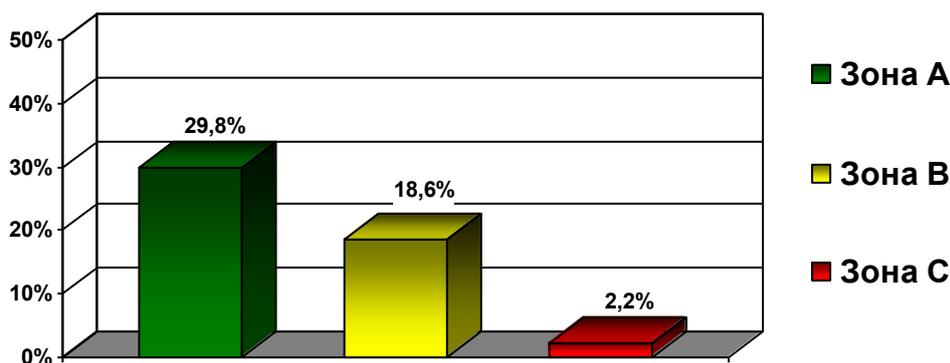


Рис. 3. Вероятность выполнения лапароскопической эхинококкэктомии из печени

При локализации кист в зоне «А», выполнение лапароскопических вмешательств более предпочтительно, а спектр видов хирургической обработки ОП широк, включая и перикистэктомии с ушиванием. Необходимо отметить, что одним из условий для проведения ЛЭЭ является эндовидеоскопия ОП для ревизии фиброзной капсулы и обнаружения желчных свищей. Именно в зоне «А» данная методика позволяет детально осмотреть фиброзную поверхность ОП и при выявлении цистобилиарного свища произвести коагуляцию или ушивание последнего.

Более строгие показания к ЛЭЭ при локализации кист в зоне «В» и, как правило, возможности завершения оперативного пособия ограничиваются либо абдоминализацией ОП, либо ее дренированием. Это объясняется тем, что

расположение ЭК в зоне «В» в основном предусматривает переднюю поверхность правой доли и лишь частично нижнюю поверхность левой доли. Манипуляции в этой зоне несколько затруднены из-за неадекватной ревизии ОП, даже при использовании телескопа со скошенной оптикой 30° и ограничения манипуляций в ходе выполнения основных этапов операции.

При установлении локализации кист в зоне «С» на этапе обследования в предоперационном периоде ставятся показания к традиционным методам оперативного вмешательства. При выявлении кист в зоне «С» на диагностическом этапе во время лапароскопии решение принимается в пользу конверсии.

Местными противопоказаниями к лапароскопическим кистэктомиям считаем:

1. ЭК, размеры, которых более 9-10 см;
2. Локализация в труднодоступных зонах для эндовизуального осмотра и манипуляций – зона «С» - (I, VIII и частично II, VII сегменты печени, интрапаренхиматозное расположение);
3. Множественные (за исключением случаев при котором размеры кист не превышают 3 см, расположенные «компактно» в пределах одного сегмента печени);
4. Осложненные и диссеминированные формы эхинококкоза;
5. Выраженный спаечный процесс после ранее перенесенных операций на верхних этажах брюшной полости.

Глава 4. При анализе ближайших результатов ЛКЭ отмечено, что у 26 (46,4%) больных в течение 2-3 суток отмечалась гипертермия до субфебрильных цифр, у 19 (33,9%) больных болевой синдром. При помощи ненаркотических анальгетиков удавалось купировать гипертермию и болевой синдром. Состояние послеоперационных ран оценивалось у всех пациентов как удовлетворительное, заживление первичным натяжением.

У больных в контрольной группе температура тела в первые двое-трое суток отмечалась у всех больных, а у 37 (18,9%) больных на уровне фебрильных цифр.

Как видно из таблицы после ЛКЭ, проведенной у 56 пациентов, различные послеоперационные осложнения возникли у 3 (5,6%) пациентов. В том числе у 2 они носили специфический характер, однако эти осложнения не влияли на соматический статус больных и последние были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии (табл. 4).

Таблица 4.

**Сравнительная оценка непосредственных результатов
оперативного лечения больных с кистами печени**

Осложнения	Основная группа (n=56)	Контрольная группа (n= 195)
а.) общие		
Бронхолегочные осложнения	1	11
Сердечно-сосудистые осложнения	-	1
Острый пиелонефрит	-	1
б.) специфические		
Желчеистечение по дренажу	1	6
Нагноение остаточной полости	1	12
Гнойный холангит	-	1
Нагноение послеоперационной раны	-	4
Динамическая кишечная непроходимость	-	1
Всего	3 (5,6%)	37 (18,9%)

Из 195 больных оперированных традиционным доступом различные послеоперационные осложнения возникли у 37 (18,9%) больных, из них бронхолегочные осложнения у 11 больных, среди которых преобладали реактивный плеврит (5) и острый бронхит (3). В послеоперационном периоде у 1 больного наблюдалась ишемия миокарда и у 1 острый пиелонефрит. Среди специфических осложнений преобладали: нагноение остаточной полости у 12; нагноение послеоперационной раны у 4 больных. Парез кишечника отмечался в первые сутки после операции у 1 больного, также в 1 случае развился гнойный холангит.

В 6 случаях в послеоперационном периоде наблюдалось желчеистечение из ОП. В 4-х случаях, как и в основной группе, интраперационно при ревизии ОП желчные свищи не были выявлены.

Тяжесть послеоперационного периода косвенно отразилась на средних сроках пребывания больных в стационаре после операции.

Нами получены данные по оценке длительности пребывания в стационаре больных с кистами печени, оперированных традиционными и лапароскопическими методами (табл. 5).

Длительность пребывания больных в стационаре после проведения операции была различной, что определялось общим состоянием больных, течением послеоперационного периода, наличием или отсутствием послеоперационных осложнений. В случае ранней выписки больные являлись на контрольный осмотр на 7-9-е сутки. Большинство больных были выписаны в удовлетворительном состоянии на 3-14 сутки после операции. Средняя продолжительность послеоперационного периода после лапароскопических кистэктомий составила $7,2 \pm 0,9$ суток, тогда как после традиционных вмешательств $14,5 \pm 1,5$ суток.

Таблица 5.

Длительность нахождения больных в стационаре после операции

Группы больных	Срок пребывания больных в стационаре				Средний койко/дни
	4-6 сут (%)	7-9 сут (%)	10-14сут (%)	> 14 сут (%)	
Основная (n= 56)	10(17,8)	32 (57,1)	11(19,6)	2(3,5)	7,2±0,9
Контрольная (n= 195)	9(4,6)	43(22)	59(30,2)	84(43)	14,5±1,5

Как видно из таблицы, после лапароскопических операций в послеоперационном периоде отмечается ранняя реабилитация и большинство больных (57,1%) были выписаны на 7-9 сутки в удовлетворительном состоянии, а со сроком нахождения более 14 суток - 2 больных. Более 7 суток после операции в стационаре находились больные, которым выполнялись одномоментные вмешательства при сочетанных кистах легких и печени.

Во второй группе, после традиционных вмешательств, большинство больных также находились в стационаре более 14 суток (84), а более 10-14 суток - 59 пациентов.

Анализируя представленные данные можно заключить, что срок послеоперационного пребывания больных в стационаре после лапароскопических кистэктомий ($7,2 \pm 0,9$) был достоверно ниже, чем после традиционных вмешательств ($14,5 \pm 1,5$) ($p < 0,05$).

Отдаленные результаты хирургического лечения кист печени в сроки от 1 года до 7 лет изучены у 119 (47,4%) пациентов, из них у 37 (66%) в основной группе и у 82 (42%) в контрольной.

Катамнестические исследования проводились в условиях амбулаторного приема 70 пациентов и с помощью изучения анкетных данных у 49 больных. Большинство больных (87%) в течение первого года после операции обследовались более одного раза, а в последующем ежегодно однократно. При анализе результатов выясняли характер жалоб, которые могли иметь непосредственную связь с характером перенесенной операции, трудоспособность больных. Для оценки результатов хирургического лечения, помимо изучения субъективных и объективных данных, выполняли обследование на УЗИ с целью выявления остаточных полостей в печени, возможных скоплений жидкости в них, рецидива заболевания.

В группе больных с ЭП в нашем отделении с 2000 года в комплекс лечения ведена профилактическая химиотерапия с целью профилактики рецидива заболевания. В обеих группах (традиционная ЭЭ и ЛЭЭ) применялся Альбендазол (Andazol, Zentel таб. по 200 и 400мг) в дозе 10-12 мг/кг веса в сутки, рекомендованной ВОЗ (1981, 1983г). Препараты назначались прерывистым лечением (1 месяц лечения и 15 дней перерыв).

Рецидивы отмечены у 2 (0,9%) больных по причине преждевременного прекращения курса терапии. В остальных 219 наблюдениях после проведенного курса послеоперационной химиотерапии в сроки наблюдения до 5 лет рецидива заболевания не отмечено.

При изучении отдаленных результатов хирургического лечения кист печени мы не столкнулись с жалобами, связанных с перенесенной операцией у 93% обследованных, а динамическое ультразвуковое исследование в сроки 1-7 лет после операции показало отсутствие рецидива эхинококкоза и исчезновение остаточных полостей. У основной части (67,8%) обследованных пациентов на УЗИ в первый год наблюдения выявлены участки ОП не более 3 см в диаметре, без признаков наличия жидкости в них.

Из обследованных нами больных хорошие отдаленные результаты констатированы у 86 (76,8%) больных, удовлетворительные у 33 (23,2%), неудовлетворительных результатов в обеих группах не было (табл. 6).

Таблица 6.

Отдаленные результаты хирургического лечения кист печени

Группы больных	Результаты		
	хорошие	удовлетворительные	неудовлетворительные
Основная (n=37)	32(86,5%)	5(13,5%)	-
Контрольная (n=82)	54(65,9%)	28(34,1%)	-
Всего (n= 119)	86	33	-

После лапароскопических операций больных хорошие результаты отмечены у 32 (86,5%) больных, удовлетворительные у 5 (13,5%), тогда как после традиционной кистэктомии хорошие отдаленные результаты у 54 (65,9%), удовлетворительные у 28 (34,1%) больных. При этом выявлено достоверное увеличение процента хороших отдаленных результатов после видеохирургических операций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, диагностика и лечение больных с кистозными образованиями печени остается актуальной проблемой хирургической гепатологии, требующей дальнейшей разработки. Наличие перед операцией информации об этиологии кистозного образования в печени, его размерах и расположении, вероятности возникновения интраоперационных осложнений позволяет хирургу индивидуально подходить к выбору способа операции для каждого больного. Предлагаемая методика обследования помогает выявить все возможные противопоказания к ЛКЭ, что обеспечивает максимальную безопасность малоинвазивной операции.

Применение лечебно-диагностической тактики на основе метода лапароскопической кистэктомии позволило снизить травматичность операции, исключить возможность развития послеоперационных осложнений (нагноение

ОП, нагноение послеоперационной раны, послеоперационные грыжи), снизить стоимость лечения за счет уменьшения длительности стационарного периода, использовать косметические преимущества малоинвазивной операции.

Выводы:

1. Анализ эндовизуальных хирургических операций выявил широкие возможности лечебно-диагностической тактики ведения больных с кистами печени, которая позволяет обеспечить в большинстве случаев выполнение оперативного вмешательства в условиях более благоприятных для пациента.

2. Показаниями к лапароскопическим кистэктомиям считаем непаразитарные солитарные и множественные кисты печени, поликистоз печени, размеры которых 5 см и более. Противопоказаниями считаем локализацию кист по задней поверхности печени, а также интрапаренхиматозное расположение.

3. Показаниями к лапароскопической эхинококкэктомии являются солитарные кисты диаметром не более 10 см, расположенные в допустимых зонах по предложенной нами схеме. Противопоказаниями к применению данной методики являются множественные (за исключением случаев при котором размеры кист не превышают 3-4 см, расположенные в пределах одного сегмента печени), диссеминированные и осложненные формы эхинококкоза (перфорация в брюшную полость, полый орган или билиарные протоки).

4. Соблюдение основных принципов и этапности лапароскопическая кистэктомия практически не сопровождается специфическими послеоперационными осложнениями. Общее количество послеоперационных осложнений при лапароскопических вмешательствах (5,6%) не превышает таковое при традиционных способах кистэктомии (18,9%).

5. Лапароскопическая кистэктомия является современным малоинвазивным методом хирургического лечения паразитарных и непаразитарных кист печени, обладающая большой клинической эффективностью, что имеет немаловажное социальное значение и экономический эффект в сравнении с традиционными способам. Преимущества вмешательства заключается в ранней послеоперационной реабилитации больных, снижении или предупреждении различных видов осложнений, характерных для традиционных операций, сокращении сроков пребывания в стационаре с $14,5 \pm 1,5$ до $7,2 \pm 0,9$ койко-дней.

6. Анализ отдаленных результатов малоинвазивных вмешательств при кистах печени показал радикальность метода (за исключением поликистоза печени), являясь более предпочтительным у больных с НКП и может быть операцией выбора. ЛЭЭ является альтернативой традиционным методам хирургического лечения, занимая достойное место в арсенале хирургических вмешательств при эхинококкозе печени.

Практические рекомендации:

1. Точная дифференциальная диагностика различных кист печени возможна при использовании современных диагностических методов: ультра-

звукового сканирования, компьютерной томографии и лапароскопической диагностики.

2. Лапароскопическая кистэктомия - операция, отличающаяся высокой технологичностью и поэтому должна выполняться со строгим соблюдением последовательности основных её этапов. К операциям должны допускаться высококвалифицированные хирурги, имеющие опыт выполнения как лапароскопических, так и традиционных операций, прошедших соответствующий курс специализации.

3. Для выполнения вмешательств должны использоваться разработанные описанные в работе инструменты и технические приемы. Применение специальных технических приспособлений, к которым относятся троакар-присоска, отвечает требованиям соблюдения принципа апаразитарности при эхинококкэктомиях.

4. При отборе больных для лапароскопических операций, проводимых в условиях напряженного карбоксиперитонеума, обязательна предварительная оценка общего состояния сердечно-сосудистой и дыхательной системы. При выполнении лапароскопических операций у детей и больных пожилого возраста внутрибрюшное давление в ходе операции должно поддерживаться с помощью лапарофлятора на уровне 7-10 мм рт.ст.

5. При выявлении до или интраоперационно сочетанной хирургической патологии и отсутствии противопоказаний рекомендуется выполнять симультанные операции с использованием эндовизуальной техники.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

Журнальные статьи:

1. Шамирзаев Б.Н., Вахидов А.В., Сайдазимов Е.М. Возможности лапароскопических вмешательств при заболеваниях органов брюшной полости // Центрально-Азиатский Медицинский Журнал. – Бишкек, 1997. - т. III. - № 3. - С. 215-217.
2. Шамирзаев Б.Н., Сайдазимов Е.М. Жигарнинг лапароскопик эхинококкэктомиясидаги дастлабки натижалар // Узбекистон тиббиет журнали. - Тошкент, 1998. - №3. - С. 95-97.
3. Сайдазимов Е.М., Атаджанов Ш.К. Возможности эндовизуальной техники в хирургии эхинококкоза печени // Хирургия Узбекистана. – Ташкент, 1999. - № 3. - С. 98-101
4. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Икрамов А.И., Закиров К.Н., Джураева Н.М., Сайдазимов Е.М. Непаразитарные кисты печени: роль ультразвукового и КТ-исследования в дифференциальной диагностике и выборе тактики хирургического лечения // Медицинская визуализация. – Москва, 2000. - №4. - С. 25-27.

5. Асабаев А.Ш., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш. Малоинвазивная хирургия кист печени // Вестник морской медицины. – Одесса, 2003. - №2(21). - С 22-25.
6. Назыров Ф.Г., Сайдазимов Е.М. Эндохирургия эхинококкоза печени // Хирургия Украины. – Киев, 2004. - №3 (11). - С. 63-66.
7. Сайдазимов Е.М. Эндовидеохирургия эхинококкоза печени // Инфекция, иммунитет и фармакология. – Ташкент, 2006. - № 5. - С. 50-52.

Тезисы, опубликованные в научных журналах:

8. Akilov Kh.A., Saidazimov E.M., Atajanov Sh.K. The method of laparoscopy gangliectomy // Bulletin of SCST - 2000 г. - V.1-2. - P. 22-23.
9. Акилов Х.А., Сайдазимов Е.М., Асабаев А.Ш., Атаджанов Ш.К., Артыков Ж.Б. Эндовизуальная техника в хирургии эхинококкоза печени // Научно-практическая конференция «Вахидовские чтения-2001», «Актуальные проблемы эхинококковой болезни человека». Журнал «Хирургия Узбекистана» - 2001. - №3. - С. 25-26.
10. Акилов Х.А., Асабаев А.Ш., Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Сайдазимов Е.М. К оценке методов хирургического лечения эхинококкоза печени // Научно-практическая конференция «Вахидовские чтения-2001», «Актуальные проблемы эхинококковой болезни человека». Журнал «Хирургия Узбекистана» - 2001. - №3. - С. 24-25.
11. Акилов Х.А., Сайдазимов Е.М., Атаджанов Ш.К., Агзамходжаев С.С. Лапароскопическая кистэктомия при паразитарных и непаразитарных кистах печени // Анналы хирургической гепатологии - 2002. - т.7. №1. - С. 302-303.
12. Асабаев А.Ш., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш. Малоинвазивные вмешательства в хирургии непаразитарных кист печени // Материалы X Юбилейной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ, Москва, 2003. Журнал «Анналы хирургической гепатологии» - 2003. - Том8. №2. - С.261.
13. Акилов Х.А., Асабаев А.Ш., Сайдазимов Е.М., Ахмедов А.В. Лапароскопическая кистэктомия при паразитарных и непаразитарных кистах печени // Материалы Международного Конгресса по малоинвазивной хирургии, Самарканд - 2003г. Журнал «Вестник врача общей практики» - 2003. - №4(28). - С. 10-11.
14. Назыров Ф.Г., Сайдазимов Е.М. Эндовидеохирургия эхинококкоза печени // Материалы XII-го Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ, X Научно-практическая конференция «Вахидовские чтения-2005» - «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». Журнал «Анналы хирургической гепатологии» - 2005. - Том 10. №2. - С.121.
15. Назыров Ф.Г., Сайдазимов Е.М., Акбаров М.М. Эндовидеохирургия эхинококкоза печени, осложненного желчными свищами // Материалы XIV-

Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», Санкт-Петербург-2007г. Журнал «Анналы хирургической гепатологии» - 2007. - Том 12. №3. - С. 93.

Тезисы, опубликованные в научных сборниках:

16. Шамирзаев Б.Н., Сайдазимов Е.М. Лапароскопическая цистэктомия при паразитарных и непаразитарных кистах печени // Материалы III-го Международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва - 1999г. - С. 328 – 329.
17. Акилов Х.А., Сайдазимов Е.М., Атаджанов Ш.К. Лапароскопическая эхинококкэктомия из печени // Материалы Международной научно-практической конференции «Проблемы эхинококкоза». Махачкала - 2000г. - С.6.
18. Назыров Ф.Г., Асабаев А.Ш., Сайдазимов Е.М., Икрамов А.И., Закиров К.Н. Современные аспекты в диагностике и хирургии непаразитарных кист печени // Материалы II-го Конгресса хирургов Казахстана «Малоинвазивная хирургия». Алмата - 2003г. - С. 175-178.
19. Nazirov F.G., Saydazimov E.M., Mustafaev. M.Kh. Endosurgery for cysts of the liver // Abstract «The Society of Endoscopik Arab Surgeons». Kuwait - 2004. - P. 7-8.
20. Назыров Ф.Г., Сайдазимов Е.М. Эндовизуальная хирургия кист печени // Материалы IX-го Международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва - 2005г. - С. 230-231.
21. Nazirov F.G., Akbarov M.M., Saidazimov E.M. Endosurgery of liver echinococcosis complicated with bilious fistulas // Abstracts of XI International Euroasian Congress of surgery and gastroenterology. Baku – 2008. - P. 177-178.

Методические рекомендации:

22. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Сайдазимов Е.М., Атаджанов Ш.К. Лапароскопическая кистэктомия при паразитарных и непаразитарных кистах печени. Ташкент. - 2000г. - 10с.

РЕЗЮМЕ

диссертации Сайдазимова Ерлана Мирзагелдиевича на тему: «Хирургическое лечение паразитарных и непаразитарных кист печени с использованием эндовизуальной техники» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.27 – Хирургия.

Ключевые слова: кистозные образования печени, непаразитарные кисты печени, эхинококкоз печени, лапароскопия, лапароскопическая кистэктомия.

Объекты исследования: Диссертационная работа основана на анализе результатов лечения 251 больного с паразитарными и непаразитарными кистами печени.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения больных с паразитарными и непаразитарными кистами печени на основе применения эндовизуальной техники.

Методы исследования: общеклинические, лабораторные, рентгенологическое исследование, УЗИ, ЭГДФС, лапароскопия.

Полученные результаты и их новизна: Предложена лечебно-диагностическая тактика, позволяющая дифференцированно подходить к применению лапароскопических методов оперативного лечения у пациентов с КОП. Изучены и сформулированы показания и противопоказания к применению лапароскопической кистэктомии при НКП и ЭП. Предложена оптимальная методика лапароскопической ЭЭ, изучены технические аспекты ее выполнения. Проведен сравнительный анализ послеоперационных осложнений, дана клиническая характеристика пациентов, которым выполнялась ЛКЭ из печени.

Предложена оригинальная полипозиционная схема зонального деления печени для оценки вероятности выполнения ЛКЭ.

Практическая значимость работы: Предложена и внедрена хирургическая тактика при НКП печени и ЭП, основанная на использовании лапароскопической хирургии. Предложена оригинальная схема зонального деления печени для оценки вероятности выполнения ЛКЭ, разработаны практические рекомендации по технике выполнения эндовизуальных вмешательств.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Результаты диссертационной работы внедрены в практическую деятельность отделений хирургии печени и желчных путей и хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны РСЦХ им. академика В.Вахидова.

Область применения: Медицина, хирургия, гепатология.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор
Сайдазимов Ерлан Мирзагелдиевичнинг 14.00.27-Хирургия ихтисослиги
бўйича «Жигарнинг паразитар ва нопаразитар кисталарини эндовизуал тех-
ника ёрдамида хирургик даволаш» мавзусидаги диссертациясининг
Р Е З Ю М Е С И

Таянч сўзлар: жигарнинг кистоз ҳосилалари, жигарнинг нопаразитар кисталари, жигар эхинококкози, лапароскопия, лапароскопик кистэктомия.

Тадқиқот объектлари: диссертация иши жигарнинг паразитар ва нопаразитар кисталари билан касалланган 251та беморни даволаш натижаларининг тахлилига асосланган.

Ишнинг мақсади: Жигарнинг паразитар ва нопаразитар кисталари билан касалланган беморларни эндовизуал техникани қўллаш асосида хирургик даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот методлари: умуклник, лаборатор, рентгенологик текширув, УТТ, ЭГДФС, лапароскопия. Натижаларга статистик ишлов берилди.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Жигарнинг кистоз ҳосилалари билан касалланган беморларни хирургик даволашда лапароскопик усулларни дифференциаллашган ҳолда қўллашда ёрдам берадиган диагностика ва даво тактикаси таклиф қилинган. Жигарнинг нопаразитар кисталари ва жигар эхинококкозида лапароскопик кистэктомияни қўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар ўрганиб чиқилди. Лапароскопик ЭЭ оптимал усуллари таклиф қилинган ва уни бажаришининг техник аспекти ўрганиб чиқилган. Оперциядан кейинги асоратларнинг солиштирма тахлили ўтказилган ва жигарда ЛКЭ амалиёти бажарилган беморларга клиник тавсиф берилган.

ЛКЭ амалиётини бажариш учун жигарни зонали бўлинининг оригинал полипозицион схемаси таклиф қилинган.

Амалий аҳамияти: Жигарнинг нопаразитар кисталари ва жигар эхинококкозида лапароскопияга асосланган хирургик тактика таклиф қилинган ва амалиётга тадбиқ қилинган. ЛКЭ амалиётини бажариш учун жигарни зонали бўлинининг оригинал схемаси таклиф қилинган ва эндовизуал операцияларни бажариш техникаси бўйича амалий тавсиялар ишлаб чиқилинган.

Тадбиқ этиш даражаси ва ихтисодий самарадорлиги: жигар эхинококкози ва унинг қайталанган шакллари билан касалланган беморларда ишлаб чиқилган диагностика алгоритми ва хирургик даволаш тактикаси академик В.Вохидов номидаги РИХМнинг жигар ва ўт йўллари хирургияси, портал гипертензия ва панкреатодуоденал соҳа хирургияси бўлимлари клиник амалиётга тадбиқ этилган.

Қўлланиш соҳаси: тиббиёт, хирургия, гепатология.

RESUME

Thesis of **Saydazimov Erlan Mirzageldievich** on the scientific degree competition of the doctor of philosophy in medicine on specialty 14.00.27 – Surgery, subject: **“Surgical treatment parasitic and nonparasitic cyst of liver with use endovisual technique”**.

Key words: cysts liver formations, nonparasitic cyst a liver, hydatidosis of liver, a laparoscopy, laparoscopic cystectomy.

Subject of research: Dissertational work is based on the analysis of results of treatment 251 patients with parasitic and nonparasitic cysts a liver.

Purpose of work: Improvement of results of surgical treatment of patients with parasitic and nonparasitic cysts a liver on the basis of application endovisual techniques.

Methods of research: clinical and laboratory, radiological research, ultrasonic, a laparoscopy.

The results obtained and their novelty: The medical-diagnostic tactics allowing differentiate to approach to application laparoscopic of methods of operative treatment at patients from CLF is offered indications and contra-indications to application laparoscopic cystectomy (LCE) are studied and formulated at nonparasitic cyst and hydatidosis of liver. The optimum technique laparoscopic hydatidectomy is offered, technical aspects of its performance are studied. The comparative analysis of postoperative complications is carried out, the clinical characteristic of patients by which it was carried out LCE from a liver is given. The original poly-item scheme of zone division of a liver for an estimation of probability of performance LCE is offered.

Practical value: surgical tactics is offered and introduced at nonparasitic cyst a liver and hydatidosis of liver, based on use laparoscopic surgeries. The original scheme of zone division of a liver for an estimation of probability of performance LCE is offered, practical recommendations about technics of performance endovisual interventions are developed.

Degree of embed and economic effectivity: worked-out algorithm of diagnostics, tactics of surgical treatment of patients with liver echinococcosis and its recurrent forms was implemented to clinical practice of portal hypertension and pancreato-duodenal zone surgery department, liver and bile ducts surgery department of Republican specialized center of surgery named after acad. V.Vakhidov.

Field of application: Medicine, surgery, hepatology.

*Автор выражает огромную благодарность и чувство глубокой признательности научному руководителю диссертационной работы доктору медицинских наук, профессору **Ферузу Гафуровичу НАЗЫРОВУ** за неоценимую помощь и поддержку при выполнении данной работы.*

Искренняя благодарность коллективам отделений хирургии печени и желчных путей и хирургии портальной гипертензии и панкреатодуоденальной зоны, сотрудникам отделений лучевой диагностики РСЦХ им.акад. В.Вахидова за помощь при выполнении данного исследования.