

травматическая болезнь // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2005. - №3. – с. 94-102.

14. Demetriades D. Karaiskasis M. Toutouzas K. Pelvic frakturis: epidemiology and predictors of associated abdominal injuries and outcomes. J. Am. Coll. Surg. 2002 Jul; 195 (1): 1-10.

15. Rommens P.M.& Tile M., Laude F., &Matimbeau C. A short history of pelvic trauma sugery. Dialogue 2003 (2): 28-31.

16. Sriussadaporn S., Sirichindacul B., Pak-Art R., Pelvic fractures: experience in management of 170 cases at a university hospital in Thailand. J.Med.Assoc.Thai. 2002; 85(2):200-206.

17. Taeger G., Ruchhoitz S., Waydhas C, Damage control orthopedics in patients with multiple injuries is affective, time saving and safe. J. Trauma 2005; 59(2):409-416.

УДК 617-089

А. Акназаров, Э.А. Суров, Т.М. Уметалиев
АЛЬВЕОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЕЁ
МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета
Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина,
Бишкек, Кыргызская Республика

A. Aknazarov, E.A. Surov, T.M. Umetaliev,
ALVEOCOCCOSIS LIVER WITH ITS INVOLVEMENT GREAT
VESSELS

Hospital Surgery Department of the Medical Faculty
Kyrgyz-Russian Slavic University after B.N. Yeltsin, Bishkek, Kyrgyz
Republic

Контактный e-mail: surovedir@gmail.com

Аннотация: в данной статье показаны результаты и анализ хирургического лечения больных с альвеококкозом печени с поражением нижней полой, воротной вен.

Annotation: this article shows the results and analysis of surgical treatment of patients with liver alveococcosis with lesions of the inferior cava vein and portal vein.

Ключевые слова: альвеококкоз печени, нижняя полая вена, воротная вена, хирургическое лечение.

Keywords: alveococcosis liver, inferior cava vein, portal vein, surgical treatment.

Введение

Альвеококкоз - природно-очаговое заболевание, возбудителем которого является гельминт *Echinococcus multilocularis* [8,11]. Заболевание распространено в Швейцарии, Турции, Японии (остров Хоккайдо), Франции, России, странах центральной Азии, северо-западной части Канады, на Аляске [14,15]. В Центральной Европе с 1982 по 2000 г. было зарегистрировано 559 случаев альвеококкоза. На западе Китая ежегодная заболеваемость составляет около 80 на 100 000 населения, в России заболеваемость составляет более 10,6 случаев на 100 000 населения. [5,16]. На территории Кыргызстана к эндемичным регионам относятся Атбашинский и Кочкорский районы Нарынской области, Алайский и Чон-Алайский районы Ошской области. [2]. Процент осложненных форм альвеококкоза печени по данным разных авторов варьирует от 34% до 80% [2,5]. Оперативное вмешательство при условии полного удаления паразитарной опухоли является методом выбора при данном заболевании и остается единственным радикальным методом лечения [3,9,10,12,]. Тем не менее, альвеококкоз чаще диагностируется на поздних стадиях, когда исключена возможность выполнения радикальной резекции печени [9,12 56]. Как следствие, на момент диагностики у 61,3—70% больных невозможно полностью удалить паразитарные массы [13].

Альвеококкоз протекает почти бессимптомно, вследствие медленного развития и огромной компенсаторной возможности печеночной ткани [7, 6].

Учитывая этот факт, некоторые авторы предлагают в населенных пунктах с высоким эпидемиологическими показателями по альвеококкозу, проводить ультразвуковую диагностику в качестве ранней диагностики детского и взрослого населения, т.к. ультразвуковое исследование печени при альвеококкозе весьма информативно, является методом выбора для скрининговых исследований [2].

Цель исследования - оценить результаты хирургического лечения альвеококкоза печени с поражением ее магистральных сосудов.

Материалы и методы

Нами проанализированы результаты лечения 74 больных с альвеококкозом печени за период с апреля 2009 по март 2015гг. которые получали лечение в отделении хирургической гастроэнтерологии и эндокринологии и в отделение гнойной хирургии Национального госпиталя при МЗ Кыргызской Республики. У всех больных альвеолярный узел прорастал в крупные сосуды - нижняя полая вена (НПВ) и воротная вена (ВВ). Эти больные были разделены на две группы в первую группу вошли больные с поражением нижней полой вены и кавадных ворот, а во вторую группу вошли больные с прорастанием в основного ствола воротной вены и/или ее ветвей. Больные распределились по полу следующим образом: из 74 больных мужчин было 26 (35,1%), женщин - 48 (64,9%). Возраст больных был в пределах от 15 до 63 лет, средний возраст больных составил $34,8 \pm 1,4$ лет. Больных старше 60 лет было 4 (5,4%).

У 47 (диаграмма №1) больных (63,5 %) альвеококкоз локализован в обеих долях печени, в левой доле у 8 (10,8%) пациентов, в правой доле у 19 (25,7%) больных. Средняя продолжительность стационарного пребывания $16,3 \pm 4,1$ койко дней. Кровопотеря во время операции варьировала от 200 мл до 3000 мл. Минимальная длительность операции один час, максимальная девять часов тридцать минут

Локализация альвеококкоза в печени

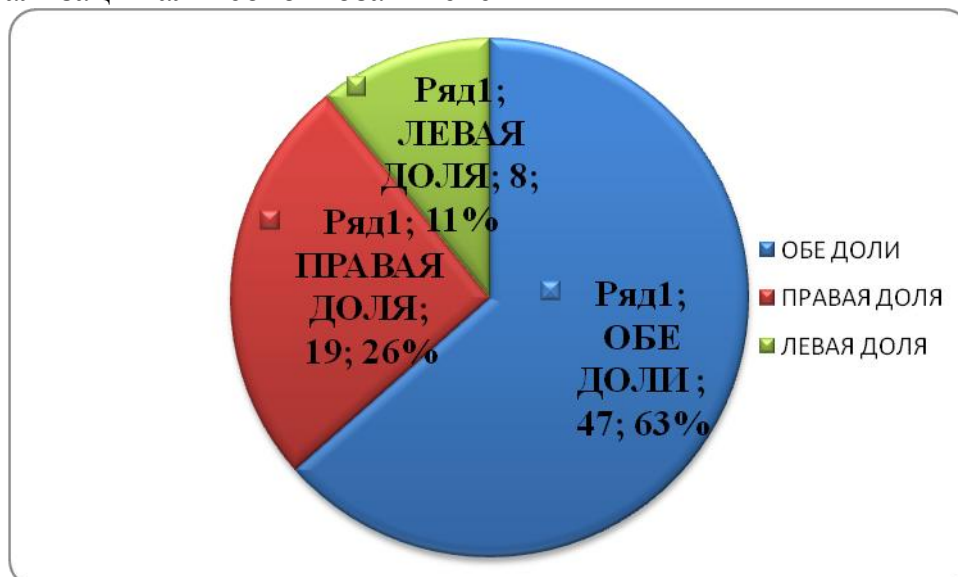


Рис. 1.

Всемирной организацией здравоохранения предложена классификация альвеококкоза, напоминающая онкологическую классификацию TNM, позволяющая довольно объективно оценить распространенность паразитарной ткани в печени (P), учитывающая вовлечение рядом расположенных органов (N) и наличие метастазов (M) [17]. Эта классификационная система дает возможность стадировать заболевание и соответственно сравнивать результаты лечения в различных медицинских учреждениях:

P — локализация паразита в печени

Px — первичная опухоль не может быть оценена

P1 — периферические очаги без поражения сосудистых и/или желчных структур

P2 — центрально расположенные очаги с вовлечением сосудистых и/или желчных структур одной доли

P3 — центрально расположенные очаги с поражением сосудистых или желчных структур ворот печени и/или с поражением двух печеночных вен

P4 — любая локализация очага в печени с распространением вдоль сосудов (нижняя полая вена, воротная артерия или вена) и желчных протоков

N — экстрапеченочное поражение соседних органов (диафрагма, легкие, плевра, перикард, сердце, желудок, двенадцатиперстная кишка, надпочечник, брюшина, забрюшинная клетчатка, регионарные лимфатические узлы, печеночные связки, почки)

Nx — не поддается оценке

N1 — вовлечение прилежащих органов и тканей

M — отсутствие или наличие отдаленных метастазов

M0 — нет метастазов

M1 — есть метастазы.

По данной классификации пациенты распределились следующим образом: **P3N0M0** (III A стадия) – 1, **P3N1M0** (III B стадия) – 2, **P4N0M0** (III B стадия) – 42, **P4N0M1** (IV стадия) – 2 (с метастазами в легкие), **P4N1M0** (IV стадия) – 24 больных, **P4N1M1** (IV стадия) – 3

Результаты и их обсуждение

В первую группу вошли 48 (64,8%) больных, во вторую группу вошли 26 (35,2) больных. В первой группе процент радикальных резекции печени составил 16,2%, во второй группе составил 24%.

Таблица

Объемы резекционных вмешательств на печени

ОПЕРАЦИИ	первая группа	вторая группа	Всего
РПГГЭ	11	3	14
ПГГЭ	11	11	22
РЛГГЭ	2	4	6
ЛГГЭ	3	4	7
АР	5	-	5
Циторедуктивная	2	1	3
Резекция S1 с краевой резекцией НПВ	1	-	1
Резекция центральных сегментов 4-8 сегментов печени.	1		1
Разъединение спаек. Ревизия. Тампонирование печени.	-	1	1
Удаление альвеолярного узла S 4 печени. Дренажирование кавернозной полости	1	-	1
Дренажирование альвеолярной кисты	3	-	3
Эксплоративная лапаротомия.	8	2	10
Итого:	48	26	74

Примечание. РПГГЭ — расширенная правосторонняя гемигепатэктомия; ПГГЭ — правосторонняя гемигепатэктомия; ЛЛЭ — левосторонняя лобэктомия; АР — атипичная резекция; НПВ — нижняя полая вена;

У 18 (24%) больных определенные технические сложности во время оперативного вмешательства были обусловлены ранее перенесенными операциями по поводу альвеококкоза: Сквозное транспеченочное дренирование правого долевого протока -1, ПГГЭ – у 3, ЛЛЭ- 1, вскрытие и дренирование кавернозной полости альвеолярного узла – 1, эксплоративная лапаротомия – у 4, одна пациентка дважды оперирована в другом стационаре объем операции не

известен, у двоих пациентов объем операции неизвестны. Четверо больных оперированы радикально, остальным удалось произвести паллиативную резекцию печени. Наблюдался один летальный исход.

Сорок четыре пациента оперированные нерадикально и с осложненной формой альвеококкоза в послеоперационном периоде получали противопаразитарную терапию препаратом альбендазол по 10-12мг на кг/массы тела в сутки, в два приема после еды, по традиционной схеме.

Выводы

Несмотря на прорастания альвеолярного узла крупных сосудов, НПВ и воротной вены, возможно проведение радикальной операции с резекцией пораженного участка. Оправдано выполнение паллиативной резекции печени даже при повторной операции. По нашим данным процент радикальных резекций печени при поражении воротной вены выше, чем при поражении нижней полой вены 24% и 16,2% соответственно.

Литература:

1. Бебезов Б.Х., Мамашев Н.Д., Уметалиев Т.М., Хирургическое лечение осложненных форм альвеококкоза печени / Вестник КазНМУ, №4-2012. С. – 49-50.
2. Бебезов Б.Х., Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Белекбаев Т.М., Асакеев Н.А. Хирургическое лечение альвеококкоза печени у детей //Здоровье матери и ребенка Том 5, №1, 2013. – С. 115-118.
3. Бебезов Х.С., Бебезов Б.Х., Мамашев Н.Д., Буларкиев А.Б., Уметалиев Т.М., Туркбаев А.Б., Обширные резекции печени воротным способом/ Здравоохранение Кыргызстана 1/2010. Бишкек, 2010 с. 31-33.
4. Журавлев В.А., Русинов В.М., Сухоруков В.П., Булдаков В.В., Попырин И.А., Южанин В.Б. Радикальное лечение альвеококкоза с вовлечением магистральных сосудов и нижней полой вены / Сборник материалов XVII международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ "Актуальные проблемы хирургической гепатологии". Уфа, 2010. – С. 263-264.
5. Зайцев И.С. Повторные операции на печени при альвеококкозе. Автореферат канд. мед. наук. Томск, 2015.
6. Меньшиков В.В. Клиническая лабораторная аналитика. – Т. 1,2,3. – М.: Лабинформ-РАМЛД, 1999. - 352 с.
7. Поляков В.Е. Иванова А.И. Полякова Н.Р./ Эхинококкоз многокамерный (альвеококкоз) Педиатрия. 2006. №6. Прил. 11. – С. 88-94.
8. Уметалиев Т.М., Мамашев Н.Д., Белекбаев Т.М. Оперативное лечение альвеококкоза печени //Сб. научных трудов XIX Междунар. Конгресса хирургов гепатологов стран СНГ и России. СО РАМН НЦРВХ – 2012. – С. 241.
9. Brunetti E., Kern P., Vuitton D.A. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis in humans. ActaTropica 2010; 114: 1-16.

10. Buttenschoen K., Gruener B., Buttenschoen D.C. et al. Palliative operation for the treatment of alveolar echinococcosis. Langenbecks Arch Surg 2009; 394: 199-204.

11. J. Usubalieva, G. Minbaeva, I. Ziadinov, P. Deplazes, P.R. Torgerson Human Alveolar Echinococcosis in Kyrgyzstan Emerging Infectious Diseases Vol. 19, No. 7, July 2013 P. 1095-1097

12. Kawamura N., Kamiyama T., Sato N. et al. Long-term results of hepatectomy for patients with alveolar echinococcosis: a single-center experience. Journal of the American College of Surgeons 2011; 5: 804-812.

13. Kern P., Bardonnet K., Renner E. et al. European echinococcosis registry: human alveolar echinococcosis, Europe 1982—2000. Emerg Infect Dis 2003; 9: 343-349.

УДК 616.24-089:616.27-089-053.3

Н.С. Александрова, Е.Г. Некрасова
ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ
У ДЕТЕЙ

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

N.S. Alexandrova, E.G. Nekrasova
CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE LUNGS AND
MEDIASTINUM IN CHILDREN

Department of Tuberculosis and Pulmonology
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

Контактный e-mail: 1002nata90@mail.ru

Аннотация. Представлен многофакторный анализ 140 случаев врожденных пороков развития легких (агенезия легкого, гипоплазия легкого простая и щная, лобарная эмфизема, секвестрация легкого и др.) и 41 случай врожденных кист средостения различного происхождения. Отражен современный диагностический комплекс, оперативное лечение данной патологии.

Annotation. Submitted by multivariate analysis of 140 cases of congenital lung development (agenesis of the lung, lung hypoplasia and cystic simple, lobar emphysema, lung sequestration, etc.) And 41 cases of congenital mediastinal cysts of various origins. It reflects modern diagnostic equipment, surgical treatment of this pathology.

Ключевые слова: врожденные пороки развития легкого и средостения,