

эффективность была хорошей у 8 пациентов, удовлетворительной у 12 больных, отсутствие эффективности у 5 больных. Во 2-й группе у 50% пациентов клиническая эффективность расценена «хорошей», у 12 – «удовлетворительной», у 1 - эффект отсутствовал. Анализ динамики толерантности к физической нагрузке показал, что в обеих группах по сравнению с исходными величинами улучшилась переносимость физической нагрузки. Во 2-ой группе толерантность к физической нагрузке претерпела более выраженную положительную динамику и к этапу завершения наблюдения имела достоверно значимую разницу по сравнению с исходными показателями. Во II группе больных (на фоне терапии карведилолом) по сравнению с I группой обследованных уменьшились КДО, КСО и увеличивалась ФВ левого желудочка.

**Выводы.** Включение карвидила в схему комбинированной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью на фоне ИБС позволяет улучшить переносимость физических нагрузок прямо пропорционально длительности терапии. Карведил улучшает сократительную функцию миокарда, снижая КДО, КСО и повышая фракцию выброса левого желудочка.

#### 178. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ВИДЕО-ЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Холов К.Р.

Кафедра хирургических болезней №1 (зав. член-корр. АН РТ, профессор Курбонов К.М.), ТГМУ, г. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Изучить обоснованность и эффективность применения новой технологии у больных эхинококкозом печени.

**Материал и методы.** Видеолапароскопические вмешательства выполнены 69 (27,9%) больным эхинококкозом печени в возрасте от 16 до 66 лет и они представлены в виде трех технологий: лапароскопическая эхинококкэктомия (17 пациентов), эндовидеоскопия остаточной полости при традиционной эхинококкэктомии печени (49) и чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени (3). Лапароскопическую эхинококкэктомию (ЛЭЭ) производили по общепринятой методике PAIR (пункция - аспирация содержимого - инъекция сколексоцидного агента - реаспирация), дополняемой лапароскопической резекцией стенки кисты и дренированием остаточной полости.

Апаразитарность операции обеспечивалась применением нескольких салфеток, изолирующих кисту от брюшной полости в ходе лапароскопической пункции эхинококковых кист печени. Антипаразитарная обработка осуществлялась 3-5-минутной экспозицией 0,5%-го спиртового раствора фенбендазола.

Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени применено при лечении 3 больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени в различные сроки после оперативного лечения эхинококкоза печени. Использовали фиброхоледоскоп фирмы «Пентакс» (Япония).

**Результаты.** Выбор вида оперативного вмешательства был сделан индивидуально. В 6 случаях из 23 предпринятых лапароскопических операций осуществлен переход на лапаротомию в связи с полным внутрипеченочным расположением эхинококковой кисты (4) и имеющейся дополнительной кисты в недоступном сегменте для лапароскопии (2).

Благодаря тщательному осмотру полости и внутренней стенки фиброзной капсулы в 7 случаях удалены незамеченные во время открытого этапа операции зародышевые элементы паразита. В 4 случаях интраоперационно выявлены и закрыты мелкие цистобилиарные свищи с использованием эндохирургического инструментария. При использовании чресфистульной эндовидеоскопии остаточной полости у 1 больного выявлен и коагулирован цистобилиарный свищ.

Чресфистульная эндовидеоскопия остаточной полости печени применено при лечении 3 больных с функционирующим дренажом остаточной полости печени после оперативного лечения эхинококкоза печени. Во всех случаях первичная операция была завершена наружным дренированием остаточной полости печени в связи с нагноением эхинококковых кист, что сформировали наружные гнойно-желчные свищи.

**Заключение.** Применение новой технологии в виде: видеолапароскопии, диагностической и лечебной эндовидеоскопии остаточной полости печени в интра- и послеоперационном периодах, позволили улучшить результаты лечения больных с эхинококкозом печени.

#### 179. ЭНДОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Махмадов Ф.И., Курбонов К.М., Мудинов С.М., Одинаев Р.О., Каримов З.

Кафедра хирургических болезней №1 (зав-член корр. АН РТ, профессор Курбонов К.М) ТГМУ им. Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

**Цель исследования.** Оценить значимость эндоскопии в комплексном лечении осложненного эхинококкоза печени (ОЭП).

**Материал и методы.** С целью декомпрессии внепеченочных желчных протоков и улучшения результатов лечения выполнено двухэтапное лечение больных эхинококкозом печени, осложнившиеся механической желтухой. В 18 наблюдениях на первом подготовительном этапе выполнена инструментальная декомпрессия (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, эндоскопическая санация желчного дерева, эндоскопическая дилатация стриктур и эндоскопическое назобилиарное дренирование), обеспечивающая купирование острого приступа и ликвидацию холангита. Достижение последнего, в основном, зависела от общего состояния больных, длительности желтухи, локализации паразитарной кисты и характера поражения органа.

Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) была произведена 11 больным. В ходе проведения ЭПСТ производили инструментальное удаление фрагментов хитиновой оболочки, дочерних кист эхинококка (7). Нормализация показателей билирубина и результатов