

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА
ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА”
КАТЕДРА ПО ХИРУРГИЧЕСКИ БОЛЕСТИ

д-р Тодор Иванов Иванов

ПРИНЦИПИ НА ХИРУРГИЧЕСКОТО
ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УСЛОЖНЕНИ ФОРМИ НА
ЧЕРНОДРОБНА ЕХИНОКОКОЗА

АВТОРЕФЕРАТ

на

Дисертационен труд за присъждане на
образователна и научна степен „ДОКТОР”

Научен ръководител:

проф. д-р Росен Маджов, д.м.н.

Научен консултант:

проф. д-р Румен Ненков, д.м.

Варна 2019

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА
ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА”
КАТЕДРА ПО ХИРУРГИЧЕСКИ БОЛЕСТИ

д-р Тодор Иванов Иванов

ПРИНЦИПИ НА ХИРУРГИЧЕСКОТО
ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УСЛОЖНЕНИ ФОРМИ НА
ЧЕРНОДРОБНА ЕХИНОКОКОЗА

АВТОРЕФЕРАТ

на

Дисертационен труд за присъждане на
образователна и научна степен „ДОКТОР”

Научен ръководител:

проф. д-р Росен Маджов, д.м.н.

Научен консултант:

проф. д-р Румен Ненков, д.м.

Официални рецензенти:

проф. д-р Димитър Стойков, д.м.н.

доц. д-р Костадин Ангелов, д.м.

Варна 2019

Дисертационният труд съдържа общо 143 страници, онагледен с 38 фигури и 103 таблици. Библиографската справка включва 234 заглавия, от които 37 на кирилица и 197 на латиница.

Забележка: Номерата на таблици и фигури в автореферата не съответстват на тези в дисертационният труд.

Дисертантът работи като лекар – асистент във Втора клиника по хирургия при УМБАЛ „Св. Марина“ – Варна и Катедра „Хирургически болести“, Медицински университет – Варна.

Научно жури:

1. проф. д-р Росен Евгениев Маджов, д.м.н. – председател
2. проф. д-р Димитър Живков Стойков, д.м.н. – външен член
3. доц. д-р Костадин Георгиев Ангелов, д.м. – външен член
4. доц. д-р Пенчо Тончев Тончев, д.м. – външен член
5. доц. д-р Илко Тодоров Плачков, д.м. – вътрешен член

Научен консултант: проф. д-р Румен Николов Ненков, д.м.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на2019г. отчаса в аудитория „Проф. Владимир Иванов“ на Медицински университет – Варна, бул. „Хр. Смирненски“ № 1, на открито заседание на Научното жури.

Материалите по защитата са на разположение в Научен отдел на МУ – Варна и са публикувани на интернет страницата на Му –Варна.

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	4
УВОД.....	5
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ.....	6
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ	7
1. Клиничен материал	7
2. Статистически методи.....	8
3. Параметри на наблюдение.....	11
РЕЗУЛТАТИ	12
1. Социодемографски и епидемиологични показатели на пациентите с УЧЕ - пол, възраст, местоживеене.	12
2. Предоперативни показатели на пациентите	15
3. Имунологични изследвания - ELISA	18
4. Общ болничен престой	18
5. Придружаващи чернодробни заболявания.....	19
6. Клинични симптоми	19
7. Лабораторни показатели.....	21
8. Образна диагностика	26
9. Хирургично лечение	39
10. Интраоперативни усложнения при УЧЕ	41
11. Сравнение между видовете оперативни интервенции и видовете интраоперативни усложнения	55
12. Постоперативни усложнения.....	56
ИЗВОДИ.....	74
ПРИНОСИ	75
ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯТ ТРУД.....	76

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ЧЕ	-	чернодробна ехинококоза
УЧЕ	-	усложнена чернодробна ехинококоза
ЖМ	-	жлъчен мехур
ОЖП	-	общ жлъчен проток
ЕХЖП	-	екстрахепатални жлъчни пътища
ИХЖП	-	интрахепатални жлъчни пътища
УЗД	-	ултразвукова диагностика
ЯМР	-	ядрено-магнитен резонанс
ХДА	-	холедоходуоденоанастомоза
ПТД	-	перкутанен дренаж
ЧР	-	чернодробна резекция
ГИТ	-	гастроинтестинален тракт
ЕРХПГ	-	ендоскопска ретроградна холангиопанкреатография
КТ	-	компютърна томография

УВОД

В наши дни проблемът с паразитарната ехинококова инфекция е добре познат. Изработени са рутинни методи за профилактика, диагностика и лечение. Въпреки това, заболяването остава все така актуално и е със съществени, както социални така и икономически последици. В България се наблюдава драстично покачване на заболеваемостта от 2.3-2.5‰ през 80-те години до 8.47‰ през 1996 г., като стойностите превишават изходните нива от 6.5‰ (1950-1965 г) преди стартирането на организираните мерки за борба с паразитозата. През 2007 г. и 2008 г. първичните случаи от България представляват 55.27% (461) и 43.32% (386) респективно от всички регистрирани лица в Европейския съюз, което ни поставя на първо място по заболеваемост от ехинококоза, напълно в противовес с другата крайност за 1976 г. когато България е с най-малко заразени в света след Исландия със заболеваемост 1.24‰ (140 оперирани). През 2011 година обаче високата степен на заразени хора остава все така висока, средно по 500 души на година (за 10 години са заболели 5 хил. български граждани). В следващите години броя на регистрираните заболели се задържа почти на едно и също ниво - около 300 заболели годишно, което отнесено към намалелия брой на жителите страната е покачване, както следва - 278 (3.82 ‰) през 2013, 302 (4.17‰) през 2014 и 313 (4.35‰) през 2015 г. Налице е отново бавно покачване на заболеваемостта. През 2016 г. официално са регистрирани 269 лица, оперирани и лабораторно доказани с ехинококоза, от които 238 /88%/ с първични и 31 /12%/ с постоперативни рецидиви. Средната заболеваемост за годината е 3,78 ‰.

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

А. Основната цел на настоящият дисертационен труд е проучване и анализиране на методите за диагностика и лечение при УЧЕ в световен мащаб. Изготвяне на диагностично лечебна стратегия при усложнени форми на чернодробна ехинококоза.

Б. За постигане целта на дисертационният труд си поставихме следните основни задачи:

1. Обзор на Българската и Световната литература.
2. Да се определи характера на симптоматиката, причините и времето за поява на усложненията при ЧЕ.
3. Анализиране резултатите от лечението на пациенти с УЧЕ за периода от 1992 г. до 2018г.
4. Създаване на софтуер за регистрация на пациентите с чернодробна ехинококоза, обработка на данни /клинични, параклинични, образни/, даващ възможност за подбиране на правилния подход за оперативно лечение и следоперативно проследяване.
5. Разработване на диагностично - лечебен алгоритъм за лечението на пациенти с УЧЕ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

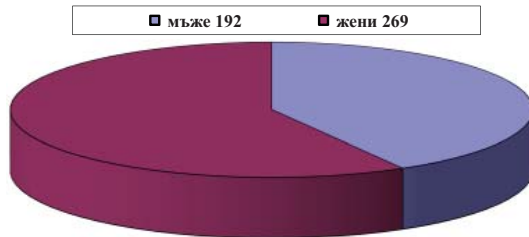
1. Клиничен материал

Извършихме ретроспективен и проспективен анализ на 461 пациенти с абдоминална локализация на ехинококовите кисти за периода от 1992 г до 2018 г. Диагнозата ЧЕ бе поставена на базата на анамнестични, параклинични, образни, хистологични и интраоперативни показатели. За целта беше използвана наличната база данни отразена в ИЗ на всеки един пациент, съхранявани в болничен архив, както и оперативните журнали на Втора клиника по хирургия.

От тях 269 жени и 192 мъже. Основната локализация е в черен дроб при 435 пациенти. Останалите абдоминални локализации са били както следва - слезка - 19, свободна коремна кухина- 16, бъбреци - 12, панкреас - 6, ретроперитонеум - 4, предна коремна стена - 1, дясна ингвинална област - 1.

Усложнения на ЧЕ са регистрирани при 150 пациенти от всички хоспитализирани болни.

На фигура 1 е представено разпределението на всички пациенти по пол.



Фиг. 1. Разпределение на всички пациенти по пол.

От фигурата по високата честота на засягане от ЧЕ при женският пол е ясно изразена. Което съвпада с направената в литературният обзор справка.

2. Статистически методи

Приложени статистически методи:

1. Статистическа групировка на данните.
2. Описателни (дескриптивни) методи.
3. Проверка на статистически хипотези.
4. Корелационен анализ.
5. Регресионен анализ.
6. Планиране и организация на представително извадково изследване чрез метода на взаимопроникващите извадки.

2.1. Статистическа групировка на данните

Идентифицирането на предмета на статистическото изучаване при всяко изследване служи за база, на основата на която се разработва теоретичен модел, и проектира емпиричен модел. За да бъде изграден емпиричният модел е необходимо на следващ етап да се регистрират сведенията за отделните статистически единици, като се вземат под внимание факторите: време и място на наблюдение, период на регистрацията, органи на наблюдение.

Като трети основен етап от цялостното статистическо изучаване се разглежда статистическата групировка на данните. Бидейки част от процеса на статистическо изучаване, групировката на данните по съдържание представлява самостоятелен метод за анализ, който предоставя възможност да се проникне в структурата на изучаваното явление и да се разкрият връзки, зависимости и влияния. В резултат на коректно проведена групировка на данните се получават емпирични разпределения с едномерен, двумерен или многомерен характер.

2.2. Описателни /дескриптивни/ методи

Описателните (дескриптивни) методи имат пряка връзка с разпределението на статистическите единици по значенията на техните признаци, като разкриват техния характер и вътрешна структура. За да се прилагат коректно описателни методи, е необходимо единиците на наблюдение да бъдат съпоставими и конкретни по време и място.

Чрез дескриптивните методи се установяват централни тенденции, степен на различие между отделните единици на наблюдение (пациенти) и степен на отклонение на емпиричните разпределения на наблюдаваните единици от еталонни разпределения. За всяка отделна група от характеристиките се прилагат различни методи, като за установяване

на централни тенденции се използват средни величини, мода, медиана, за установяване на различия между единиците (дисперсия, средно квадратично отклонение), за установяване на отклонения от еталонни разпределения (коефициент на асиметрия, коефициент на ексцес).

Графичното представяне на емпиричното разпределение е съществена част от дескриптивната статистическа методология. В дисертационния труд са приложени следните графични изображения: хистограма, структурна диаграма.

2.3. Проверка на статистически хипотези

Статистическата хипотеза е предположение за вида на неизвестна функция на разпределение на наблюдавани случайни променливи величини или за параметрите на функция на разпределение от известен вид. Проверката на статистически хипотези включва процедури по дефиниране на конкретни предположения относно параметрите на изследвани съвкупности (пациенти), като се издига основна (нулева) хипотеза и алтернативна хипотеза. Нулевата хипотеза изразява предположение за нулев ефект тоест, че липсва различие между сравняваните величини. Алтернативната хипотеза се приема, ако нулевата хипотеза се отхвърли.

В статистическата наука проверката на хипотези преминава през следния алгоритъм, който е спазен и в дисертационния труд:

- дефиниране на нулевата хипотеза и на алтернативната хипотеза ;
- избор на равнище на значимост α (риск за грешка);
- избор на подходящ статистически критерий и теоретично разпределение, пряко свързано с формулираната нулева хипотеза;
- изчисляване на емпирична тестова величина по данни от извадката (n);
- определяне на теоретична величина спрямо параметрите на статистическия критерий;
- вземане на решение при избора на статистическа хипотеза, което се основава на сравняване на емпиричната и теоретична величина.

В условията на използване на съвременни статистически и иконометрични софтуерни продукти науката позволява да се вземе решение по алтернативен начин (без изчисляване на емпирична величина). Изборът между нулевата и алтернативната хипотеза се свежда до сравнение на възприето еталонно равнище на значимост (риск за грешка α) и изчислено гранично равнище на значимост. Този способ е приложен в дисертационния труд при проверката на статистически хипотези.

Ако изчисленото въз основа на данни от извадката равнище на значимост е по-малко от възприетото като норма равнище на значимост,

се отхвърля нулевата хипотеза и се възприема алтернативната хипотеза, а ако изчисленото равнище на значимост е по-голямо от възприетото като норма равнище на значимост, се възприема основната хипотеза.

2.4. Регресионен анализ

Регресионният анализ представлява метод за изследване на връзки и зависимости. В теорията на статистиката се приема, че регресионният анализ се изгражда на базата на предварително формулирани хипотези за наличието на причинна връзка от корелационен тип. Зависимостта при регресионния анализ се описва условно чрез следното уравнение:

$$Y_i = f(X_i) + \varepsilon_i,$$

където:

f – представлява функция на връзка между следствието и факторите;

Y_i – зависима променлива;

X_i – независими променливи (фактори);

ε_i – случаен компонент.

Класическият регресионен анализ изследва връзки между променливи на интервални скали, като преминава през следните етапи:

- формулиране на цел и задачи в конкретното изследване;
- събиране и групиране на статистически данни;
- определяне формата на зависимостта с графични и аналитични методи;
- определяне функцията на регресията и оценяване на нейните параметри;
- проверка на статистически хипотези за надеждността на регресионния модел и неговите параметри;
- построяване на интервални оценки на параметрите на регресионния модел;
- икономическо тълкуване на резултатите от регресионния анализ.

В дисертационния труд максимално са спазени етапите при изграждане на регресионни модели предвид факта, че статистическият и иконометричен софтуер извършва оценка единствено на параметрите и съпътстващите ги характеристики. Предложеният регресионен модел в дисертацията е многофакторен от линеен вид.

2.5. Планиране и организация на представително извадково изследване чрез метода на взаимопроникващите извадки

Извадковите изследвания представляват система от научни знания, силно приложими при ситуации, в които липсва достатъчно време за провеждане на наблюдение на изчерпателна основа, липсват финансови и кадрови ресурси, липсва възможност за провеждане на изчерпателно изследване.

Акцент в дисертационния труд се придава на метода на взаимопроникващите извадки. Този метод се прилага в случаи, когато дадено изследване трябва да се проведе в няколко етапа (пациенти преди и след проведено лечение). За целта е целесъобразно излъчената извадка с обем (n) от обща статистическа съвкупност с обем (N) да се раздели на две или повече независими извадки, както е приложено и в настоящия дисертационен труд. По правило всяка от извадките трябва да бъде формирана при един и същ подбор на единиците, поставени в еднакви условия с цел да бъде спазено правилото за съпоставимост на данните. Получените две независими подизвадки се наричат взаимопроникващи и дават възможност да се получат отделни, независими оценки за признаци на изследваната съвкупност. По този начин може да бъде измерена ефективността от различни методи на лечение при сходни групи пациенти.

3. Параметри на наблюдение

Параметрите на наблюдение в нашето проучване са разделени на:

1. Демографски и епидемиологични показатели;
2. Предоперативни показатели- планов спешен прием, връзка на симптомите с планов и спешен прием;
3. Имунологични изследвания
4. Общ болничен престой
5. Предходни оперативни интервенции
6. Придружаващи чернодробни заболявания
7. Клинични симптоми
8. Лабораторни показатели
9. Образна диагностика
10. Хирургично лечение
11. Интраоперативни усложнения
12. Сравнение м/у видовете оперативни интервенции и видовете интраоперативни усложнения
13. Постоперативни усложнения

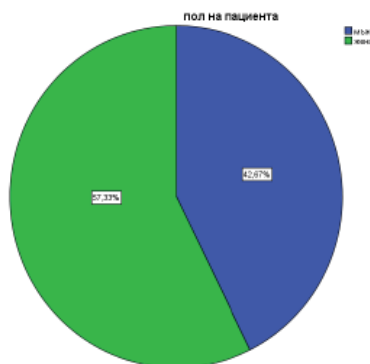
РЕЗУЛТАТИ

1. Социодемографски и епидемиологични показатели на пациентите с УЧЕ - пол, възраст, местоживеене.

Разпределението на пациентите по пол при усложнени форми на ЧЕ е представено на таблица 1 и фигура 2.

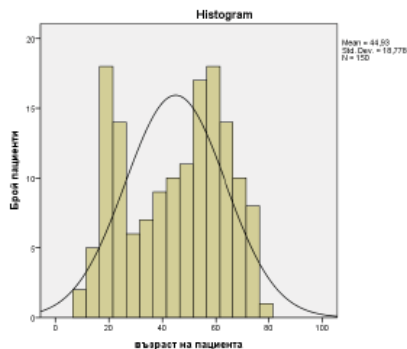
Табл. 1– Разпределение на пациентите по пол

	Брой	Процент
Мъж	64	42,7
Жена	86	57,3
Общо	150	100,0



Фиг. 2. Разпределение на пациентите по пол в проценти.

От представените данни УЧЕ е застъпена в по –голям процент при женския пол -57.33%, което е в съгласие със световните публикации.



Хистограма 1 - Възрастово разпределение на пациентите

От хистограмата за възрастовото разпределение, е налице средна възраст на пациентите с УЧЕ от 44,93 години.

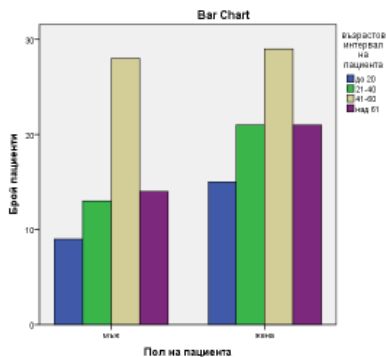
След анализ на данните пациентите бяха разпределени в четири възрастови групи представени в таблица 3.

Табл. 3. Възрастово разпределение по групи.

Възрастови интервали на пациентите				
Възраст	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
До 20	24	16,0	16,0	16,0
21-40	34	22,7	22,7	38,7
41-60	57	38,0	38,0	76,7
Над 61	35	23,3	23,3	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

От представените данни прави впечатление, че най-засегнатата възрастова група са лица в активна творческа възраст от 41 години до 60 години.

Разпределението на пациентите по пол и възрастови групи е представено на хистограма 2:



Хистограма 2 - разпределение на пациентите по пол спрямо възрастови интервали.

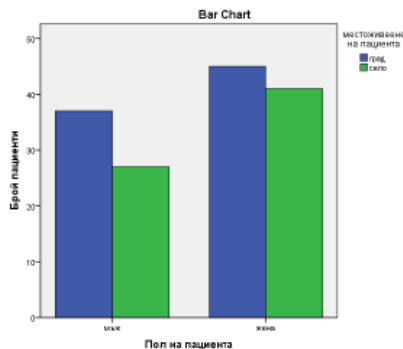
От хистограмата е налице еднакво разпределение и за двата пола в най-активната възрастова група от 41г до 60 г, което корелира с резултатите в световен мащаб.

Тъй като ехинококозата е зооантропоноза за нашето проучване е важно разпределението на пациентите между градско и селско население.

Табл. 4. Разпределение на пациентите с УЧЕ общо по местожителство на пациента

	Честота	Проценти	Действителни %	Кумулативни %
Град	82	54,7	54,7	54,7
Село	68	45,3	45,3	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

От таблица 4 е налице по-висока честота на населението засегнато от УЧЕ в градското отколкото в селското население, която е различна от разпределението според анализа на Световната литература.



Хистограма 3 – разпределение на пациентите по пол и местожителство

По отношение на мъжкия пол по-често са засегнати от УЧЕ живеещите в града. При жените не се наблюдава съществена разлика.

2. Предоперативни показатели на пациентите

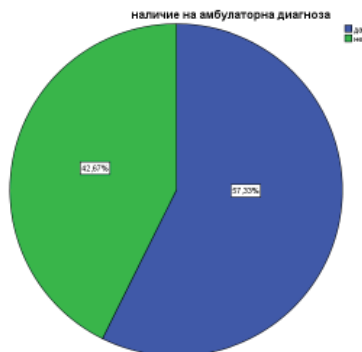
2.1. Порядъка на хоспитализация на пациентите според – планов или спешен прием.

Табл. 5. Планова и спешна хоспитализация

Порядък на хоспитализация				
	Честота	Проценти	Валидни проценти	Кумулативни проценти
Планов	124	82,7	82,7	82,7
Спешен	26	17,3	17,3	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

Плановият прием значително надвишава спешния, като не бива да се забравя че при тези пациенти е установено поне едно от усложненията на ЧЕ, което най-вероятно се дължи на инсуфициентна доболична диагностика (фиг.13).

Поставянето на точна предоперативна диагноза е от изключително голямо значение за благоприятният изход на заболяването. При нашите пациенти с УЧЕ проучването показва следните данни отразени на фигура 3.



Фиг. 3. Поставена диагноза ЧЕ в амбулаторни условия

От фигура 3 се вижда че в по-голям процент от пациентите е поставена правилна диагноза, но в 42,67% са насочени за хоспитализация с неясна диагноза.

Връзката между критериите поставена диагноза преди хоспитализацията към порядъка на хоспитализацията е представена на крос таблица 6:

Табл. 6- Поръдък на хоспитализация/амбулаторна диагноза

Порядък на хоспитализация	Наличие на амбулаторна диагноза		Общо
	Да	Не	
Планов	78	46	124
Спешен	8	18	26
Общо	86	64	150

От посочената таблица е видно превалирането на спешните хоспитализации при случаите с неустановена в доболничната помощ диагноза. Въпреки, че има пациенти при които не е поставена точна диагноза при хоспитализацията 93.33 % от пациентите имат клинични симптоми. Едва 6.67% от пациентите с УЧЕ са безсимптомни.

Давността на оплакванията варира от 1м до 12м., като с най-голяма честота в са пациентите със симптоматика от един месец.

Табл. 7. Давност на оплакванията на пациентите в месеци

Месеци	Честота	Процес	Валидиращ процент	Кумулативен процент
1	50	33,3	33,3	33,3
2	24	16,0	16,0	49,3
3	38	25,3	25,3	74,7
4	5	3,3	3,3	78,0
5	3	2,0	2,0	80,0
6	22	14,7	14,7	94,7
8	2	1,3	1,3	96,0
10	1	,7	,7	96,7
12	5	3,3	3,3	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

От дадената таблица 7 се установява, че средната честота на продължителност на оплакванията е около три месеца преди хоспитализацията.

На крос таблица 8 е представена връзката между наличието или липсата на оплаквания от пациента към порядъка на хоспитализацията.

Табл. 8. Връзка между оплаквания от страна на пациентите към порядъка на хоспитализацията

Порядък на хоспитализация	Наличие на оплаквания от пациента		Общо
	Да	Не	
Планов	114	10	124
Спешен	26	0	26
Общо	140	10	150

Не се установява съществена връзка между порядъка на хоспитализация и предходни оперативни интервенции на черен и бял дроб по повод ехинококоза. Връзката между порядъка на хоспитализацията към симптомите фебрилитет; коремна болка; гадене; повръщане; слабост; тежест вдясно подребрие; алергия; редукция тегло; видим иктер са следните:

- Наблюдава се значително превалиране на приетите по спешност фебрилни пациенти пред плановите хоспитализации.
- Наблюдава се ясна тенденция за планова хоспитализация при пациен-

ти с болкова симптоматика

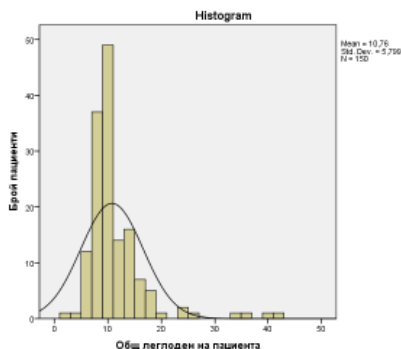
- Гаденето довежда до спешна хоспитализация почти толкова често колкото и коремната болка.
- Повръщането от друга страна е еднакво разпределен симптом при планоно и спешно хоспитализирани пациенти.
- Тежестта в дясно подребрие е най-честият симптом довеждащ пациента в болнично заведение.
- При оплакванията от алергия и консумативен синдром броят на планононите и спешни хоспитализации се изравнява.
- Наличието на иктер довежда до превалиране на спешните хоспитализации пред планононите, но все пак се наблюдават 5 пациенти които са приети планононо при наличен видим иктер.

3. Имунологични изследвания - ELISA

При нашите пациенти използването на имунологични реакции за диагностика не е широко застъпено. Едва при 20% от пациентите е използвана ELISA, като при всички случаи, където метода е приложен диагнозата е поставена правилно.

4. Общ болничен престой

Общият болничен престой на пациентите с УЧЕ варира в твърде широки граници. Най висок е процента на пролежаване от седем до девет дни.



Хистограма 4 - Разпределение на болничния престой по дни

От значение за диагностиката и лечението е и давността на предходната

оперативна интервенция по повод ЧЕ.

Според проучванията давността под 5 г. се смята за рецидив на ЧЕ, а не ново заразяване. В нашето проучване резултатите са следните:

В най-голям процент 80,67% липсва предходна операция по повод ЧЕ. В 13,3% е налице такава до пет години преди настоящата хоспитализация т.е. силно суспектна за рецидив на първичната киста.

Състоянието на черния дроб е от голямо значение за развитието на болестта, както и за правилният терапевтичен подход. На следната таблица и фигура сме представили придружаващите чернодробни заболявания при нашите пациенти.

5. Придружаващи чернодробни заболявания

Табл. 9. Придружаващи чернодробни заболявания при пациентите с УЧЕ

	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Няма придружаващи заболявания	135	90,0	90,0	90,0
Хепатит	6	4,0	4,0	94,0
Стеатоза	5	3,3	3,3	97,3
Холедохолитиаза	1	,7	,7	98,0
Цироза	2	1,3	1,3	99,3
ОВХ	1	,7	,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

6. Клинични симптоми

Наблюдават се следните симптоми при пациентите с УЧЕ.

Табл. 10. Симптомът- фебрилитет при пациенти с УЧЕ

Фебрилитет	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Да	24	16,0	16,0	16,0
Не	126	84,0	84,0	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

В литературният обзор наличието на фебрилитет при хоспитализацията

или няколко дни преди нея след изключване на друга инфекциозна причина дава съществено основание да се приеме че се касае за УЧЕ с развитие на супурация на кистата или кистите. В нашето проучване процента на фебрилните при хоспитализацията пациенти е 16%.

Това което довежда пациентите в болница в най-голям процент са симптомите коремна болка, гадене, повръщане, тежест в дясно подребрие, слабост.

Коремната болка е най-честият симтом водещ пациента при ОПЛ или в болничното заведение. В нашето проучване това са 93,33% от пациентите.

Симптомът гадене се среща в 54,67% от пациентите, което съвпада и с данните в проучената литература.

Повръщането е доста по-рядко срещан симтом при пациентите в нашето проучване.

Симптомът тежест в дясно подребрие е по-честота съизмерим със симптома коремна болка при пациентите с УЧЕ, това корелира напълно с резултатите на подобни проучвания в Световен мащаб.

Слабост в дясно подребрие се среща при повече от половината пациенти в нашето проучване.

По-тежкия симтом - редукция на телло се среща значително по-рядко в нашето проучване при 16 пациента или в 10,7% от наблюдаваните от нас случаи.

В нашето проучване от обследваните пациенти симптомът алергия е застъпен само в 4%.

Симптомите- видим иктер е застъпен едва при 8,6% от пациентите, а кожен сърбеж - при 6,6%.

В по-голямата част от случаите сърбежа е свързан с развитието на механичен иктер, в останалите пациенти е бил израз на алергизиране на индивида от паразита.

7. Лабораторни показатели

Установените лабораторни показатели са от вътрешболничната лаборатория. Не се установява съществена разлика между стойностите в доболничните и болничните изследвания.

7.1. Анемия

Табл. 11. Процентно разпределение по показател стойности на хемоглобина при пациентите с УЧЕ

Анемия	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Да	41	27,3	27,3	27,3
Не	109	72,7	72,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

От таблица 11 е видно, че лабораторния показател анемия е застъпен в 27,33% от проучваните от нас пациенти.

Табл. 12. Порядък на хоспитализация към наличие на анемичен синдром при пациентите с УЧЕ

Порядък на хоспитализация	Анемия		Общо
	Да	Не	
Планов	29	95	124
Спешен	12	14	26
Общо	41	109	150

Анемия е налице при 41 от пациентите, като 29 от тях са приети в планов порядък т.е. тя не е животозастрашаваща остра, а по-скоро хронична, и само при 12 пациенти анемията е значима и налага спешна хоспитализация (табл.12).

7.2. Левкоцитоза

Левкоцитоза е установена при 19,3% от всички пациенти с леко превалиране на спешните над плановите хоспитализации. Това превалиране най-вероятно се дължи на съмнение за ОХК.

Табл. 13- Левкоцитоза при пациентите с УЧЕ

	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Да	29	19,3	19,3	19,3
Не	121	80,7	80,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

Табл. 14. Порядък на хоспитализацията към наличие на левкоцитоза при пациентите с УЧЕ.

Порядък на хоспитализация	Левкоцитоза		Общо
	Да	Не	
Планов	14	110	124
Спешен	15	11	26
Общо	29	121	150

От таблици 13 и 14 е видно, че при пациентите с левкоцитоза приема в болнично заведение е еднакво разпределен на планов и спешен т.е. по-скоро причината за спешен прием най-вероятно не е левкоцитозата, а друг лабораторен показател или тревожещ хирурга симптом.

7.3. Трансаминази

Чернодробните проби ALAT, ASAT, GGTP у нашите пациенти са представени на следните таблици, от които прави впечатление малък брой пациенти със завишени стойности, които не оказват влияние на типа хоспитализация.

Табл. 15. Повишени стойности на ALAT при пациенти с УЧЕ

ALAT	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Нормален	128	85,3	85,3	85,3
Повишен	22	14,7	14,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

От таблица 15 е видно, че много малка част от пациентите са с повишени стойности на АЛАТ - само 22 от всички пациенти или 14,7%. От тях спешно хоспитализирани са 17 пациенти или 9%, което е представено на таблица 16.

Табл. 16. Порядък на хоспитализация към наличие на завишени стойности на ALAT при пациентите с УЧЕ

Порядък на хоспитализация	ALAT		Общо
	Нормален	Повишен	
Планов	111	13	124
Спешен	17	9	26
Общо	128	22	150

Табл. 17 - Повишени стойности на АСАТ при пациенти с УЧЕ

АСАТ	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Нормален	129	86,0	86,0	86,0
Повишен	21	14,0	14,0	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

Повишеният АСАТ е налице при 21 пациенти или 14% от пациентите, в еднакъв процент с този на повишения АЛАТ, от които спешно хоспитализирани са отново 9% от пациентите (табл.17,18).

Табл. 18. Порядък на хоспитализация към наличие на завишени стойности на АСАТ при пациентите с УЧЕ

Порядък на хоспитализация	АСАТ		Общо
	Нормален	Повишен	
Планов	112	12	124
Спешен	17	9	26
Общо	129	21	150

7.4. ГГТ

Табл. 19. Повишени стойности на GGTP при пациенти с УЧЕ

GGTP	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Да	30	20,0	20,0	20,0
Не	120	80,0	80,0	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

Повишените стойности на ГГТ е значително по-висок при 30 пациенти или 20% от тях, което корелира с ангажиране на жлъчните пътища или жл.мехур от ехинококовата киста (табл. 19). Това обаче не е водеща причина за спешна хоспитализация на пациента както е видно от следващата таблица. По-висок е броят на планово хоспитализираните пациенти (табл.20).

Табл. 20. Порядък на хоспитализация към наличие на завишени стойности на GGTP при пациентите с УЧЕ

Порядък на хоспитализация	ГГТ		Общо
	Завишен	Нормален	
Планов	19	105	124
Спешен	11	15	26
Общо	30	120	150

7.5. Билирубин

В нашето проучване процентът на пациентите с повишени нива на общият билирубин надхвърлят тези със симптом видим иктер. Всички завишени стойности при 16 пациенти или 10,7% от пациентите, които сме наблюдавали и са за сметка на повишен директен билирубин при 100%/16 пациенти - 10,7% от наблюдаваните от нас пациенти/ от пациентите с висок билирубин. Процентното разпределение е показано на таблици 21, 22, 23, 24:

Табл. 21- Завишен общ билирубин при пациенти с УЧЕ

Общ билирубин	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Да	16	10,7	10,7	10,7
Не	134	89,3	89,3	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

Табл. 22. Порядък на хоспитализация към наличие на завишени стойности на общият билирубин при пациентите с УЧЕ

Порядък на хоспитализация	Общ билирубин		Общо
	Завишен	Нормален	
Планов	8	116	124
Спешен	8	18	26
Общо	16	134	150

Табл. 23- Процентно разпределение на пациенти с директен билирубин при УЧЕ.

Директен билирубин	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Да	16	10,7	10,7	10,7
Не	134	89,3	89,3	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

Табл. 24. Порядък на хоспитализация към наличие на завишени стойности на директния билирубин при пациентите с УЧЕ

Порядък на хоспитализация	Директен билирубин		Общо
	Завишен	Нормален	
Планов	8	116	124
Спешен	8	18	26
Общо	16	134	150

От таблица 24 е налице еднакво разпределение на порядък на приен на пациентите с директна хипербилирубинемия.

8. Образна диагностика

8.1. Абдоминална ехография и локализация на кистите според ехографското изследване

Табл. 25 - Брой и процент извършена УЗ на корем при пациенти с УЧЕ

УЗ	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Да	125	83,3	83,3	83,3
Не	25	16,7	16,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

УЗ на корем е най-използваният метод не само за диагностика, но и за стадиране в амбулаторни условия (Табл. 25.). При нашите пациенти този метод на изследване е използван при 83,3 % от пациентите. При останалите е направена КТ в болнични условия.

1/ЛЯВ ДЯЛ

Табл. 26. Брой кисти в ляв дял на черен дроб според ЕХО на корем

Брой кисти	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
0	114	76,0	76,0	76,0
1	32	21,3	21,3	97,3
2	3	2,0	2,0	99,3
3	1	,7	,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

На таблица 26 се вижда по-малкият брой пациенти с левостранна локализация на кистите в 23,3% от пациентите или при 36 пациенти, като единична киста имаме при 21,3% от пациентите. След анализа на литературата нашите данни не се различават в световен мащаб.

По отношение големина на кистите в ляв чернодробен дял в най-голям процент са тези с размер от 5 до 8 см.

Табл. 27 - Размер на кисти в см при ехографско изследване в ляв чернодобен дял

Размер в см.	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
0	113	75,3	75,3	75,3
1	1	,7	,7	76,0
3	1	,7	,7	76,7
4	1	,7	,7	77,3
5	8	5,3	5,3	82,7
6	8	5,3	5,3	88,0
7	4	2,7	2,7	90,7
8	9	6,0	6,0	96,7
9	1	,7	,7	97,3
10	2	1,3	1,3	98,7
13	1	,7	,7	99,3
14	1	,7	,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

От таблица 27 е налице най-висок брой кисти с размер между 5 и 8см.

Табл. 28. Крос таблица между наличие на иктер и ехографски доказани кисти в само в ляв чернодобен дял.

Иктер	Брой кисти в ляв лоб на черен дроб след ехография на корем				Общо
	0	1	2	3	
Да	12	1	0	0	13
Не	102	31	3	1	137
Общо	114	32	3	1	150

След анализ на обследваните пациенти прави впечатление, че само при един от пациентите е налице иктер при левостранна локализация на ехинококова киста с най-голям размер на кистата -14 см (табл.28).

При корелационният анализ между иктер и размер на кисти в ляв дял след ехография е налице умерена зависимост в права посока при малък риск от грешка (табл.29).

Табл. 29. Корелационен анализ между иктер и размер на кисти в ляв чернодробен дял

	Стойност
Иктер	,311
Размер на кисти в ляв лоб на черен дроб в см. След ехография на корем	,059

2/ ДЕСЕН ДЯЛ

Табл. 30. Брой кисти в десен чернодробен дял установени с ехография на корем при пациенти с УЧЕ

	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
0	48	32,0	32,0	32,0
1	86	57,3	57,3	89,3
2	12	8,0	8,0	97,3
3	4	2,7	2,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

Установява се значително превалиране в засягането на десният чернодробен дял от ехинококови кисти. В 68% от пациентите са налице кисти само в десен чернодробен дял. Като в най-голям процент 57,3% кистата е единична. В анализа на литературната справка данните са приблизително еднакви (табл.30).

Табл. 31. Размер на кистите в десен чернодробен дял при ехографско изследване при пациенти с УЧЕ

Размери в см	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
0	48	32,0	32,0	32,0
2	1	,7	,7	32,7
4	4	2,7	2,7	35,3
5	2	1,3	1,3	36,7
5	1	,7	,7	37,3
5	9	6,0	6,0	43,3
6	3	2,0	2,0	45,3
6	1	,7	,7	46,0
6	1	,7	,7	46,7
6	1	,7	,7	47,3
6	8	5,3	5,3	52,7
7	1	,7	,7	53,3
7	13	8,7	8,7	62,0
8	1	,7	,7	62,7
8	7	4,7	4,7	67,3
8	1	,7	,7	68,0
9	1	,7	,7	68,7
9	8	5,3	5,3	74,0
10	1	,7	,7	74,7
10	23	15,3	15,3	90,0
11	1	,7	,7	90,7
12	4	2,7	2,7	93,3
13	1	,7	,7	94,0
14	1	,7	,7	94,7
15	6	4,0	4,0	98,7
16	1	,7	,7	99,3
18	1	,7	,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

От показаните данни с най-голям процент у нашите пациенти са кистите с размер от 10 см в диаметър (табл.50), което корелира с резултатите от други проучвания /Bernhard Stamm MDA,*, Marcela Fejgl MDA, Cornelia Hueber MD/. В тяхното проучване при 65% от пациентите в десен дял са открити кисти със среден размер от 9 см. Като при 15 пациенти са налице кисти с p-р над 10 см.

Табл. 33 - Крос таблица между размер на кисти в десен чернодробен дял и развитие на иктер

Размер на кисти в десен лоб на черен дроб в см. След ехография на корем	Иктер		Общо
	Да	Не	
0	3	45	48
2	0	1	1
4	1	3	4
5	0	2	2
5	0	1	1
5	0	9	9
6	1	2	3
6	0	1	1
6	0	1	1
6	0	1	1
6	1	7	8
7	0	1	1
7	1	12	13
8	0	1	1
8	1	6	7
8	0	1	1
9	0	1	1
9	2	6	8
10	0	1	1
10	3	20	23
11	0	1	1
12	0	4	4
13	0	1	1
14	0	1	1
15	0	6	6
16	0	1	1
18	0	1	1
Общо	13	137	150

Табл. 32 - Крос таблица между брой кисти в десен дял на черен дроб и иктер при пациенти с УЧЕ

Брой кисти в десен лоб на черен дроб след ехография на корем	Иктер		Общо
	Да	Не	
0	3	45	48
1	8	78	86
2	2	10	12
3	0	4	4
Общо	13	137	150

От таблица 32 се вижда че броят на пациентите с развит иктер и десностранна локализация на кистите е 10, значително по-голям от броя на пациентите с левостранна киста на черния дроб. Броят на кистите е видно, че не е от значение за развитието на иктер. При нашите пациенти е развит иктер в най-голям процент, при тези които са с единична киста в десен дял. Но е налице зависимост между иктера и големината на кистата.

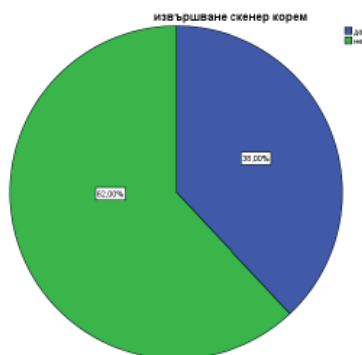
От таблица 33 е видно, че до иктер водят кистите с по-голям р-р 9-10см.

Табл. 34 - Корелационен анализ между размер на кисти в десен чернодробен дял и иктер

Размер на кисти в десен лоб на черен дроб в см. след ехография на корем	Стойности
	,021
Иктер	,272

От таблица 34 е налице слаба зависимост между размера на кистите и развитие на иктер, най-вероятно поради малкият брой на пациентите с развит иктер и имащи големи по размери кисти в десен чернодробен дял.

8.2. Компютърна томография на корем



Фиг.4 – Брой пациенти с извършен КТ на корем при пациенти с УЧЕ

При нашите пациенти се установява че КТ е използвана като диагностичен метод едва при 38% от обследваните пациенти (фиг.4), т.к. ехографското изследване е значително по-евтин и по-достъпен метод за диагностика дори и в амбулаторни условия.

1/ЛЯВ ДЯЛ

Табл. 35 - Брой кисти в ляв дял след КТ на корем при пациенти с УЧЕ

	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
0	123	82,0	82,0	82,0
1	22	14,7	14,7	96,7
2	3	2,0	2,0	98,7
3	1	,7	,7	99,3
6	1	,7	,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

След извършване на КТ на корем значително по-голям брой пациенти са с установени кисти в ляв дял в сравнение с ехографското изследване при 27 пациенти или 18% (табл.35).

Табл. 36 - Размер на кистите в ляв чернодробен дял след КТ при пациенти с УЧЕ

Размер в см	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
0	123	82,0	82,0	82,0
1	1	,7	,7	82,7
4	2	1,3	1,3	84,0
5	1	,7	,7	84,7
5	1	,7	,7	85,3
6	3	2,0	2,0	87,3
6	1	,7	,7	88,0
6	1	,7	,7	88,7
7	1	,7	,7	89,3
7	6	4,0	4,0	93,3
7	1	,7	,7	94,0
8	2	1,3	1,3	95,3
9	1	,7	,7	96,0
9	1	,7	,7	96,7
10	1	,7	,7	97,3
12	1	,7	,7	98,0
14	1	,7	,7	98,7
15	1	,7	,7	99,3
20	1	,7	,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

От таблица 36 са налице най-голям брой пациенти с размер на кистите около 7-8 см, като над 10 см кисти има при 5-ма пациенти.

Табл. 37- Крос таблица между брой кисти в ляв дял и иктер след КТ на корем при пациенти с УЧЕ.

Брой кисти в ляв лоб на черен дроб след скенер на корем	Иктер		Общо
	Да	Не	
0	10	113	123
1	2	20	22
2	1	2	3
3	0	1	1
6	0	1	1
Общо	13	137	150

При сравняване на двата образни метода ехографски и скенеграфско изледване е налице значително по-голям брой пациенти с установена киста в ляв чернодробен дял и развитие на иктер след извършена КТ на корем отнесено към общия брой пациенти, на които е направен КТ на корем (табл.37).

2/ ДЕСЕН ДЯЛ

Табл. 38- Брой кисти в десен лоб на черен дроб след КТ на корем при пациенти с УЧЕ.

Брой кисти	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
0	109	72,7	72,7	72,7
1	28	18,7	18,7	91,3
2	10	6,7	6,7	98,0
3	3	2,0	2,0	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

От таблица 38 е налице значително по-висок брой пациенти с кисти в десен чернодробен дял 41, въпреки по-малкият брой пациенти с извършен КТ на корем.

Табл. 39 - Размер на кисти в десен чернодробен лоб след КТ при пациенти с УЧЕ

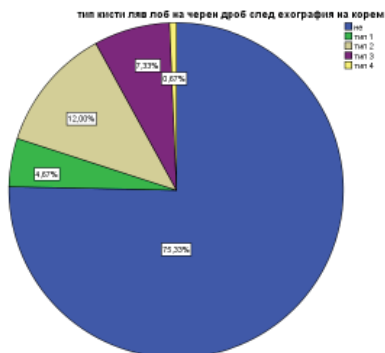
Размер в см	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
0	110	73,3	73,3	73,3
4	2	1,3	1,3	74,7
5	4	2,7	2,7	77,3
6	5	3,3	3,3	80,7
7	2	1,3	1,3	82,0
8	5	3,3	3,3	85,3
9	4	2,7	2,7	88,0
10	7	4,7	4,7	92,7
11	2	1,3	1,3	94,0
12	1	,7	,7	94,7
13	3	2,0	2,0	96,7
14	2	1,3	1,3	98,0
17	1	,7	,7	98,7
18	1	,7	,7	99,3
19	1	,7	,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

Размера кистите и при КТ е средно от около 6 до 10 см, както и при ехографските изследвания (табл.39). При сравнителният анализ на крос таблици са налице резултатите получени и от ехографските изследвания, а именно, че големината на кистата е от най-голямо значение за развитие на иктер. В десен дял са налице 10 пациенти с р-р на кистите над 10 см.

8.3. Тип кисти според образната диагностика

А/Тип кисти в ляв и десен дял на черен дроб след ехография

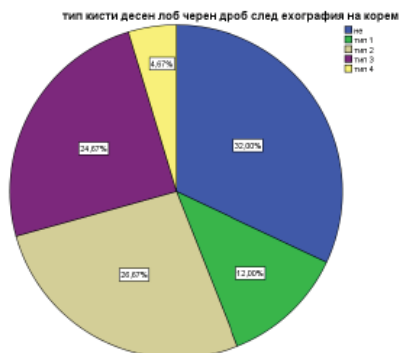
1/ ЛЯВ ДЯЛ



Фиг. 5 - Разпределение по тип кисти в ляв чернодробен дял след УЗ на корем

Най-голям процент в ляв чернодробен дял са кистите тип 2 според класификацията на Гарби, което съответства и на литературната справка (фиг.5).

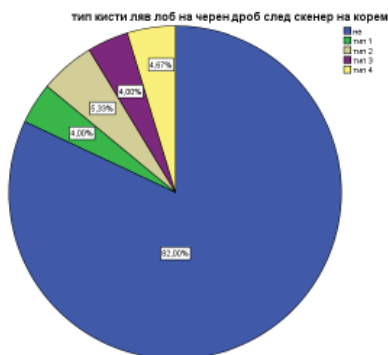
2/ДЕСЕН ДЯЛ



Фиг. 6 – Тип кисти в десен чернодробен дял според УЗ

Установява се превалиране на кисти тип 2 и 3 в десен чернодробен дял съответно 26,67% и 24,67% (фиг.6).

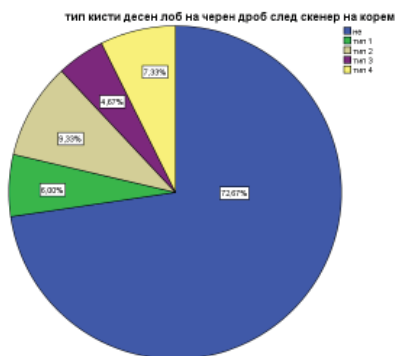
**Б/ Според КТ на корем разпределението на кистите е следното:
1/ЛЯВ ДЯЛ:**



Фиг. 6 – Разпределение по тип на кисти в ляв чернодробен дял според КТ.

След направен КТ на корем в ляв дял най-честия тип кисти са тип 2 в 5,33% и тип 3- в 4% от случаите (фиг 7).

2/ ДЕСЕН ДЯЛ:



Фиг. 8 – Тип на кистите в десен чернодробен дял според КТ.

От фигура 8 става ясно, че най-честия тип кисти в десен чернодробен дял след КТ на корем е тип 2-9,33% и тип 4 в 7,33%. Според статистическите данни УЗ и КТ методите за диагностика имат еднакво значение за типизирането на ЧЕ.

В. Общ брой кисти от образна диагностика към брой открити кисти интраоперативно.

Табл. 40. Общ брой кисти от образна диагностика към брой открити кисти интраоперативно.

		Брой кисти от образна диагностика	Брой кисти интраоперативно
Брой кисти от образна диагностика	Pearson Correlation	1	,595**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	150	150
Брой кисти интраоперативно	Pearson Correlation	,595**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	150	150

Извършен е корелационен анализ между променливите брой кисти от образна диагностика X (фактор) и брой кисти интраоперативно, която представлява зависима променлива Y (следствие).

В таблица 40 са включени характеристиките на изчисления корелационен коефициент на Пирсън и неговата статистическа значимост. Коефициентът на Пирсън, изчислед чрез SPSS е 0,595 и говори за наличие на значителна зависимост между отстранените интраоперативно кисти и кистите открити при образна диагностика.

Проверката за статистическата значимост на коефициента на корелация се извършва чрез граничното равнище на значимост Significance. Когато Sig е по-малка стойност от α /риск за грешка=0.05 или 5 %, то изчисленият коефициент на корелация може да бъде приет за надеждна оценка и да се счете за статистически значим.

Двата метода за диагностика са с еднаква информативна стойност по отношение типизирането на ЧЕ, с изключително голямо значение за интраоперативното поведение.

9. Хирургично лечение

Извършените оперативни интервенции са представени на таблица 41:

Табл. 41 – Видове оперативни интервенции

Вид оперативна интервенция	Брой интервенции	Процент от случаите
Ехинококектомия	149	100,0%
Капитонаж	149	100,0%
Дренаж	149	100,0%
Кистобилиарна деконекция	30	20,1%
Перикистектомия	1	,7%
Ревизия на екстрахепатални жлъчни пътища	19	12,8%
Биопсия на черен дроб	130	87,2%
Чернодробна резекция	17	11,4%
Едноетапна интервенция върху друг коремен орган	37	24,8%
Холицистектомия	35	23,5%
Холедохотомия	16	10,7%
Поставяне на КЕР дренаж	14	9,4%
ХДА	2	,9%
Общо	746	501,5%

При всички пациенти е извършена ехинококектомия с последващ капитонаж и дренаж на перитонеалната кухина. При повечето от случаите с УЧЕ е извършвана и биопсия на черен дроб – 87,2 %.

От направения анализ на оперативните протоколи на проучените от нас пациенти се установи, че при голям брой случай освен ехинококектомията се налага и допълнителна оперативна интервенция, която допълнително усложнява оперативното лечение и удължава постоперативният период.

Табл. 42 – Допълнителни оперативни интервенции и интраоперативни допълнителни находки освен ехинококтомия.

	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Не	103	68,7	68,7	68,7
Холедохо-дуоденоанастомоза	1	,7	,7	69,3
Холецистектомия	4	2,7	2,7	72,0
Холецистит	15	10,0	10,0	82,0
Бронхоплеврална фистула	1	,7	,7	82,7
Ехоноко на слезка	3	2,0	2,0	84,7
Сраствания	7	4,7	4,7	89,3
Биопсия черен дроб	1	,7	,7	90,0
Абсцес на черен дроб	9	6,0	6,0	96,0
Инфилтрация жлъчен мехур	3	2,0	2,0	98,0
Супурация	1	,7	,7	98,7
Карцином на жл. Мехур	1	,7	,7	99,3
Перитонит	1	,7	,7	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

Установява се че в 31,3 % от случаите с УЧЕ се установява допълнителна интраоперативна находка ангажираща вниманието на хирурга (табл.42). Най – честото такова състояние е холецистит поради ангажиране на жл. мехур от стената на ехинококовата киста. Второто по честота състояние е установяването на чернодробен абсцес в съседство на кистата. Тези данни корелират с проучените в литературният обзор автори.

От значение за честотата на възникване на УЧЕ е и предходна оперативна интервенция върху черен дроб по повод ехинококоза. В нашите случай се установи следното:

Табл. 43 - Предходна оперативна интервенция по повод чернодробна ехинококоза

	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Да	28	18,7	18,7	18,7
Не	122	81,3	81,3	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

Установява се че при 18,7 % от случаите е налице предходна оперативна интервенция по повод ЧЕ и при 100 % от тях е налице УЧЕ (табл.43).

10. Интраоперативни усложнения при УЧЕ

Връзката между тип кистите в ляв и десен дял установени ехографски и скенерграфски предоперативно и корелацията им с усложнения по вид на усложнението установено интраоперативно:

10.1. Усложнения в ляв чернодробен дял интраоперативно и сравнени с диагностичните методи УЗ и КТ

Табл. 44 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем към наличие на усложнения по време на оперативния процес.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем	Усложнения по време на оперативния процес		Общо
	Да	Не	
Не	62	51	113
Тип 1	3	4	7
Тип 2	10	8	18
Тип 3	10	1	11
Тип 4	0	1	1
Общо	85	65	150

От таблица 44 е видно че при общ брой усложнени кисти в ляв дял - 85, само 23 са установени, че са усложнени чрез УЗ, като в най – голям процент това са кистите 2 и 3 тип.

Табл. 45 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем усложнения по време на оперативния процес.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем	Усложнения по време на оперативния процес		Общо
	Да	Не	
Не	69	54	123
Тип 1	3	3	6
Тип 2	5	3	8
Тип 3	4	2	6
Тип 4	4	3	7
Общо	85	65	150

Скенеграфски са установени само 16 кисти с усложнения от общия брой усложнени кисти установени интраоперативно, като процентно челните места се заемат от 2,3 и 4 тип кисти (табл.45). Това най-вероятно се дължи на по-добрата интерпретация на скенеграфския метод относно типизацията на ехинококовите кисти.

На крос таблици 46 и 47 е представена връзката между локализираните в ляв и десен чернодробни дялове кисти, към установените интраоперативни усложнения.

1/. СУПУРАЦИЯ

Табл. 46 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения-супурация.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения-супурация		Общо
	Да	Не	
Не	28	85	113
Тип 1	1	6	7
Тип 2	7	11	18
Тип 3	6	5	11
Тип 4	0	1	1
Общо	42	108	150

От всички установени усложнени със супурация кисти в ляв дял, които са 42, от тях 14 са с установено чрез УЗ усложнение супурация. В

най – висок процент супурация се среща при 2- ри и 3- ти тип кисти. От литературният обзор данните показват че тип 3 кистите се усложняват най-често със супурация.

Табл. 47 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения - супурация.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения-супурация		Общо
	Да	Не	
Не	33	90	123
Тип 1	1	5	6
Тип 2	2	6	8
Тип 3	3	3	6
Тип 4	3	4	7
Общо	42	108	150

От общия брой усложнени със супурация кисти установени интраоперативно, чрез КТ на корем това усложнение е установено при 9 пациенти. Като е налице разпределение между 3 ти и 4 ти тип кисти.

Табл. 48 - Супурация кисти ляв дял на черен дроб в ход на оперативна интервенция.

	Честота	Процент	Валидиращ процент	Кумулативен процент
Да	42	28,0	28,0	28,0
Не	108	72,0	72,0	100,0
Общо	150	100,0	100,0	

От таблица 48 става видно, че при 42 пациенти или 28% от всички пациенти имат установено интраоперативно усложнение супурация. От предходните таблици е видно че УЗ и КТ на корем, като диагностични методи не са достатъчно прецизни по отношение установяване на усложнението - супурация предоперативно.

2/. ПЕРФОРАЦИЯ КЪМ КОРЕМНА КУХИНА

Табл. 49 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения – перфорация към коремна кухня.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения-перфорация коремна кухня		Общо
	Да	Не	
Не	6	107	113
Тип 1	0	7	7
Тип 2	2	16	18
Тип 3	0	11	11
Тип 4	0	1	1
Общо	8	142	150

Общо интраоперативно установена перфорация към коремна кухня е установена при 8 пациенти, ехографска вероятност за такова усложнение имаме при 2 пациенти само с тип 2 киста. При установените интраоперативно още 6 кисти с перфорация към свободна коремна кухня УЗ изследването не е показало съмнение за перфорация (табл.49).

Табл. 50 -Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения - перфорация към коремна кухня.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения-перфорация коремна кухня		Общо
	Да	Не	
Не	6	117	123
Тип 1	0	6	6
Тип 2	1	7	8
Тип 3	0	6	6
Тип 4	1	6	7
Общо	8	142	150

При КТ се установяват само две кисти с вероятна перфорация от общо 8 с интраоперативно установена перфорация към свободната коремна кухня (табл.50). По отношение на усложнението перфорация към свободната коремна кухня нито един от двата образни диагностични метода не дава точна предиктивна диагностика.

3/. КОМУНИКАЦИЯ С ИХЖП

Табл. 51 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения - комуникация с интрахепатални жлъчни пътища.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения-комуникация с интрахепатални жлъчни пътища		Общо
	Да	Не	
Не	21	92	113
Тип 1	2	5	7
Тип 2	1	17	18
Тип 3	3	8	11
Тип 4	0	1	1
Общо	27	123	150

Установена интраоперативна комуникация между кистата и интрахепаталните жлъчни пътища е налице при 27 пациенти. УЗ установява, че при общо 6 от случаите наличие съмнение за такова усложнение. Като най често е при кисти тип 1 и 3 (табл.51).

Табл. 52 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения - комуникация с интрахепатални жлъчни пътища.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения-комуникация с ихжп.		Общо
	Да	Не	
Не	23	100	123
Тип 1	1	5	6
Тип 2	0	8	8
Тип 3	2	4	6
Тип 4	1	6	7
Общо	27	123	150

От таблица 52 е видно че КТ метода установява само при 4-ма пациенти е възможна комуникация между кистата с ИХЖП. Най често се установява при тип 3 киста.

4/. ПЕРФОРАЦИЯ КЪМ ЕХЖП

Табл. 53 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения-перфорация ЕХЖП.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения-перфорация ехжп		Общо
	Да	Не	
Не	4	109	113
Тип 1	0	7	7
Тип 2	0	18	18
Тип 3	0	11	11
Тип 4	0	1	1
Общо	4	146	150

Перфорация към ЕХЖП интраоперативно е установена при четирима пациенти. УЗ при нито един от пациентите не се предполага такава усложнение (табл.53).

Табл. 54- Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения-перфорация ЕХЖП.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения-перфорация жлъчни канали		Общо
	Да	Не	
Не	2	121	123
Тип 1	0	6	6
Тип 2	0	8	8
Тип 3	1	5	6
Тип 4	1	6	7
Общо	4	146	150

Скенеграфски са налице установени 2 ма пациенти от общо четирима. Това са 50 % от всички с това усложнение пациенти т.е. КТ на корем е значително по – точен метод за диагностика на това усложнение (табл.54).

5/. ПОКРИТА ПЕРФОРАЦИЯ

Табл. 55 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения - покрита перфорация

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения- покрита перфорация		Общо
	Да	Не	
Не	3	110	113
Тип 1	0	7	7
Тип 2	3	15	18
Тип 3	0	11	11
Тип 4	0	1	1
Общо	6	144	150

Табл. 56 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения-покрита перфорация.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения- покрита перфорация		Общо
	Да	Не	
Не	4	119	123
Тип 1	0	6	6
Тип 2	1	7	8
Тип 3	1	5	6
Тип 4	0	7	7
Общо	6	144	150

Интраоперативно са открити покрита перфорации при 6-ма пациенти. При УЗ диагностиката се установяват 3-ма, при кисти тип 2, а от КТ само при 2-ма разпределени по 1 от тип 2 и 3 кисти (табл.55,56).

6/. АНГАЖИРАНЕ НА ДРУГ КОРЕМЕН ОРГАН

Табл. 57 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения - ангажиране на друг коремен орган

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения-ангажиране на друг коремен орган		Общо
	Да	Не	
Не	11	102	113
Тип 1	0	7	7
Тип 2	4	14	18
Тип 3	1	10	11
Тип 4	0	1	1
Общо	16	134	150

Табл. 58 - Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения - ангажиране на друг коремен орган.

Тип кисти ляв лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения-ангажиране на друг коремен орган		Общо
	Да	Не	
Не	11	112	123
Тип 1	1	5	6
Тип 2	2	6	8
Тип 3	2	4	6
Тип 4	0	7	7
Общо	16	134	150

Допълнителната находка ангажиране на друг коремен орган е установена интраоперативно при 16 пациенти. Образната диагностика УЗ и КТ установява при 5 пациенти разпределени при 1, 2 и 3 ти тип кисти (табл.57, 58).

10.2. Усложнения в десен чернодробен дял установени интраоперативно и сравнени с резултатите след ехография и КТ

Табл. 59 -Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем усложнения по време на оперативния процес

Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем	Усложнения по време на оперативния процес		Общо
	Да	Не	
Не	28	20	48
Тип 1	8	10	18
Тип 2	19	21	40
Тип 3	25	12	37
Тип 4	5	2	7
Общо	85	65	150

Установени са усложнения при 85 пациенти интраоперативно в десен чернодробен дял. От ехографското изследване най- често усложнени кисти са тип 2 и 3 (табл 59).

Табл. 60 - Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем усложнения по време на оперативния процес.

Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем	Усложнения по време на оперативния процес		Общо
	Да	Не	
Не	61	48	109
Тип 1	5	4	9
Тип 2	7	7	14
Тип 3	4	3	7
Тип 4	8	3	11
Общо	85	65	150

От КТ изследването прави впечатление по-малък брой пациенти с открити усложнени кисти чрез КТ, поради факта че КТ не е извършвано при всички пациенти. Но по- добрата резолюция и детайлност на изследването установява наличие на по голям брой усложнени кисти стадиранни като тип 4 (табл.60).

1/. СУПУРАЦИЯ В ДЕСЕН ДЯЛ

Усложнението супурация е налице при 42-ма пациенти с десностранно разположени ехинококови кисти.

Табл. 61 - Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения - супурация.

Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения-супурация		Общо
	Да	Не	
Не	17	31	48
Тип 1	1	17	18
Тип 2	7	33	40
Тип 3	12	25	37
Тип 4	5	2	7
Общо	42	108	150

Табл. 62 - Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения - супурация.

Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения-супурация		Общо
	Да	Не	
Не	35	74	109
Тип 1	1	8	9
Тип 2	0	14	14
Тип 3	3	4	7
Тип 4	3	8	11
Общо	42	108	150

От образните изследвания се установява, че в десен дял се установяват също 42 броя кисти с усложнение супурация. Най-изразените типове кисти със супурация са отново 2 и 3 ти тип кисти, както и в левия дял. В десният дял са открити по – голям брой кисти от колкото в ляв дял, а супуриралите кисти са еднакъв брой – следователно кистите разположени в ляв чернодробен дял супурират по – често отнесено към общият брой кисти (табл. 61, 62).

2/. ПЕРФОРАЦИЯ КЪМ КОРЕМНА КУХИНА ОТ КИСТИ В ДЕСЕН ДЯЛ

Усложнението перфорация към коремната кухина е налице при 8 пациенти с разположени в десен чернодробен дял кисти.

Табл. 63 - Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения - перфорация коремна кухина.

Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения-перфорация коремна кухина		Общо
	Да	Не	
Не	3	45	48
Тип 1	2	16	18
Тип 2	1	39	40
Тип 3	2	35	37
Тип 4	0	7	7
Общо	8	142	150

Табл. 64 - Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения - перфорация коремна кухина.

Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения-перфорация коремна кухина		Общо
	Да	Не	
Не	5	104	109
Тип 1	0	9	9
Тип 2	2	12	14
Тип 3	1	6	7
Тип 4	0	11	11
Общо	8	142	150

По отношение усложнението перфорация към свободната коремна кухина не се установява разлика в честотата между ляв и десен чернодробни дялове. И тук предимно кисти от тип 2 и 3 са най-често усложнени с перфорация към свободната коремна кухина (табл.63,64).

3/. КОМУНИКАЦИЯ С ИХЖП

Усложнението комуникация с ИХЖП се среща при 27 пациенти с десностранно разположение на чернодробните ехинококови кисти (табл.65, 66).

Табл. 65- Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения - комуникация с интрахепатални жлъчни пътища

Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения- комуникация с ихжп		Общо
	Да	Не	
Не	4	44	48
Тип 1	4	14	18
Тип 2	9	31	40
Тип 3	8	29	37
Тип 4	2	5	7
Общо	27	123	150

Табл. 66 - Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения - комуникация с интрахепатални жлъчни пътища.

Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения- комуникация с ихжп		Общо
	Да	Не	
Не	23	86	109
Тип 1	1	8	9
Тип 2	0	14	14
Тип 3	1	6	7
Тип 4	2	9	11
Общо	27	123	150

Установена комуникация с интрахепаталните жлъчни пътища е открита при 27 пациенти, като това са кисти от 4 те типа, с най- голяма честота са 2 ри и 3 ти тип.

4/. ПЕРФОРАЦИЯ КЪМ ЕХЖП

Усложнението перфорация към ЕХЖП е установено при 4-ма пациенти.

Табл. 67 - Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения - перфорация към ЕХЖП.

Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения-перфорация към ехжп		Общо
	Да	Не	
Не	1	47	48
Тип 1	1	17	18
Тип 2	2	38	40
Тип 3	0	37	37
Тип 4	0	7	7
Общо	4	146	150

Табл. 68 - Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения - перфорация към ЕХЖП

Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения-перфорация към ехжп		Общо
	Да	Не	
Не	4	105	109
Тип 1	0	9	9
Тип 2	0	14	14
Тип 3	0	7	7
Тип 4	0	11	11
Общо	4	146	150

В нашето проучване ангажирането на ЕХЖП от ехинококоза е установено при 4 пациенти (табл.67, 68).

5/. ПОКРИТА ПЕРФОРАЦИЯ

Усложнението покрити перфорация е установено интраоперативно при 6-ма пациенти.

Табл. 69 - Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем интраоперативни усложнения - покрити перфорация

Тип кисти десен лоб черен дроб след ехография на корем	Интраоперативни усложнения-покрити перфорация		Общо
	Да	Не	
Не	4	44	48
Тип 1	1	17	18
Тип 2	0	40	40
Тип 3	1	36	37
Тип 4	0	7	7
Общо	6	144	150

Табл. 70 - Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем интраоперативни усложнения - покрити перфорация.

Тип кисти десен лоб на черен дроб след скенер на корем	Интраоперативни усложнения-покрити перфорация		Общо
	Да	Не	
Не	5	104	109
Тип 1	1	8	9
Тип 2	0	14	14
Тип 3	0	7	7
Тип 4	0	11	11
Общо	6	144	150

Покрити перфорация е открита при 6 пациенти предимно с кисти тип 1 и 3 (табл.69, 70).

11. Сравнение между видовете оперативни интервенции и видовете интраоперативни усложнения

Табл. 71 - Видове оперативни интервенции/Видове интраоперативни усложнения

Вид оперативни интервенции	Видове интраоперативни усложнения											Общо	
	Сраствания	Сулурация	Перф. коремна кухина	Комуник. жл. пътища	Перф. жл. Канали	Покрита перф.	Ангаж. жл. мехур	билном	Ангаж др коремен орган	Увел. лимфни възли	Реакция възл. оментум		Комуник. с плевр. кухина
Ехинококектомия	43	42	8	27	4	6	25	1	16	4	1	3	180
Капитонаж	43	42	8	27	4	6	25	1	16	4	1	3	180
Дренаж	43	42	8	27	4	6	25	1	16	4	1	3	180
Кистобилиарна деконекция	5	11	2	25	3	1	11	-	1	1	-	-	60
Перикистектомия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ревизия на екстрахепатални жлъчни пътища	4	7	2	13	3	1	11	-	1	1	-	-	43
Биопсия на черен дроб	43	36	8	20	4	6	23	1	15	4	1	2	163
Чернодробна резекция	5	5	0	5	1	2	9	-	2	1	1	-	31
Едноетапна интервенция върху друг коремен орган	14	13	1	11	3	2	22	-	4	3	-	-	73
Холицистектомия	14	13	1	10	3	2	22	-	4	1	-	-	70
Холедохотомия	6	8	1	8	2	2	10	-	2	2	-	-	41
Кер дренаж	5	8	1	7	2	2	10	-	2	1	-	-	38

На таблица 71 са представени всички видове интраоперативни

усложнения отнесени към вида на оперативната интервенция която е извършена. Извършената най – често интервенция в обем ехинококектомия, капитонаж и дренаж съчетана с биопсия на черен дроб имат най – висок брой на установени интраоперативни усложнения. При необходимост от извършване на допълнителна оперативна интервенция съответно се увеличава и броят на възможните интраоперативни усложнения. В таблица 91 е представена връзката между оперативните интервенции и усложненията в постоперативният период.

12.Постоперативни усложнения

При разглеждането на литературният обзор прави впечатление наличието на по – голям брой усложнения в следоперативният период при наличието на пациенти с установена УЧЕ. В нашето проучване връзката между извършените видове интраоперативни интервенции и последвалият постоперативен период е представена на следната таблица:

Табл. 72- Видове оперативни интервенции и постоперативни усложнения

Вид оперативни интервенции	Постоперативни усложнения							Общо
	Няма постоперативни усложнения	Хидронефроторакс	Камерни фибрилации	Плеврален излив	Сърдечна опресия	Изтичане на жлъчка и гной от дренове	Фебрилитет	
Ехинококектомия	135	1	1	2	1	4	4	149
Капитонаж	135	1	1	2	1	4	4	149
Дренаж	135	1	1	2	1	4	4	149
Кистобилиарна деконекция	25	1	0	1	0	3	0	30
Перикистектомия	1	0	0	0	0	0	0	1
Ревизия на екстрахепатални жлъчни пътища	15	1	0	1	0	2	0	19
Биопсия на черен дроб	119	1	1	2	1	1	4	130

Вид оперативни интервенции	Постоперативни усложнения							Общо
	Няма постоперативни усложнения	Хидропневмоторакс	Камерни фебрилации	Плеврален излив	Сърдечна опресия	Изтичане на жлъчка и гной от дренаже	Фебрилитет	
Чернодробна резекция	14	0	0	0	0	1	2	17
Едноетапна интервенция върху друг коремен орган	31	1	0	1	0	2	2	37
Холицистектомия	30	0	0	1	0	2	2	35
Холедохотомия	10	1	0	1	0	2	2	16
Кер	9	0	0	1	0	2	2	14
Общо	135	1	1	2	1	4	4	149

Най – честата интраоперативна намеса при нашите пациенти е ехинококектомия с капитонаж и дренаж. От таблицата е видно, че изтичането на гной и жлъчка от дренажите и фебрилитета са най – изразени от постоперативните усложнения. Видно е че допълнителните оперативни интервенции водят и до повече усложнения в постоперативният период.



Фиг. 9– Видове постоперативни усложнения

От фигура 9 е видно, че най – честото постоперативно усложнение е фебрилитета. Връзката между усложнен постоперативен период към различни интраоперативни усложнения на кистите е дадена на следните крос таблици:

Табл. 73 - Наличие на връзка между усложнения при постоперативен период и усложненията по време на оперативния процес.

Наличие на усложнения при постоперативен период	Усложнения по време на оперативния процес		Общо
	Да	Не	
Да	14	2	16
Не	71	63	134
Общо	85	65	150

От таблица 73 е налице корелационна връзка между усложненията установени интраоперативно и постоперативният период при 14 пациенти от общо 85 такива с усложнения по време на оперативната интервенция.

Табл. 74 - Корелационен анализ между усложнения интраоперативно и усложнен постоперативен период.

	Стойност	Приблизителен знак
Сравнявана стойност	,210	,008
Брой случаи	150	

От таблица 74 при корелационен анализ е налице значима зависимост в права посока между интраоперативни усложнения и усложнения в постоперативният период.

Табл. 75 - Наличие на усложнения при постоперативен период интраоперативни усложнения - супурация.

Наличие на усложнения при постоперативен период	Интраоперативни усложнения- супурация		Общо
	Да	Не	
Да	10	6	16
Не	32	102	134
Общо	42	108	150

Усложнението супурация интраоперативно води до усложнен постоперативен период при 10 пациенти от общ брой пациенти със супурация 42 (табл.75).

Табл. 76 - Корелационен анализ между супурация интраоперативно установена и усложнен постоперативен период.

	Стойност	Приблизителен знак
Сравнявана стойност	,257	,001
Брой случаи	150	

От таблица 76 е налице значима зависимост в права посока между супурацията установена интраоперативно и усложнения постоперативен период.

Табл. 77 - Наличие на усложнения при постоперативен период интраоперативни усложнения - перфорация коремна кухина.

Наличие на усложнения при постоперативен период	Интраоперативни усложнения-перфорация коремна кухина		Общо
	Да	Не	
Да	3	13	16
Не	5	129	134
Общо	8	142	150

От наличните 8 пациенти с усложнението перфорация към коремна кухина само 3-ма пациенти са с усложнен постоперативен период (табл.77).

Табл. 78 - Корелационен анализ между перфорация към коремната кухина интраоперативно установена и усложнен постоперативен период.

	Стойност	Приблизителен знак
Сравнявана стойност	,202	,012
Брой случаи	150	

От корелационият анализ между усложнението перфорация към свободната коремна кухина установено интраоперативно и наличието на усложнен постоперативен период е налице умерена зависимост в права посока (табл.78).

Табл. 79 - Наличие на усложнения при постоперативен период интраоперативни усложнения - комуникация с жлъчни пътища.

Наличие на усложнения при постоперативен период	Интраоперативни усложнения-комуникация с жлъчни пътища		Общо
	Да	Не	
Да	6	10	16
Не	21	113	134
Общо	27	123	150

Комуникация с ИХЖП интраоперативно са установени при 27 пациенти, от тях 6-ма са с усложнен постоперативен период (табл.79).

Табл. 80 - Корелационен анализ между комуникация с ИХЖП интраоперативно установена и усложнен постоперативен период.

	Стойност	Приблизителен знак
Сравнявана стойност	,173	,032
Брой случаи	150	

От корелационният анализ между усложнението комуникация на кистата с ИХЖП и наличието на усложнен постоперативен период е налице слаба зависимост в права посока (табл.80).

Табл. 81 - Наличие на усложнения при постоперативен период интраоперативни усложнения – необходимост от ревизия на ЕХЖП.

Наличие на усложнения при постоперативен период	Интраоперативни усложнения-перфорация жлъчни канали		Общо
	Да	Не	
Да	1	15	16
Не	3	131	134
Общо	4	146	150

При 4-ма пациенти интраоперативно е установена перфорация на ЕХЖП, от които само един е с усложнен постоперативен период (табл.81).

Табл. 82 - Корелационен анализ между перфорация на ЕХЖП интраоперативно установена и усложнен постоперативен период.

	Стойност	Приблизителен знак
Сравнявана стойност	,077	,347
Брой случаи	150	

От корелационният анализ между усложнението ангажиране на ЕХЖП и наличие на усложнен постоперативен период е налице незначима зависимост в права посока (табл.82).

Табл. 83 - Наличие на усложнения при постоперативен период интраоперативни усложнения - покрита перфорация.

Наличие на усложнения при постоперативен период	Интраоперативни усложнения- покрита перфорация		Общо
	Да	Не	
Да	3	13	16
Не	3	131	134
Общо	6	144	150

При наличие на покрита перфорация установена интраоперативно в 50% от случаите е налице усложнен постоперативен период (табл.83).

Табл. 84 - Корелационен анализ между покрита перфорация интраоперативно установена и усложнен постоперативен период.

	Стойност	Приблизителен знак
Сравнявана стойност	,252	,001
Брой случаи	150	

От корелационният анализ между установена покрита перфорация на кистата интраоперативно и наличие на усложнен постоперативен период е налице силна зависимост в права посока (табл.84).

Нашето проучване обхваща двадесет и четири годишен период през който за чернодробна ехинококоза са лекувани 435 пациенти.

Усложнения на ЧЕ са регистрирани при 150 пациенти от всички хоспитализирани болни. От които мъже са 192 /42,67%, а жените значително по-голям брой 269 /57,33%/. Честотата на усложнената ЧЕ достига до около 60 % при пациентите диагностицирани и лекувани за чернодробна ехинококоза според /Roland Shautems, MD et. al/. Нашите пациенти бяха разделени на четири възрастови групи – до 20 г, от 20-40г.,

от 41-60г., над 61г. Най младият пациент е на 9 г. а най-възрастният на 78г. Средната възраст е 44,93г. Най-засегнатата възрастова група са лица в активна творческа възраст от 41 години до 60 години. Заболеваемостта в световен мащаб е по-голяма сред селското население според проучване на Paradimitriou, J, Mandrekas. В нашето проучване по-голям брой пациенти са живеещите в градски условия. През 2004 г в България е стартирала четири годишна програма за борба с ехинококозата от която ползата е подобряването на диагностиката и осигуряване на безплатно лечение, но проблемът с бездомните кучета не е решен. Това е причината според нас за тази инверсия на заболеваемостта в България.

В нашето проучване представяме вида на хоспитализациите на пациенти с УЧЕ – спешен или планов. Броят на хоспитализираните по спешност са едва 26 пациенти /17,3%/. Значително по-големият брой пациенти са приети и оперирани планово, като интраоперативно е открито поне едно усложнение на заболяването. В проучените от нас литературни източници не открихме проучване засягащо вида на хоспитализация на пациенти с УЧЕ. Късно потърсената медицинска помощ, недостатъчно ефективна доболнична помощ или нетипичната клинична симптоматика са най-вероятните причини за късно поставената диагноза или липсата на такава. В нашето проучване 42,67% от приетите пациенти са без диагноза /неясна/.

Анамнезата само по себе си не е достатъчно информативен и предиктивен фактор. Според В. Bastani & F. Dehdashti приблизително 28% от болните имат доболничен период след поставяне на диагнозата между 30 и 60 дни, 22% - от 60 дни до 12 месеца, а 39% - повече от 1 година, като най-дълъг период е установен при 1 болен - 8 години. В около три-четвърти от случаите с абдоминална ехинококоза, повечето от които са локализиращи в черния дроб, първоначалната презентация е случайно открита, безсимптомна туморна маса. Понякога водещо е безсимптомното увеличение на черния дроб, установено от пациента при самоизследване или клинично изследване, при рутинна рентгенография на корема извършена по повод на инцидентно възникнали проблеми или по време на лапаротомия по повод на някакво друго абдоминално заболяване, например травма, холелитиаза, туберкулоза, бременност и т.н.

В анализа на получените от нас резултати се установи средна продължителност на оплакванията пред хоспитализацията от около три месеца. Най-голяма продължителност на симптомите установихме при 3% от пациентите /12м/. А най-голям процент /33%/ са с давност на оплакванията до един месец. Кистата в левия чернодробен дял, най-често се представя пред стомаха и колана и е възможно да се наблюдава като

мобилна, респираторно подвижна маса в горната и централната част на корема. Понякога, когато хидатидната киста е в десния лоб на черния дроб, налице е компенсаторна хипертрофия на левия лоб, което може да доведе до погрешно клинично диагностициране на тумор в левия чернодробен дял. Симптомите на клиничната изява на чернодробния ехинокок се свързват преди всичко с експанзивния растеж на кистите. Независимо от локализацията им, най-честия симптом е абдоминалната тежест и/или болка. Това което довежда пациентите в болница в най-голям процент са симптомите коремна болка – 93,33% от обследваните от нас пациенти, гадене-54,67%, повръщане-36,67%, тежест в дясно подребрие-93,33%, слабост-60,67%.

Според литературните данни алергичните реакции са твърде чести и могат да доведат, особено след руптура на ехинококовата киста, до анафилактичен шок. При руптура на кистата са налице данни за остър корем и хиповолемиа. Когато тя е резултат на травма могат да се наблюдават симптоми на интраабдоминална хеморагия.

В нашето проучване симптомът алергия е застъпен само в 4 %.

Фебрилитетът и механичният иктер са индикатор на холангит, свързващ се с руптура на кистата в билиарното дърво. Това са наличните симптоми в приблизително 5-25% от пациентите, в някои случаи прогресиращи до развитието на остър панкреатит. Симптомите видим иктер и кожен сърбеж са застъпени сравнително рядко при нашите пациенти 8.67%.

Също така болката, иктерът и втрисането са симптоми говорещи за инфектиране на ехинококовата киста и формиране на чернодробен абсцес. В нашето проучване процента на фебрилните преди хоспитализацията пациенти е 16%, който е сравнително нисък. При 6.7% от проучените от нас пациенти са без клинична симптоматика и установяването на ЧЕ е чрез рутинно образно изследване в амбулаторни условия, в най голям процент абдоминална ехография.

При нашите пациенти използването на имунологични реакции за диагностика не е широко застъпено. Едва при 20% от пациентите е използвана ELISA, като при всички случаи, където метода е приложен диагнозата е поставена правилно.

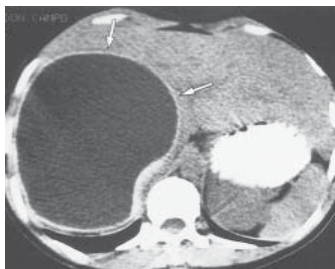
Рутинните лабораторни показатели левкоцити, хемоглобин, чернодробни проби, общ и директен билирубин не са специфични. Но при ЧЕ могат да бъдат ценен предоперативен показател за развитие на усложнения. Левкоцитоза наблюдаваме при 19,3% от пациентите, анемия е налице при 27,3%. При пациентите с наличие на левкоцитоза наблюдаваме леко преваляване на спешните хоспитализации пред

плановите. Чернодробните проби ALAT, ASAT, GGTP са завишени при малък брой пациенти и не оказват влияние на типа хоспитализация. В нашето проучване процентът на пациентите с повишени нива на общият билирубин надхвърлят тези със симптом видим иктер. Всички завишени стойности които сме наблюдавали са за сметка на директния билирубин. По критерият завишени стойности на директния и общият билирубин хоспитализациите показват еднакъв брой планов и спешен прием.

Образната диагностика е от изключително голямо значение за ранното и правилно диагностициране на УЧЕ.

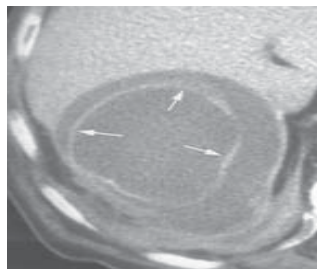
Рентгеновото изследване има малка диагностична стойност. При рентгенография на корема се търсят интрахепатални калцификации, елевация на десния диафрагмален купол, плеврални сраствания или излив. Интрахепаталните калцификати изхождат от ектоциста и обикновено имат типичен курволинеарен образ. Те могат да прогресират до плътна калцифицирана лезия на черния дроб. Не би трябвало да се приема наличието на калцификати като мъртва ехинококова киста, още повече, че такава също може да бъде проявена с клинична симптоматика, когато съществува билиарна комуникация и/или инфектиране с последващ холангит. Частичната или пълната петрификация на кистата дава ясно и типично изображение. Понякога се изобразява цялата, а в други случаи – просто крива линия наслагана върху сянката на черния дроб. Това се отнася особено за рецидивните кисти на черния дроб, когато са в съседство със старите фиброзни изменения от прекараните в миналото операции. При наличие на супурация на кистите, в някои случаи може да се установят хидроаерични сенки разположени субдиафрагмално, което също затруднява диагнозата и изисква отдиференциране от по-дълго персистираща резидуална кухина.

Ехографията е най-използваният метод не само за диагностика, но и за стадиране в амбулаторни условия. При нашите пациенти този метод на изследване е използван при 83,3 % от пациентите. При останалите е направена КТ в болнични условия. За типизиране на различните по вид кисти решихме да използваме класификацията на Миличевич (фиг.10).



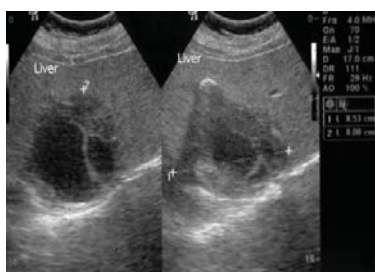
Л.Н. 57г. ИЗ №6107/2001г.

тип I - проста хидатидна киста - млада ехинококова киста, без усложнения, с добре оформена стена.



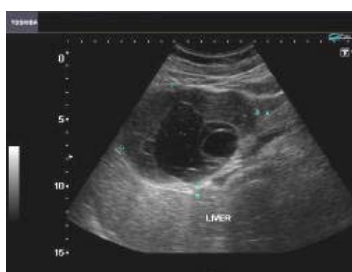
Х.П. 51г. ИЗ №8604/2001г

тип I а- съдържа ондулиращи хиперехогенни мембрани



И.М. 40г. ИЗ № 9597/2001г

тип II- характерна “розетъчна” структура дължаща се на налични дъщерни кисти



С.А. 47г. ИЗ №1275/2002г

тип III- хетерогенна маса



А.С. 65г. ИЗ №4141/2002г

тип IV- калцифицирана киста

Фиг. 10. Класификация на кистите по Миличевич

За да постигнем целта на нашето проучване решихме да разделим образната диагностика според откритите усложнени ехинококови кисти съответно в ляв и десен чернодробни дялове. Вижда се по-малкият брой пациенти с левостранна локализация на кистите в 23,3% от пациентите, като по една киста /единична/ имаме при 21,3% от пациентите. След анализа на литературата нашите данни не се различават в световен мащаб.

По отношение големина на кистите в ляв чернодробен дял в най-голям процент са тези с размер от 5 до 8 см. От изключително голямо значение е локализацията, размера и типа на ехинококовите кисти. Проучихме връзката между локализация на кистите, техният размер към усложненията които те причиняват. След анализ на обследваните пациенти прави впечатление, че само при един е налице иктер при левостранна локализация на ехинококова киста с най-голям размер на кистата -14 см.

При анализа на взаимно проникващите извадки между наличие на киста в ляв чернодробен дял и иктер след ехографска диагностика. При корелационният анализ между иктер и размер на кисти в ляв дял след ехография е налице умерена зависимост в права посока при малък риск от грешка.

При разглеждането на получените резултати в десен чернодробен дял се установиха следните резултати:

Установява се значително преваляване в засягането на десният чернодробен дял от ехинококови кисти. В 68% от пациентите са налице кисти само в десен чернодробен дял. Като в най-голям процент 57,3% кистата е единична. В анализа на литературната справка данните са приблизително еднакви. От установените резултати с най-голям процент у нашите пациенти са кистите с размер от 10 см в диаметър, което корелира с резултатите от други проучвания /Marcela Fejgl MDa/. В тяхното проучване при 65% от пациентите в десен дял са открити кисти със среден размер от 9 см.

Разгледахме връзката между установените кисти в десен чернодробен дял и наличието на иктер при пациентите. От получените резултати стана видно, че броят на пациентите с развит иктер и десностранна локализация на кистите е 10, значително по-голям от броя на пациентите с левостранна киста на черния дроб. Броят на кистите е видно че не е от значение за развитието на иктер. При нашите пациенти е развит иктер в най-голям процент при тези които са с единична киста в десен дял. Намерихме слаба зависимост между размера на кистите и развитие на иктер поради малкият брой на пациентите с развит иктер и имащи големи по размери кисти в десен чернодробен дял.

КТ дава прецизен образ на чернодробните кисти и за много хирурзи е полесна за интерпретация и изследване отколкото ехографията. Също така тя е по-добър метод за откриване на асоциирани малки екстрахепатални кисти.

Типичните изображения при КТ варират от сферична област на намаляваща атенюация, неразличима от проста чернодробна киста, до диагностичната картина на множествени дъщерни кисти. Последната е резултат на различната плътностнатечносттавмайчинатаидъщернитекисти. Най-значиматастойност на КТ е възможността за акуратна анатомична докализация на кистата или кистите в чернодробния паренхим. Тази точна интрахепатална локализация е от специално значение на хирурга при вземането на предоперативно решение за избора на оперативен достъп към кистата. Освен това КТ е метод на избор, когато е необходимо документиране предоперативно на наличието на екстрахепатални ехинококови кисти в корема. В тези случаи КТ е в състояние да постави по-точно диагноза от ехографията, като позволява уточнение на локализацията и пространственото взаимоотношение на ехинококовата киста спрямо съседните органи в коремната кухина. Необходимо е да се отбележи, че при ЯМР се изобразяват много по-добре такива характерни белези като тънката фибозна капсула, нарушената герминативна мембрана, дъщерните кисти и интра/екстрахепатална руптура, но не добре се идентифицира калцификации в ехинококовата киста.

В нашето проучване се установява че КТ е използвана като диагностичен метод при 38% от обследваните пациенти, т.к. ехографското изследване е значително по евтин и достъпен метод.

Разделихме КТ диагностиката съответно към ляв и десен дял. След анализиране на откритите чрез КТ усложнени ехинококови кисти в ляв дял се откриха следните резултати. След извършване на КТ на корем значително по-голям брой пациенти са с установени кисти в ляв дял в сравнение с ехографското изследване при 23 пациенти или 17%. Налице са най-голям брой пациенти с размер на кистите около 7 см, а най – голямата установена киста е била с диаметър 20 см. По отношение на симптома иктер при пациентите се установи че при сравняване на двата образни метода ехографски и скенеграфско изследване е налице значително по-голям брой пациенти с установена киста в ляв чернодробен дял и развитие на иктер след извършена КТ на корем.

Анализа на откритите чрез КТ ехинококови кисти с усложнения в десен дял показва следните резултати: Отново по-висок е броя на пациентите с кисти в десен чернодробен дял както и при УЗ диагностиката. Размера кистите и при КТ е средно около 10 см, както и при ехографските изследвания. При сравнителният анализ на крос таблици са налице резултатите получени и от ехографските изследвания а именно, че големината на кистата е от най-голямо значение за развитие на иктер.

Честотата на усложнената ЧЕ достига до около 60 % при пациентите диагностицирани и лекувани за чернодробна ехинококоза.

Следоперативните усложнения включват около 37% пациентите с УЧЕ. В докладвана от Gollackner et al серия от 74 пациенти лекувани за ЧЕ следоперативната заболеваемост и смъртност са били съответно 24% и 3%. По-големият процент на усложненията, наблюдаван в доклада, може да бъде обяснен чрез подбора на пациентите, които представят усложнено хиадитидно заболяване, което налага повече сложни хирургични процедури. В други серии при неусложнена ЧЕ следоперативната заболеваемост е била само 3%.

Хирургическото лечение продължава да бъде предизвикателство при усложнените форми на ЧЕ. Многобройни са описаните методи за радикално премахване на кистата или кистите. Поведението относно остатъчната кухина също е различно. В нашето проучване е използвана лапаротомия за достъп до черния дроб.

От направения анализ на оперативните протоколи на проучените от нас пациенти се установи, че при голям брой случаи освен ехинококтомията се налага и допълнителна оперативна интервенция която допълнително усложнява оперативното лечение и удължава постоперативният период. Установява се че в 31,3 % от случаите с УЧЕ се установява допълнителна интраоперативна находка ангажираща вниманието на хирурга. Най – честото такова състояние е холецистит поради ангажиране на жл. мехур от стената на ехинококовата киста. Второто по честота състояние е установяването на чернодробен абсцес в съседство на кистата.

От значение за честотата на възникване на УЧЕ е и предходна оперативна интервенция върху черен дроб по повод ехинококоза. В нашите случаи се установи че при 18,7 % от случаите е налице предходна оперативна интервенция по повод ЧЕ и при 100 % от тях е налице УЧЕ. От изложеното по-горе се установява че локализацията, размерите и типа кисти имат значение за възникване на УЧЕ. Анализът на връзката между тип кисти в ляв и десен дял установени ехографски и скенеграфски предоперативно и корелацията им с усложнения по вид на усложнението установено интраоперативно показва следните резултати:

При УЗ на корем при общ брой кисти в ляв дял - 85, само 23 са усложнените установени чрез УЗ, като в най – голям процент това са кистите 2 и 3 тип. Според скенеграфското изследване само 16 от всички установени усложнени кисти са в ляв чернодробен дял, като процентно челните места се заемат от 2,3 и 4 тип кисти. Това най вероятно се дължи на по-добрата интерпретация на скенеграфския метод относно типизацията на ехинококовите кисти.

Разделихме кистите според локализацията и типа усложнение което сме наблюдавали след УЗ и КТ предоперативно изследване. При УЗ изследването от всички установени кисти в ляв дял които са 42, от тях 14 са с усложнение

супурация установено интраоперативно. В най – висок процент супурация се среща при 2 ри и 3 ти тип кисти. От литературният обзор данните показват че тип 3 кистите се усложняват най-често със супурация. От КТ установените усложнени кисти в ляв дял става видно, че интраоперативно със супурация са 9 кисти. Като е налице разпределение между 3 ти и 4 ти тип кисти. При 42 пациенти е установена супурация на ехинококови кисти в ляв чернодробен дял което е 28.0 % от общият брой кисти в ляв дял. Анализирането на образната диагностика показва, че УЗ и КТ на корем, като диагностични методи не са достатъчно прецизни по отношение установяване на супурация предоперативно.

Перфорацията към свободната коремна кухина е животозастрашаващо усложнение. Общо интраоперативно установена перфорация към коремна кухина е установена при 8 пациенти, ехографска вероятност за такова усложнение имаме при 2 пациенти само с тип 2 киста. При установените интраоперативно още 6 кисти с перфорация към свободна коремна кухина УЗ изследването не е показало съмнение за перфорация. При КТ се установяват само две кисти с вероятна перфорация от общо 8 с интраоперативно установена перфорация към свободната коремна кухина.

По отношение на усложнението перфорация към свободната коремна кухина нито един от двата образни диагностични метода не дава точна предиктивна диагностика. При нашите пациенти интраоперативно са открити покрити перфорации при 6 пациенти. При УЗ диагностиката се установяват 3 при кисти тип 2, а от КТ само две разпределени по 1 от тип 2 и 3 кисти.

Комуникацията между кистата и жлъчните пътища често изисква допълнителни оперативни интервенции. Неправилният подход, неразпознатата комуникация или неправилно осъществената кистобилиарна деконекция са предпоставка за усложнен постоперативен период. В нашето проучване установена интраоперативна комуникация между кистата и интрахепаталните жлъчни пътища е налице при 27 пациенти. УЗ установява при общо 6 от случаите наличие съмнение за такова усложнение. Като най-често е при кисти тип 1 и 3. В ляв чернодробен дял

КТ метода установява при 4 кисти е възможна комуникация с ИХЖП. Най често се установява при тип 3 киста. Освен ангажиране на ИХЖП при нашите пациенти сме установили и ангажиране на ЕХЖП от ехинокови кисти. Перфорация към ЕХЖП интраоперативно е установена при четирима пациенти. УЗ при нито един от пациентите не се предполага такава. Скенеграфски са налице установени 2 ма пациенти от общо четирима. Това са 50 % от всички с това усложнение пациенти т.е. КТ на корем е значително по – точен метод за диагностика на това усложнение.

Допълнителната находка ангажиране на друг коремен орган е установена

интраоперативно при 16 пациенти. Образната диагностика УЗ и КТ установява при 5 пациенти разпределени при 1, 2 и 3 ти тип кисти.

След анализа на откритите в десен дял кисти чрез УЗ и КТ показва следните резултати:

При УЗ са установени усложнения при 85 пациенти – значително преваляване над тези в ляв чернодробен дял. От ехографското изследване най-често усложнени кисти са тип 2 и 3. При КТ изследване прави впечатление по-малък брой пациенти с открити усложнени кисти поради факта че КТ не е извършвано при всички пациенти. Но по- добрата резолюция и детайлност на изследването установява наличие на по голям брой усложнени кисти стадиранни като тип 4.

Най – честото усложнение е супурацията на ЕК. В десен чернодробен дял установихме следното:

От образните изследвания в десен дял намираме също 42 броя кисти с усложнение супурация. Най изразените типове кисти със супурация са отново 2 и 3 ти тип кисти, както и в левия дял. В десният дял са открити по – голям брой кисти от колкото в ляв дял, а супуриралите кисти са еднакъв брой – следователно кистите разположени в ляв чернодробен дял супурират по – често отнесено към общият брой кисти.

По отношение усложнението перфорация към свободната коремна кухина не се установява разлика в честотата между ляв и десен чернодробни дялове. И тук предимно кисти от тип 2 и 3 са най-често усложнени с перфорация към свободната коремна кухина.

Усложнението комуникация с ИХЖП се среща при 27 пациенти с десностранно разположение на чернодробните ехинококови кисти, като това са кисти от 4 те типа, с най-голяма честота са 2 ри и 3 ти тип. Усложнението перфорация към ЕХЖП при кисти в десен чернодробен дял е установено при 4-ма пациенти.

Не се намериха случаи с перфорация към свободната коремна кухина на кисти разположени в десен чернодробен дял. От УЗ и КТ на корем отнесени към интраоперативната находка покрита перфорация, откритите кисти са при 6 ма пациенти, като 3 от тях са в десен дял. Типовете кисти с това усложнение тук са са 1 и 3.

При анализа на Световната литература прави впечатление наличието на по – голям брой усложнения в следоперативният период при наличието на пациенти с установена УЧЕ. В нашето проучване връзката между извършените видове оперативни интервенции и последваият постоперативен период показва следните резултати:

Най – честата интраоперативна намеса при нашите пациенти е

ехинококектомия с капитонаж и дренаж. От таблицата е видно, че изтичането на гной и жлъчка от дренажите и фебрилитета са най – изразени от постоперативните усложнения.

Всяка една допълнителна оперативна интервенция необходима поради установяване на съответното усложнение показва риска от усложнен постоперативен период. Разгледани последователно установихме следните данни:

Прилагането на корелационен анализ при разглеждането на различните видове открити усложнения към усложнен постоперативен период показва следните резултати:

Налице е корелационна връзка между усложненията установени интраоперативно и постоперативният период при 14 пациенти от общо 85 такива с усложнения по време на оперативната интервенция която се изразява като значима зависимост в права посока между интраоперативни усложнения и усложнения в постоперативният период.

Усложнението супурация интраоперативно води до усложнен постоперативен период при 10 пациенти от общ брой пациенти със супурация 42. Налице е значима зависимост в права посока между супурацията установена интраоперативно и усложнения постоперативен период.

От наличните 8 пациенти с усложнението перфорация към коремна кухина само 3-ма пациенти са с усложнен постоперативен период. От корелационният анализ между усложнението перфорация към свободната коремна кухина установено интраоперативно и наличието на усложнен постоперативен период е налице умерена зависимост в права посока.

Комуникация с ИХЖП интраоперативно са установени при 27 пациенти, от тях 6-ма са с усложнен постоперативен период. От корелационният анализ между усложнението комуникация на кистата с ИХЖП и наличието на усложнен постоперативен период е налице слаба зависимост в права посока. При наличие на кистобилиарна фистула в първите дни има инверсия на жлъчния ток, което води до увеличено отделяне на жлъчка от контактните дренажи поставени в резидуална кухина. Към 8 ден посоката на жлъчния ток е към кистобилиарната фистула, което води до намаляване на билирагията и постепенно пресушаване на фистулата. Съответно при силно задебелени и калцифицирани кисти и наличие на широка кистобилиарна фистула обратната инверсия на жлъчния ток е непълна, което води до възникването на допълнителна външна фистула. За превенция на такава фистула Lagrot препоръчва обшиването на фистулите. Обшиването не е безопасна техника поради опасност от нараняване на подлежащи портални структури при задебелена перикиста.

Кистобилиарна деконекция – намерихме усложен с хидропневмоторакс

постоперативен период при 1 пациент. Плеврален излив при 1 пациент. Изтичане на жлъчка и гной през дренажите при 3 пациенти. След анализирани резултатите се достига до заключението че по критерий изтичане на жлъчка и гной през дренажите при оперативна интервенция включваща ехинококтомия, кистобилиарна деконекция, капитонаж, лаваж и дренаж риска от развитие на това усложнение се повишава 2 пъти. Тук е момента да упоменем че капитонажът е завършен когато ръбовете на предната кистична стена се пришиват към задната стена на кистата. Правилно извършеният капитонаж е превенция към оставане на „мъртво пространство“ в което лесно се събират течности довеждайки до постоперативни усложнения.

При 4-ма пациенти интраоперативно е установена перфорация на ЕХЖП, от които само един е с усложнен постоперативен период.

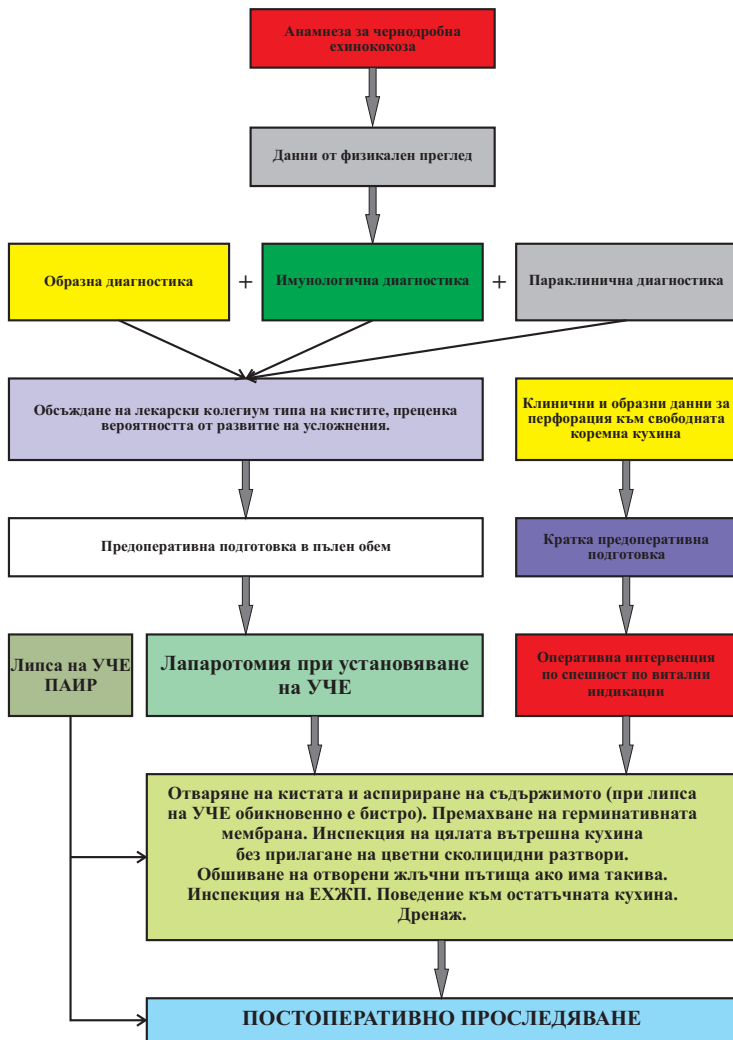
От корелационният анализ между усложнението ангажиране на ЕХЖП и наличие на усложнен постоперативен период е налице незначима зависимост в права посока.

При намерена интраоперативно покрита перфорация в 50% от случаите е налице усложнен постоперативен период. От корелационният анализ между установена покрита перфорация на кистата интраоперативно и наличие на усложнен постоперативен период е налице силна зависимост в права посока.

За подобряване на резултатите от оперативното лечение при пациентите с УЧЕ е необходимо познаване на видовете усложнения които паразита предизвиква. Правилна преценка за вида на необходимата оперативна интервенция. Максимално снижаване сроковете между откриването на кистата или кистите и оперативното лечение. Колкото „анамнезата“ типична за чернодробна ехинококоза е по – дълга, толкова и вероятността за възникване на едно или повече усложнения е по – висока. От разгледаните в нашето проучване случай става ясно че това е заболяване засягащо индивиди в предимно млада творческа възраст. Навлезлите в страната програми за профилактични образни изследвания обхващат предимно хората над 55 г. възраст, приблизително половината от разгледаните в нашето проучване пациенти са по – млади. Анализирането предоперативно на данните от анамнезата, статуса, образната и параклинична диагностика данни биха могли да бъдат ценен предиктор за предполагагане на някое от усложненията на ехинококозата, но ние установихме, че в голям брой от случаите усложнение е намерено едва интраоперативно. Правилното лечение на тази група пациенти изисква индивидуален подход и избор на оперативно поведение което е напълно във възможностите на оперативният екип. Анализът на световната литература показва необходимостта от изграждане на алгоритъм

на лечение следването на който би предотвратил или намалил чувствително постоперативните усложнения.

На фигура 11 е представен алгоритъм за лечение при пациенти с установена ЧЕ.



Фиг. 11- алгоритъм за лечение при пациенти с установена ЧЕ.

ИЗВОДИ

1. УЧЕ ангажира целият организъм, което в съчетание с разпространението му сред всички възрастови групи на населението го превръщат в заболяване с медикосоциална значимост.
2. Обхващането на възрастни пациенти в около 25 % от случаите налага съобразяване с разнообразен коморбидитет, което допълнително усложнява и затруднява крайният изход от заболяването.
3. Често установяваното несъответствие между клиничната картина и тежката интраоперативна находка се дължи на факта, че предоперативната образна, клинична и параклинична диагностика не винаги може да изключи наличието на усложнения откривани интраоперативно.
4. При откриване на УЧЕ интраоперативно в не малко случаи се налага допълнителна оперативна интервенция незаложена в предоперативният план.
5. Съкращаването на срока между диагностиката и лечението е от изключително голямо значение за неразвиването на УЧЕ.
6. Ниската честота и липсата на леталитет са резултат от адекватната предоперативна диагностика, правилно водените интраоперативно поведение и постоперативен период/ в нашата селекция от пациенти с УЧЕ 0.67% /1 пациент е с летален изход/.

ПРИНОСИ

1. Извършен е подробен анализ на литературата със сравняване на различни подходи за лечение при пациенти с УЧЕ.
2. Извършен е ретроспективен и проспективен анализ на 461 пациенти с абдоминална локализация на ехинококовите кисти за периода от 1992г до 2018г. За целта беше използвана наличната база данни отразена в ИЗ на всеки един пациент, съхранявани в болничен архив, както и оперативните журнали на Втора клиника по хирургия на УМБАЛ „Св. Марина“, което позволява статистически достоверни изводи.
3. Изграден е диагностично – терапевтичен алгоритъм за лечение на пациенти с ЧЕ внедрен в клиничната практика.
4. Извършен е анализ на постоперативните усложнения, както и връзката им с интраоперативните интервенции.
5. Анализирани са възможностите на образната, клинична и параклинична диагностика като предиктивен фактор за развитие на усложнения при ЧЕ.

ПУБЛИКАЦИИ СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯТ ТРУД

1. **Иванов Т**, Божков В, Чернополски П, Плачков И, Маджов Р. Хирургично лечение на усложнената чернодробна ехинококоза сборник доклади – ISSN: 1314-2097 под редакцията на проф. Дамянов София 2010 г. I; 316-323.
2. **Иванов Т**, И. Плачков, П. Арnaudов. Постоперативни усложнения след ехинококектомия. XV Национален конгрес по хирургия 2016 г. сборник доклади – ISBN:1314-297, стр.246 – стр. 249.
3. **Ivanov T**, Nenkov R, Arnaudov P, Bilio-bronchial fistulas – treatment strategy and post-operative follow-up. Национален конгрес по хирургия Румъния 2014г. ISSN: 1221-9118, CO-04, s 439- s 440.