

EXINOKOKKOEKTOMİYADAN SONRA FƏSADLARININ İNKİŞAF ETMƏSİNİN RİSK FAKTORLARI

Mövzünün aktuallığı.

Exinokokkoz ümumdünya səhiyyəsinin ciddi problemlərindən biri olan epidemik, regional parazitar tibbi-sosial xəstəlikdir. Bu ağır patologiyanın diaqnostikası və fəsadlarının profilaktikası, müalicəsi prosesində qazanılmış nəliyyətlərlə yanaşı bir çox mühüm məsələlər bu gün də öz aktuallığını saxlamaqdadır [1, 2, 5, 8, 10].

Statistik məlumatlara görə hidatitoz exinokokk qaraciyərdə 60%, ağciyərlərdə 30% başqa üzvlərdə 10% təsadüf edilir. Qaraciyər exinokokkozunun (QC) diaqnostikası və müalicəsi, eləcə də əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı fəsadları azaltmağa yönəldilmiş topik informativ və azinvaziv təhlükəsiz metodlardan ibarət diaqnostik müayinə proqramının (alqoritmının) hazırlanmasına ehtiyac vardır. Bununla əlaqədar biz işimizdə əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların proqnozlaşdırılması məqsədilə əməliyyatların qeyri-qənaətbəxş nəticələrinin artmasına gətirib çıxara biləcək risk faktorlarını aşkar etməyə çalışmışıq [4, 5, 8, 9].

Material və metod.

Xəstələrin xarakteristikası. Elimi-tədqiqat işi klinik hissədən ibarət olub, 1995–2004-cü illərdə qaraciyərin exinokokkozu diaqnozu ilə cərrahi əməliyyata məruz qalmış 298 xəstənin müalicəsinin nəticələri araşdırılmışdır. M.A. Topçubaşov adına ETKTİ-nin gastroenteroloji və irinli septik cərrahiyyə şöbələrində–212 (71,1%), həmçinin Naxçıvan Respublika Xəstəxanasının M.A.Bağırov adına (NCM) cərrahiyyə mərkəzində–86 (28,9%) xəstə üzərində həyata keçirilmişdir.

Xəstələr şərti olaraq nəzarət 192 (64,4%) və əsas 106 (35,6%) qruplara bölünmüşdür. Xəstələrin yaşa və cinsə görə bölgüsü aparılmışdır. Qadınlar 183 (61,4%), kişilər isə 115 (38,6%) təşkil etmişlər. Qadınların parazitlə yoluxması kişilərdən 1,6 dəfə çox rast gəlinmişdir. Onlar arasında nisbət 183:115 (64,4%:35,6%) olmuşdur, bu da ədəbiyyat və statistik göstəricilərə uyğundur. Xəstələrin böyük əksəriyyəti (nəzarət və

əsas qruplarda) əmək qabiliyyəti yüksək olan 21–61 yaş arasında 244 (81,9%) xəstə olmuşdur ki, bu da problemin tibbi-sosial əhəmiyyətinə dəlalət edir.

Sistlərin sayına görə nəzarət qrupunda təksaylı 136 (70,8%), çoxsaylı 38 (19,8%), müstəqil 18 (9,4%), əsas qrupda müvafiq olaraq 65 (61,3%), 28 (26,4%), 13 (12,3%) müşahidə edilmişdir.

Exinokokk sistlərinin qaraciyərin paylarında yerləşməsinə görə nəzarət qr. sağ payda 105 (54,7%), sol payda 39 (20,3%), q/ciyərin hər iki payında 48 (25%). Əsas qrupda sağ payda 55 (51,9%), solda 19 (17,9%), hər iki payında 32 (30,2%) müşahidə edilmişdir.

Qaraciyərin zədələnmə dərəcəsinə görə təsnif etdikdə nəzarət qrupunda dərin zədələnmə 138 (71,9%), səthi zədələnmə 43 (22,4%), qaraciyər və başqa üzvlərin zədələnməsi 11 (5,5%) xəstədə müşahidə edilmişdir. Əsas qrupda isə dərin 71 (66,9%), səthi 27 (25,6%), qaraciyər və başqa üzvlərin 8 (7,5%) zədələnmə dərəcəsi rast gəlinmişdir.

Qaraciyərin birincili exinokokkozu nəzarət qrupunda 81,1%, əsas qrupda isə 88,4% rast gəlinmişdir.

Aparılan elmi tədqiqat işləri əsasında müəyyən edilmişdir ki, exinokokk sistlərini ölçüləri ≤5sm, nəzarət qrupunda 35 (18,2%), d=6–10sm 118 (61,5%), ≥10sm çox 39 (20,3%), əsas qrupda isə 24 (22,6%), 65 (61,3%), 17 (16,1%) arasında müşahidə edilmişdir.

Müzakirə və nəticə.

Xəstəlik tarixlərinin təhlili əsasında 54 (18,1%) xəstə qaraciyərin exinokokkozuna görə bir neçə dəfə cərrahi əməliyyat keçirmişdir. Bunlardan 40 (13,4%) xəstə iki dəfə, 12 (4%) xəstə 3 dəfə, 2 (0,7%) xəstə isə 4 dəfə əməliyyata məruz qalmışdır. Həmçinin anamnezdən və epikriz məlumatlarından 5 (1,7%) xəstədə rezidual exinokokkoz, 19 (6,4%) xəstədə isə qaraciyərdən kənar üzvlərin exinokokkozu müşahidə edilmişdir.

Nəzarət qrupunda açıq exinokokkoektomiya metodu ilə 33 (17,2%) xəstədə sist boşluğu ləğv edilmişdir.

Xaricə drenləşdirmə (x/dr.) 7, fibroz kapsula (FK) divarının yaxınlaşdırılması və x/dr. 17, fibroz boşluğun (FB) toxumalarla örtülməsi və x/dr. 3, marsupializasiya 6 xəstədə yerinə yetirilmişdir.

FK kəsilib hissəvi götürülməsi və ya saxlanılması və QB xaricə drenləşdirilməsi 65 (46,1%) xəstədə həyata keçirilmişdir ki, buna da göstəriş ES irinləməsi 23 (35,4%), öd yolları tərəfdən ağırlaşmalar 27 (41,5%), eləcə də fəsadlaşmış sistlərin intraparenximatoz, diafraqmaaltı və mərkəzi seqmentlərdə yerləşməsi 15 (23,1%) olmuşdur. Sistlərin mərkəzi seqmentlərdə, qaraciyər qapısına yaxın yerləşdiyi hallarda qaraciyərin magistral strukturlarının (damarlar, öd axarlarının) zədələnmə təhlükəsini, eləcə də uzaq dövrdə öd axarlarının çapıq strukturlarının inkişaf etmə ehtimalını nəzərə almaqla QB radikal ləğv edilməsi üsulunu məqsədə uyğun hesab etməmişik. Dəlbət üsulu fibroz boşluğun ləğv edilməsi 62 (44%) xəstə üzərində aparılmışdır.

14 (9,9%) xəstədə FK total kəsilib çıxarılması və QB drenləşdirilməsi sistin «damının» 1/3 və daha böyük hissəsi ilə qaraciyərin səthindən kənar yerləşdiyi hallarda

tətbiq edilmişdir. QB ləğvi üçün az hallarda 5 (35,7%) perisistoektomiyadan–FK tam kəsilib çıxarılması əməliyyatından istifadə edilmişdir. Bu əməliyyata göstəriş FK kircələşməsi olmuşdur. Kircələşmiş divarlar QB bitişməsinə imkan vermir və çox vaxt əməliyyatdan sonra davamlı xarici öd və irin fistulalarının əmələ gəlməsinə səbəb olur. Ona görə də kircələşmiş və ya qalınlaşmış qalıq boşluğunun çıxarılmasına cəhd göstərilməməlidir. Bu xeyli travmatik və ağır əməliyyat olmaqla kəskin qanaxmalara səbəb olur ki, fibroz kapsulanın bitişməsi çətinləşir, öd fistulalarının yaranmasına gətirib çıxarır.

Anatomik və ya ideal exinokokkoektomiya 18 (6%) xəstədə aparılmışdır. Sistin qaraciyərin ön kənarında yerləşdiyi 12 (66,7%) xəstədə hər hansı bir texniki çətinlik olmadan "ideal" exinokokketomiya icra edilmişdir. (O. Brupsa-Loretta üsulu 12 xəstədə), qaraciyərin hissəvi sistlə birlikdə kəsilib çıxarılması 6 (33,3%) xəstədə icra edilərək, yara səthi çarpaz tikişlərlə tikilmişdir.

Xüsusi üsullarla 106 xəstədə bir neçə istiqamətdə elmi-təcrübə metodika tətbiq edilmişdir. USM-in nəzarəti altında dəridən və qaraciyərdən keçməklə exinokokk sistinin punksiyası-aspirasiyası və drenləşdirilməsi 25 xəstədə, əməliyyatdaxili USM müşahidəsi ilə sistlərin topoqrafo-anatomik lokalizasiyasının dəqiqləşdirilməsi punksiyası və drenləşdirilməsi 14, yeni üsullarla fibroz boşluğun kapitanajı 59 xəstədə, bütömlü tikişlə 16, bərabərsıralı-paralel tikişlə 23, spiralvari tikişlərlə 20 xəstədə aparılmışdır.

Anatomik və ya ideal exinokokkoektomiya əsas qrupda 8 xəstədə aparılmışdır. O.Brupsa-Loretta 2, sistin QC. birlikdə hissəvi kəsilib götürülməsi 6 xəstədə yerinə yetirilmişdir.

Fəsadların inkişafında (risk faktoru) exinokokk sistinin irinləməsi, kircələşməsi, exinokokk sistinin öd kisəsi və öd yollarına açılması, öd peritonitləri, öd fistulaları və s. göstərmək olar. Həmçinin qaraciyər və qonşu üzvlərin geniş zədələnməsi hesabına qanaxmaları, sistin təftişi zamanı partlamasını, fibroz boşluğun işlənməsi zamanı kobud səhvləri (zədələnmələri, damar və öd yollarının), boşluğa açılan fistulaların vaxtında tapılıb tikilməməsinə qeyd etmək olar. Fəsadların inkişaf etməsinin risk faktoru kimi cərrahi taktikanın və kəsiyin düzgün seçilməməsi ilə yanaşı, sistin xaric edilməsi zamanı a(anti)septika prinsiplərinin pozulması, antiparazitar məhlulların dozasının, fibroz boşluğun vəziyyətinin həmçinin kapitanajın qeyri-adekvat qiymətləndirilməsi bir çox qüsurların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Öd yolları tərəfdən ağırlaşmaları 46 xəstədə (15,4%) bu patologiyanın korreksiyası da cərrahi müalicənin tərkib hissəsi olmuşdur. Sistlərin qaraciyərin çətin çatılan seqmentlərində (I, VII və VIII) yerləşdiyi 12 (4%) xəstədə sistin kapsula divarlarına kifayət qədər yaxşı baxışın mümkün olmaması səbəbindən öd fistulalarını tikmək imkanı olmamışdır. Belə hallarda QB hissəvi tikilməsi və xaricə drenə edilməsi həyata keçirilmişdir.

ES magistral öd yollarına açıldığı bütün 8 (2,7%) halda exinokokkoektomiya ilə yanaşı, xoleodotomiya, axarların mənfəzindən parazitlərin elementlərinin xaric edilməsi, öd yollarının sanasiyası aparılmış və öd yollarının xaricə drenləşdirilməsi ilə tamamlanmışdır. Bu məqsədlə 5 (1,7%) xəstədə xoleodoxun T-şəkilli drenajla xaricə

drenləşdirilməsi, 3 (1%) xəstədə isə öd yollarının daxilə drenləşdirilməsi (xoleodoxoduenoanastomoz) icra edilmişdir ki, bu da öd yollarının dekompressiyası və parazitin qalıqlarının bağırsağa maneəsiz keçməsi üçün əlverişli şərait yaratmışdır. Qaraciyər qapısı yaxınlığında yerləşmiş ES qaraciyərdaxili öd axarlarını sıxdığı hallarda 10 (3,3%) xəstə cərrahi taktika exinokokkoektomiyaya qədərki və sonrakı təftişin nəticəsindən asılı olaraq müəyyənlaşdırılmışdır. ES ləğvindən sonra öd yollarının keçiriciliyi bərpa olunarsa bərpa edici rekonstruktiv əməliyyatlara ehtiyac qalmır. Yalnız 6 xəstədə öd yollarının xaricə drenləşdirilməsi, o cümlədən 4 xəstədə Vişnevskiy üsulu, 2 xəstədə Ker üsulu ilə xoleodoxostom qoyulmuşdur.

Öd yollarının drenləşdirilməsi əməliyyatına məruz qalmış 22 (7,4%) xəstədən, 9 xəstədə parazit elementlərinin (skolekslər) xaric edilməsi məqsədi ilə, 6 xəstədə öd axarlarını sıxan sistin ləğv edilməsi, 4 xəstədə daxili sistobiliar fistula aşkar edilsə də ləğv etmək mümkün olmamışdır. Daha 3 xəstədə xolesistoektomiyaya və xoleodoxotomiyaya icra edilmişdir.

Əməliyyatdan sonrakı dövrdə ağırlaşmaların (qalıq boşluğunun, yaranın irinləməsi, öd fistulalarının) inkişafının profilaktikası məqsədilə, son illər klinikada UZOR və Orion lazer portativ aparatından istifadə olunmaqdadır. Şüalandırma 1500 Hs tezlikdə, 6–10 Vt gücündə, 5 dəqiqə müddətində, 2–3 sm məsafədən həyata keçirilmişdir. 48 xəstədə 2 istiqamətdə müalicə tətbiq olunmuşdur, bunlardan 28 xəstədə əməliyyatdaxili, 20 xəstədə əməliyyatdan sonra drenajdan lazer terapiyası aparılmışdır. Şüalandırma təxminən əməliyyatdaxili və sonrakı 7–10 seansla həyata keçirilmişdir. Xəstələrdə aparılmış tədbirlər, bu metodun üstünlüyü QB tərəfdən irinli septiki ağırlaşmaların təxminən 2 dəfə az rastlaşmasında, sist boşluğundan ifrazatın azalmasında, həmçinin QB obliterasiyasının sürətlənməsində özünü göstərmişdir. Qaraciyəraltı və difraqmaaltı abseslərin (2 xəstə) və irinli xolangitin (1 xəstə) inkişafı ilə əlaqədar irinli-septiki ağırlaşmalara görə daha 3 xəstədə relaparotomiyaya aparılmışdır [2, 3, 6].

Əməliyyatdan sonrakı dövrün ağırlaşması hər iki qrupda 73 (24,5%), residiv 32 (10,7%) xəstədə qeydə alınmışdır ki, bunlarında yarısı 17,6% cərrahi müdaxilənin xarakteri ilə əlaqədar olmuşdur. QE ən çox rast gəlinən ağırlaşması xarici öd və irin fistulaları və qalıq boşluğunun irinləməsidir 33 (11%) xəstədə müşahidə olunmuşdur. Profilaktik olaraq antibakterial və immünostimulyator metodlarla yanaşı, UZOR–Orion lazer aparatlarının köməyi ilə əməliyyatdaxili və əməliyyatdan sonrakı müddətdə drenaj borunun içərisindən xüsusi işıq ötürücü vasitəsi ilə lazer terapiyadan istifadə olunmuşdur.

Əməliyyatdan sonrakı ağırlaşmaların (ƏSA) və letal nəticələrin inkişafına təsir göstərə biləcək faktorların aşkar edilməsi üçün ilkin klinik parametrlər, eləcə də exinokokk sistlərinin xüsusiyyətlərini və xəstəliyin gedişini xarakterizə edən parametrlərlə müalicənin nəticələrinin korrelyasion statistik analizini aparmışdır. Statistik əsəliğin qiymətləndirilməsi üçün Fişerin dəqiq metodundan və Pirsunun c2 meyarından istifadə edilmişdir. Statistik analiz üçün MS Excel–2000 proqramından istifadə edilmişdir.

Bizim materiallara əsasən yaşlı və qoca (60 yaşdan yuxarı) xəstələr 54 (18,1%) nəfər olmuşdur ki, bunlar arasında da spesifik ağırlaşmalar 8 (14,8%) xəstədə inkişaf

QE cərrahi müalicəsinin nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi

Exinokokkoektomiyaya	Qr.		Sağalma		Ağırlaşma		Residiv		Ölüm	
	N	Ə	N	Ə	N	Ə	N	Ə	N	Ə
Açıq	33	39	3 9,1%	32 82,1%	16 48,5%	4 10,2%	12 36,3%	3 7,7%	2 6,1%	—
a) Xaricə drenləşmə	7	—	—	—	4	—	2	—	1	—
b) FK. divarının yaxınlaşdırılması və x/dren	17	—	2	—	7	—	8	—	—	—
c) FB. t. örtülməsi x/dren	3	—	1	—	2	—	—	—	—	—
ç) Marsupializasiya	6	—	—	—	3	—	2	—	1	—
d) USM-in nəz. punksiya, aspirasiya, dr. «UZOR»	—	25	—	19 76%	—	4 16%	—	2 8%	—	—
e) Ə/daxili USM, drenn.	—	14	—	13 92,8%	—	—	—	1 7,2%	—	—
Qapalı və ya yarıqapalı	141	59	83 38%	48 81,4%	42 26,1%	9 15,2%	15 9,3%	2 3,4%	1 0,6%	—
a) FK. kənarlarının hissəvi kəsilib kapitanajı və xaricə drenləşmə	65	—	40	—	19	—	6	—	—	—
b) Delbet üsulu ilə kapitanaj	62	—	33	—	19	—	9	—	1	—
c) Fibroz kapsula kənarlarının tam kəsilib kapitanajı	14	—	10	—	4	—	—	—	—	—
ç) FB. büzməli tikişlə «ORION»	—	16	—	13 81,2%	—	2 12,5%	—	1 6,3%	—	—
d) FB. bərabərsıralı-paralel tikişlə «UZOR»	—	23	—	19 82,6%	—	4 17,4%	—	—	—	—
e) FB. spiralvari tikişlə «UZOR»	—	20	—	16 80%	—	3 15%	—	1 5%	—	—
Anatomik və ya ideal	18	8	17 94,4%	7 87,5%	1 5,6%	1 12,5%	—	—	—	—
a) O. Brupsa–Loretta üsulu	12	2	11 91,6%	2 100%	1 8,4%	—	—	—	—	—
b) Sistin QC. birlikdə kəsilib götürülməsi	6	6	6 100%	5 83,3%	—	1 16,7%	—	—	—	—
Mütləq nəticələr	192 100%	106 100%	103 53,6%	87 82,1%	59 30,7%	14 13,2%	27 14,1%	5 4,7%	3 1,6%	—

etmişdir. Cavan yaşlı xəstələrdə (244 xəstə və ya 81,9%) bu ağırlaşmalara 33 (13,5%) xəstədə təsadüf edilmişdir. Qruplarda daha aydın nəzərə çarpan fərq bütün ƏSA inkişaf etməsində qeydə alınmışdır: cavan yaşlı xəstələrə nisbətən ahi yaşlı xəstələrdə bu ağırlaşmalar təxminən 2 dəfə çox rast gəlinmişdi–məsuvafiq olaraq 21,4% və 37,5% ($p<0,05$).

ƏSA kişilər arasında 35 (33,3%) xəstədə, spesifik ağırlaşmalar isə 19 (18,1%) xəstədə qeydə alınmışdır. Bu ağırlaşmalar qadınlar arasında bir qədər az rast gəlinmişdir–müvafiq olaraq 44 (22,8%) xəstə və 22 (11,4%) xəstə, (nəticələr arasındakı fərq statistik olaraq təsdiqlənmişdir).

İnsanın parazitlə invaziyasının müddəti, müalicənin nəticələrinin bizim tərəfinizdən aparılmış analizində də öz təsdiqini tapmışdır. Belə ki, xəstəliyin davam etmə müddətinin 5 ilə qədər olduğu 247 (82,9%) xəstə arasında bütün ƏSA 52 (21,1%) xəstədə, spesifik ağırlaşmalar isə 18 (7,3%) xəstədə qeydə alınmışdır. Əksinə, xəstəliyin anamnezinin daha uzun müddət davam etdiyi xəstələrdə 17,1% bu fəsadlar müvafiq olaraq 52,9% və 45,1% halda rast gəlinmişdir ($p<0,05$).

Ağırlaşmaları əməliyyatönu, ə/daxili və ə/sonrakı olmaqla 3 böyük qrupa bölmək olar. Ənənəvi və xüsusi üsullarla aparılan cərrahi müalicənin müqayisəli nəticələri aşağıdakı cədvəldə öz əksinin tapmışdır.

Cədvəldən göründüyü kimi mütləq nəticələr nəzarət qr. sağalma tezliyi 103 (53,6%), əsas qr. xüsusi üsullarla 87 (82,1%) olmuşdur. Ağırlaşmalar nəzarət qr. 59 (30,7%), əsas qr. 14 (13,2%), residiv nəzarət qr. 27 (14,1%), əsas qr. isə 5 (4,7%) xəstədə rast gəlinmişdir. Ölüm nəzarət qr. 3 (1,6%), əsas qr. isə müşahidə olunmamışdır. Beləliklə ənənəvi və xüsusi üsulların nəticələrinin müqayisəli təhlili sağalma teziliyinin 1,5–2 dəfə yüksəlməsinə, ağırlaşmaların və residivlərin 2,6–3,2 dəfə azalmasına, ölüm hallarının aradan qalxmasına gətirib çıxarmışdır. Belə müsbət tendesiya qaraciyər exinokokkozunun erkən simptomusuz və fəsadsız formalarının diaqnostikasi (USM, KT, NMRT) və düzgün cərrahi taktikanın seçilməsi, yeni operativ üsulların geniş tətbiqi ilə yanaşı müasir antiparazitar preparatların təkmilləşdirilmiş dozalarının tətbiqi sayəsində olmuşdur.

Araşdırmalar göstərmişdir ki, müxtəlif növ fəsadların əmələ gəlməsinin əsas səbəbi əməliyyatönu, ə/daxili, ə/sonrakı müddətlərdə, xəstələrin patogenetik, diaqnostik və cərrahi taktikanın düzgün qiymətləndirilməməsidir. Qeyd etmək lazımdır ki, fəsadların əmələ gəlməsinin əsas səbəbi kimi sistin xaric edilməsi zamanı qeyri–adekvat cərrahi taktikanın tətbiqi, kəsiyin yararsızlığı, perisist boşluğunun tikilməsi zamanı üzvün zədələnməsi (qan–damar, öd axarlarının) və fibroz boşluğa qoyulan drenajın qüsurları, a(anti)parazitar prinsiplərin pozulması, antiskolekoidal preparatların dozalarının düzgün seçilməməsi, xəstənin yaşını, yanaşı xəstəliklərini, sistlərin patogenezi, sayını, yerləşməsi və s. düzgün qiymətləndirilməməsi göstərmək olar.

РЕЗЮМЕ

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККОЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Э.Ю.Бабабейли

Нахичеванская Республиканская больница

Основу исследовательской работы составляет научный анализ результатов лечения 298 больных с ЭП. Применен специальный комплекс топического исследования и лечения в нескольких направлениях. Добивались снижения частоты рецидивных и осложненных эхинококкозов на 2,8–3 раза по сравнению с традиционными методами. Нами предложены и применены на практике способы пункции, аспирации, дренирования, а также кистозно–многослойные, равноурядно–параллельные и спираловидные швы для капитанажа послеоперационных и остаточных полостей осложненных кист под наблюдением УЗИ.

С целью профилактики послеоперационных осложнений (ПО), связанных с наличием остаточной полости, наряду с традиционными методами ее обработки, применяли метод лазерного облучения стенок фиброзной капсулы посредством использования аппаратов "УЗОР" и "Орион". На основании корреляционного анализа выявлены факторы риска, влияющие на развитие ПО: возраст пациента более 70 лет, продолжительность болезни более 5–7 лет, поддиафрагмальное и центральное (I–IV, VII–VIII сегменты) расположение кист, дооперационные осложнения эхинококкоза и т.д.

SUMMARY

RISK FACTORS AFFECTING MORBIDITY AFTER ECHINOCOCCOECTOMY FROM LIVER

E.Y.Bababeyli

The main aspect of the research work is the scientific analysis of 298 patients who have been operated on the echinococcus of liver and its reseat as well. US is used during pre-, inter- and after operation for the treatment of the patients. Thanks to it the frequency of formation of resedive and residual echinococcus decreased to 2,8–3 times comparing with the traditional means. Methods of puncture, aspiration, draining, as well as polylayered, equal lanced–parallel and spiral stitches have been investigated for the capitanoje of the after operated and other covetous of the complicated cysts under the direction of US. With the aim of prophylaxis of postoperative complications, connected to the presence of residual cavity alongside with traditional methods of treatment of cysts cavity the method of laser irradiation of the walls of fibrous capsule by means of "UZOR" and "Orion" apparatus has been used. On the bases of correlative analyses of the results of the operative treatment risk factors of their

development has been detected: patient's age above 70, anamnesis of the disease over 5–7 years, subdiaphragmal and central (I–IV, VII–VIII segments) location of cysts, preoperative complications of echinococcosis.

ƏDƏBİYYAT

1. Агаев Б.М., Агаев Р.М., Гадиев С.И. Наш опыт лечения осложненного эхинококкоза печени. Материалы XII Конференции хирургов Закавказских государств. Тбилиси (Грузия). 1999. т.1. –с. 49–50
2. Агаев Р.М. «Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнений». "Хирургия", 2001, №2, с. 32–36.
3. Bababəyli E.Y. «Echinokokkoektomiyadan sonra fibroz boşluğun ləğv edilməsi metodu». Sağlamlıq, 2004, №7, s. 63–64.
4. Бабабейли Э.Ю., Джейранов Ф.Д., Мамедов А.Г. «Эхинококкоз печени и его хирургическое лечение». Sağlamlıq, 2004, №8, s. 35–37.
5. Bababeyli E.Y. «Fəsadlaşmış qaraciyər echnokokkozunun cərrahi müalicəsi». Azərbaycanda tibb elmi və praktik səhiyyənin müasir nailiyyətləri. Elmi əsərlər toplusu. Bakı, 2004, s. 634–638.
6. Bababəyli E.Y. «Echinokokkoektomiyadan sonra qalıq boşluğunun lazerlə şüalanmasının əhəmiyyəti haqqında». Sağlamlıq, 2004, № 9, s. 93.
7. Bababeyli E.Y., Jeyranov F.J., Veliev Z.A., Mamedov A.G. «Method of calculation of cyst volume in echinococcal operations». "VI Beynəlxalq Avrasiya və Azərbaycan gastroentoloq və cərrahlarının konqresinin materialları". Bakı–2003, s.59–60.
8. Османов А.О. Ослеженный эхинококкоза печени. Автореф. дисс. на соиск уч. ст. д.м.н.. Москва.1997, 36 с.
9. Насиров М.Я., Панахов М.Д., Ахмедов Г.Х. Пути улучшения результатов лечения эхинококкоза печени. // Анналы хирург. гепатол. – 2002 ; т.7, № 1 с. 23–26.
10. Paral J., Plodr M., Ferko A., Zvak I. Echinococcal cysts in the liver and lungs. //Rozhl Chir.–2003,v.82, № 7, p. 349–52.