

АНТИПАРАЗИТАРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЙОДИЦЕРИНА ПРИ ОБРАБОТКЕ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ

Сафоев Б.Б., Рахматов Ш.Ш., Икромов Т.Э.,

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино.

✓ Резюме,

В статье проанализированы результаты обработки остаточной полости при эхинококкэктомии у больных эхинококкозом печени различными методами антипаразитарной обработки остаточной полости. Результаты исследования показали, что при обработке остаточных полостей йодидцерином во время эхинококкэктомии печени, отмечается губительное действие препарата на все типы зародышевых элементов эхинококка и микроорганизмов, относительно безвреден для организма больного. Применение йодидцерина для обработки остаточной полости уменьшает число послеоперационных осложнений и рецидивов заболевания.

Ключевые слова: остаточная полость, обработка, рецидив, послеоперационные осложнения.

ANTIPARASITIC ACTION OF IODINE DICERIN DURING PROCESSING RESIDUAL CAVITY WITH LIVER ECHINOCOCCECTOMY

Safoev B.B., Rakhmatov Sh.Sh., Ikromov T.E.,

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sina
200101, Uzbekistan, Bukhara city, 1 Navai Avenue stride <http://bsmi.uz>.

✓ Resume,

The article analyzes the results of treating the residual cavity with echinococcectomy in patients with liver echinococcosis using various methods of antiparasitic treatment of the residual cavity. The results of the study showed that when treating the residual cavities with iodine dicerine during liver echinococcectomy, the drug has a detrimental effect on all types of germinal elements of echinococcus and microorganisms, harmless to the patient's body. The use of iodicerine for the treatment of the residual cavity reduces the number of postoperative complications and relapses of the disease.

Key words: residual cavity, treatment, relapse, postoperative complication.

JIGAR ECHINOKOKKEKTOMIYASIDA QOLDIQ BO'SHLIQNI ISHLOV BERISHDA YODDISERINNING ANTIPARAZITIK TA'SIRI

Safoev B.B., Raxmatov Sh.Sh., Ikromov T.E.,

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti.

✓ Rezyume,

Maqolada jigar echinokokkozi bilan og'rigan bemorlarda qoldiq bo'shliqni echinokokkektomiya bilan davolash natijalari, qoldiq bo'shliq'ini antiparazitik davolashning turli usullaridan foydalanilgan, tadqiqot natijalari shuni ko'rsatdiki, jigar echinokokkektomiyasi paytida qoldiq bo'shliqlarni yod dikerin bilan davolashda preparat barcha kasalliklarga ta'sir etuvchi ta'sirga ega. bemorning tanasi uchun zararsizdir. Yoditserinni qoldiq bo'shliq'ini davolash uchun ishlatish operatsiyadan keyingi asoratlar va kasallikning takrorlanishini kamaytiradi.

Kalit so'zlar: qoldiq bo'shliq, davolash, relaps, operatsiyadan keyingi asorat.

Актуальность

Эхинококкоз продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой во многих странах мира, так как будучи тяжелым паразитарным заболеванием, он характеризуется значительной распространенностью и существованием эндемических районов [1,2]. Для большинства стран азиатского региона эхинококкоз является краевой патологией. Узбекистан - один из эндемических очагов эхинококковой болезни, где уровень заболеваемости составляет до 10 человек на 1000 населения и, не имеет тенденции к снижению [3,4]. На сегодняшний день эхинококкоз называют гельминтологическим раком XXI века. Поэтому это определило стратегию ВОЗ и Международного эпизоотического бюро по включению эхинококкоза в список заболеваний, требующих первоочередной ликвидации [5, 6, 7, 11, 12].

Несмотря на значительные достижения в хирургии печени и, внедрение новых технических средств, при выполнении операций, в ближайшем послеоперационном периоде при эхинококкозе печени от 10- до 64% случаев имеют место типичные осложнения (нагноения остаточной полости, формирования наружного гнойного и желчного свищей т.д.), летальность составляет 1-3 %. [1, 2, 8,11.]. В связи с этим совершенствование методов диагностики, лечения эхинококка печени и его осложнений, а также технических приемов, способных снизить частоту осложнений после эхинококкэктомии, имеет важное значение в лечении больных с данной патологией [5, 9,].

Во время операции больных с эхинококкозом большое значение придается использованию эффективных гермицидов при противопаразитарной обработке остаточной полости. Действию на зародышевые элемент (протосколексы и ацефалоцисты) эхинококко-

вой кисты все методы антипаразитарной обработки можно подразделить на следующие основные группы: с преимущественно химическим (фармакологическим) воздействием, физическим и биологическим фактором воздействия. В настоящее время способов, объединяющих этих анти паразитарных метода, нет. Большое число рецидивов заболевания и неудовлетворенность (высокая токсичность, недостаточность гермицидной активности) результатами интра и послеоперационного использования гермицидных препаратов, длительность экспозиции их во время операции, иногда с повторением манипуляции (многократность) заставили искать новые способы обработки кисты.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени, путём применения йоддицери-на при обработке остаточной полости.

Материал и методы

В клинической больнице Бухарского медицинского института проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 31 больных с различными формами эхинококкоза печени. Возраст больных составил от 18 до 61 лет. Женщин было 18(58,1%) человека, мужчин - 13(41,9%). Большинство больных составили пациенты наиболее молодого и трудоспособного возраста. Паразитарные кисты локализовались преимущественно в правой доле печени в 22 (70,9%) случаях, в левой доле 7 (22,5%) больных. Поражение обеих долей выявлено в 2 (6,6%) случаях.

Характерным для клинического течения эхинококкоза печени было многообразие симптоматики, которая в значительной степени зависела от фазы развития паразита, размера и локализации кист, характера осложнений. Осложненные формы эхинококкоза печени были выявлены у 23 больного. Из них, в 22 (95,6 %) случаях они были связаны с нагноением кисты. Сдавление желчных протоков эхинококковыми кистами с развитием механической желтухи - у 1(4,4%) больного. В установлении правильного диагноза эхинококкоза печени и выборе адекватного метода операции, наряду с клиничко-лабораторными данными, основную роль играли инструментальные методы (ультразвуковые, рентгенологические). Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства выполнялось всем больным, как основной метод для определения локализации, размеров паразитарных кист, расположение кисты в отношении крупных сосудов и желчных протоков печени. Все исследованные больные, в зависимости от проведенной интраоперационной обработки остаточных полостей при эхинококкэктомии, были разделены на 2 группы: основную и контрольную. В контрольную группу были включены 18(58,9%) больных, которым после эхинококкэктомии для обработки остаточных полостей был использован 80 % глицерин. Для антипаразитарной обработки остаточной полости, после тщательного отграничения операционного поля и окружающих органов от паразитарной кисты, производилась пункционная аспирация эхинококковой жидкости иглой большего диаметра, снабженной боковыми отверстиями и соединенной к электроотсосу. После эвакуации паразитарной жидкости, вскрывалась фиброзная капсула,

удалялись дочерние пузыри и хитиновая оболочка с помощью специальной ложки, затем производилась двукратная антипаразитарная обработка остаточной полости раствором глицерина с его экспозицией в остаточной полости в течении 3-5 минут. Основную группу составили 13 (41,1%) пациентов, для обработки остаточных полостей которых был использован раствор Йоддицери-на. Для этого, после отсасывания паразитарной жидкости и рассечения фиброзной капсулы, удаляли хитиновую оболочку и дочерние пузыри, затем производили однократную обработку остаточных полостей предложенным препаратом с его экспозицией в течение 1,5-2 минут. Основным требованием к нему было создание необходимой концентрации полезного вещества, активно влияющего на паразитарный процесс при минимальном повреждающем действии на структуры печени. Йоддицерин антисептическое средство для местного применения, представляющий собой соединение йода, диметилсульфоксид и глицерина. В отличие от обычного йодового раствора, препарат начинает действовать в течение 15-30 секунд после введения, и на протяжении 1,5-2 минуты происходит полная гибель микроорганизмов. Клинические исследования свидетельствуют, что данный препарат действует дольше, чем обычные спиртовые растворы йода, а также не оказывает раздражающего действия на структуры печени. В отличие от йоддицери-на применение 80 % глицерина имели следующие недостатки: более длительное время экспозиции, и высокий процент рецидивов. Йоддицерин оказался высокоэффективным противопаразитарным средством. Его действие начинается с 30-й секунды экспозиции, вызывая гибель протоосколексов, а через 90-120 секунд (1,5-2 минуты) погибают ацефалоцисты. Гистологические исследования показали, что после применения Йоддицери-на в остаточной полости эхинококка печени обнаруживались лишь погибшие протоосколексы, причём структурных изменений вблизи фиброзной капсулы до и после обработки остаточной полости кисты не выявлено.

Результат и обсуждение

Анализ результатов лечения больных контрольной группы, которым антипаразитарная обработка остаточных полостей выполнялась традиционным способом с использованием 80 % глицерина показал, что из 18 больных контрольной группы поражение правой доли печени отмечено у 22(70,9%) больных, левой у 7(22,5%) и поражение обеих долей печени у 2 (6,5%). В контрольной группе неосложненные формы эхинококкоза печени были выявлены у 5 (27,8%), осложненные - у 13 (72,2%). Частыми осложнениями гидатидозного эхинококкоза печени явились нагноение эхинококковой кист, отмечавшиеся у 22 (95,6%) больных, желчные свищи - у 1(4,4%) пациентов. У последнего наблюдалось сочетание свища с нагноением остаточной полости, которая протекала выраженными признаками интоксикации, что отражалось на показателях функционального состояния печени. Во время операции, после пункции кисты с эвакуацией из нее жидкости и вскрытия фиброзной капсулы, удалялись дочерние пузыри и хитиновая оболочка. Обязательным интраоперационным моментом была двукратная обработка остаточной полости раствором 80 % глицерина с экспозицией его в полости в течение 5 минут. При

ликвидации остаточной полости предпочтение отдавалось закрытому способу эхинококкэктомии. При осложненных формах эхинококка печени применяли полужакрытый способ, путем вставления в полость дренажной трубки. Необходимо отметить, что выбор способа ликвидации остаточной полости был дифференцированным, в зависимости от локализации, размеров, количества паразитарных кист и характера их осложнений. При неосложненных эхинококковых кистах в целях ликвидации остаточной полости использован вариант капитонажа по Дельбе с оставлением в полости дренажной трубки. Кроме этого применялись методы инвагинации и оментопластики. Из общего числа оперированных, послеоперационных осложнений наблюдались у 7 (22,5%) больных. Со стороны остаточной полости одними из тяжелых являлись билиарные осложнения, которые влияли на сроки заполнения остаточной полости и длительность послеоперационного течения заболевания. После радикальных оперативных вмешательств указанное осложнение отмечалось у 1 (4,4%) больного в виде наличия желчных свищей в остаточной полости с желчеистечением, которые ликвидировались самостоятельно без проведения дополнительных лечебных мероприятий, в срок – 31 дней. Нагноение остаточной полости отмечалось у 6 (19,3%) пациентов. Поступление содержимого остаточной полости из дренажной трубки сохранялась в течение 2-2,5 месяцев. В целом сроки полной ликвидации остаточной полости соответствовали, примерно $39,5 \pm 13,5$ дням. Рецидив заболевания наблюдалось у контрольной группы у 4 (2,2%) больных. Их возникновение возможно, было обусловлено неадекватной интраоперационной обработкой остаточной полости, низкой антипаразитарной активностью используемого препарата, диссеминацией эхинококковой жидкости во время первичной операции, при несоблюдении принципов апаразитарности и антипаразитарности. Основную группу составили 13 пациентов, у которых в обработке остаточных полостей был использован раствор Йоддицирина. В эту группу были включены больные, исключительно с эхинококкозом печени с различной локализацией. С осложненным течением заболевания было 10 (76,9%) больных, с неосложненным – 3 (23,1%). Клиническая картина заболевания протекала аналогично контрольной группе. У 12 (92,3%) больных был диагностирован первичный эхинококкоз печени, у 1 (7,7%) – рецидивный. Эхинококковые кисты располагались в правой доле печени у 8 (61,5%) больных, поражение левой доли наблюдалось у 4 (30,7%), причем у 1 (7,8%) отмечено поражение обеих долей печени. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 1 (7,7%) больного, который проявлялся желчеистечением из дренажной трубки оостаточной полости, который самоликвидировался в течение $11,5 \pm 3,5$ дней. Среднее пребывание всех больных в стационаре составляло $11,0 \pm 2,0$ дней. У больного с нагноением остаточной полости, длительное время отмечалось поступление из дренажной трубки гнойного отделяемого. У больного регулярно, методом

УЗИ, проводилось динамическое наблюдение за состоянием остаточной полости. При котором отмечали полную регенерацию остаточной полости без каких-либо существенных осложнений.

При исследовании больных в отдаленные сроки после операции выделений из дренажной трубки оста-

точная полость было незначительно. Дренажные трубки удалялись после уменьшения остаточной полости до 1,0 см в диаметре и прекращения выделений из дренажной трубки. Исследования показали, что применение Йоддицирина как средства для обработки остаточных полостей позволило уменьшить число, послеоперационных осложнений, что значительно влияло на исход оперативного лечения.

На наш взгляд наиболее благоприятное течение послеоперационного периода отмечается у основной группы больных, которым в обработке остаточной полости был использован раствор Йоддицирина.

Выводы

1. Применение Йоддицирина в обработке остаточных полостей при эхинококкэктомии печени показывает его выраженное губительное действие на все типы зародышевых элементов эхинококка и относительно безвредное воздействие на макроорганизм.

2. Возможно широкое применение Йоддицирина в хирургической лечении эхинококкоза печени различной локализации, с целью профилактики послеоперационных осложнений заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аллабергенов А.Т., Алиев М.М., Байбеков И.М. и др. Профилактика рецидива множественного эхинококкоза печени у детей // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2001. №6. Т. 160. С. 47-50.
2. Даминова Н.М., Курбонов К.М. Ранние послеоперационные осложнения при эхинококкозе печени // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2008. Т. 167, № 5. С. 68-70.
3. Икрамов А.И. Комплексная лучевая диагностика и выбор метода хирургического лечения эхинококкоза легких и печени: автореф. ... д-ра мед. наук. Ташкент, 2003. 33.
4. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятков А.В. и др. Частота и причины рецидивного и резидуального эхинококкоза печени и брюшной полости // Хирургия Узбекистана. 2003. №1. С. 24-27.
5. Абдиев Т.А., Вахабов Т.А., Журавлева Н.А. и др. Прогноз изменения ситуации по эхинококкозу среди населения в Узбекистане // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2000. №3. С. 53-54.
6. Каримов Ш.И., Кротов Н.Ф., Беркинов У.Б. и др. Малоинвазивные вмешательства в хирургии эхинококкоза // Хирургия Узбекистана. 2007. №2. С. 6-9.
7. Лотов А.Н., Черная Н.Р., Бугаев С.А. и др. Сберегающая хирургия при эхинококкозе печени // Анналы хирург. гепатологии. 2011. Т. 16, №4. С. 11-18.
8. Нишанов Ф.Н. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2011. Т. 170, №2. С. 91-94.
9. Каюмов Т.Х., Нурмухамедов Б.М., Шарипов Ю.Ю. Новое в профилактике рецидива и нагноения остаточных полостей после эхинококкэктомии печени // Медицинский журнал Узбекистана. 2010. №3. С. 17-18.
10. Османов А.О., 1997; Бирюков Ю.В., 2000; Назыров Ф.Г. с соавт., 2001; Насиров М.Я. с соавт., 2002; Агаев Р.М., 2002; Simoyiannis E.G. et al., 1995.
11. Tabain I, Sviben M, Ljubin-Sternak S. et al. Seroprevalence of Echinococcus granulosus infection in Croatian patients with cystic liver disease // Helminthology. 2010. P. 1-4.
12. Varbobitis I.C., Pappas G., Karageorgopoulos D.E. et al. Decreasing trends of ultrasonographic prevalence of cystic echinococcosis in a rural Greek area // Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2010. №3. P. 9.

REFERENCES

1. Allabergenov AT, Aliev MM, Bajbekov IM i dr. Profilaktika recidiva mnozhestvennogo ehinokokkoza pecheni u detej [Prevention of relapse of multiple echinococcosis of the liver in children]. Vestnik

- hirurgii im. I.I. Grekova [Herald of Surgery n.a. I.I. Grekov]. 2001; 160 (6): 47-50. (in Russian)
2. Daminova NM, Kurbonov KM. Rannie posleoperacionnye oslozhneniya pri jehinokokkoze pecheni [Early postoperative complications of liver echinococcosis]. Vestnik hirurgii imeni I.I. Grekova [Herald of Surgery n.a. I.I. Grekov]. 2008; 167(5): 68-70. (in Russian)
 3. Ikramov AI. Kompleksnaya luchelevaya diagnostika i vybor metoda hirurgicheskogo lecheniya jehinokokkoza legkih i pecheni [Complex radiation diagnosis and choice of surgical treatment of lung and liver echinococcosis]: avtoref. □dokt. med. nauk. Tashkent; 2003. 33 p. (in Russian)
 4. Nazyrov FG, Akilov HA, Devjatov AV i dr. Chastota i prichiny recidivnogo i rezidual'nogo jehinokokkoza pecheni i brjushnoj polosti [The incidence and causes of recurrent and residual echinococcosis liver and abdominal cavity]. Hirurgiya Uzbekistana [Surgery of Uzbekistan]. 2003; 1: 24-27. (in Russian)
 5. Abdiev TA, Vahabov TA, Zhuravleva NA i dr. Prognoz izmenenija situacii po jehinokokkozu sredi naselenija v Uzbekistane [The prognosis of change in the situation on echinococcosis among the population in Uzbekistan]. Medicinskaja parazitologija i parazitarnye bolezni [Medical Parasitology and Parasitic Diseases]. 2000; 3: 53-54. (in Russian)
 6. Karimov ShI, Krotov NF, Berkinov UB i dr. Maloinvazivnye vmeshatel'stva v hirurgii jehinokokkoza [Minimally invasive surgical interventions in echinococcosis]. Hirurgiya Uzbekistana [Surgery of Uzbekistan]. 2007; 2: 6-9. (in Russian)
 7. Lotov AN, Chernaja NR, Bugaev SA idr. Sberegajushhaja hirurgija pri jehinokokkoze pecheni [Surgery saves with liver echinococcosis]. Annaly hirurg. Gepatologii [Annals of surgical hepatology]. 2011; 16(4): 11-18. (in Russian)
 8. Nishanov FN. Jetiopatogeneticheskie aspekty recidivnogo jehinokokkoza pecheni i ego diagnostika [Etiopathogenic aspects recurrent echinococcosis of the liver and its diagnostics]. Vestn. hirurgii im. I.I. Grekova [Herald of Surgery n.a. I.I. Grekov]. 2011; 170(2): 91-94. (in Russian)
 9. Kajumov TH, Nurmuhamedov BM, Sharipov JuJu. Novoe v profilaktike recidiva i nagnoenija ostatocnyh polostej posle jehinokokkjektomii pecheni [New in the prevention of relapse and suppuration of the residual cavity after echinococcectomy liver]. Medicinskij zhurnal Uzbekistana [Medical Journal of Uzbekistan]. 2010; 3: 17-18. (in Russian)
 10. Hamdamov BZ, Tshaev ShZh i dr. Ocenka jeffektivnosti lazernoj fotodinamicheskoy terapii pri obrabotke ostatocnyh polostej posle jehinokokkjektomii pecheni [Evaluation of laser photodynamic therapy in the processing of residual cavities after echinococcectomy of liver]. Biologija va tibbijot muammolari [Biology tibbiet muammolari]. 2015; 3(84): 104-107. (in Russian)
 11. Tabain I, Sviben M, Ljubin-Sternak S et al. Seroprevalence of Echinococcus granulosus infection in Croatian patients with cystic liver disease. Helminthology. 2010; 1-4.
 12. Varbobitis IC, Pappas G, Karageorgopoulos DE et al. Decreasing trends of ultrasonographic prevalence of cystic echinococcosis in a rural Greek area. Clin. Microbiol. Infect. Dis. 2010; 3: 9.

Поступила 09.03. 2020