

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**А Л И М О В  
СУХРОБ УСМОНОВИЧ**

**УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ  
ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ  
(Клиническое исследование)**

**5А-720113 - Хирургия**

**ДИ С С Е Р Т А Ц И Я  
на соискании академической степени магистра**

Научный руководитель:  
доктор медицинских наук,  
профессор Тешаев О.Р.

**Ташкент - 2013**

## О Г Л А В Л Е Н И Е

<b>ВВЕДЕНИЕ.....</b>	<b>5-8</b>
<b>ГЛАВА 1.</b>	
<b>СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕТОДОВ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ (обзор литературы).....</b>	<b>9</b>
1.1. Распространенность эхинококкоза.....	9-11
1.2. Диагностика эхинококкоза .....	11-15
1.3. Методы обработки остаточной полости после эхинококэктомии из печени .....	15-24
<b>ГЛАВА II.</b>	
<b>МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (общая характеристика клинических материалов).....</b>	<b>24-29</b>
2.1. Клиническая характеристика больных.....	29-30
2.2. Методы гистологические исследования.....	29-30
2.3. Методика проведения in Vitro по изучению антипарази тарной активности раствора «Жидкий экстракт чеснока».....	30-36
2.3.1 Элементный и аминокислотный состав «Жидкий экстракт чеснока».....	30-31
2.4. Методы исследования .....	36-37
<b>ГЛАВА III.</b>	
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЕ.....</b>	<b>37</b>
3.1 Клинико-лабораторные методы исследования.....	37-39
3.2 Инструментальные методы исследования.....	39-46

3.3. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени.....	46-60
3.4. Отдаленные результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени с применением раствора «Жидкий экстракт чеснока».....	60 -62
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>63</b>
<b>ВЫВОД.....</b>	<b>73</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>73-95</b>

## Список сокращений

<b>ГКБ №1</b>	- Городская клиническая больница №1 им. Абу-али ибн Сина
<b>ТМА</b>	-Ташкентская Медицинская академия
<b>УЗИ</b>	- Ультразвуковое исследование
<b>КТ</b>	- Компьютерная томография
<b>МЗ РУ</b>	- Министерство Здравоохранения республики Узбекистан
<b>МРТ</b>	- Магнитно-резонансная томография
<b>ТИП</b>	- Тонко игольная пункция
<b>ЭК</b>	- Эхинококковая киста
<b>ЖЭЧ</b>	«Жидкий экстракт чеснока»
<b>ВОП</b>	- Врач общая практика
<b>РЛА</b>	- Реакция латекс агглютинации
<b>РНГА</b>	- Реакция непрямой гемагглютинации

## ВЕДЕНИЕ

**Актуальность проблемы.** Эхинококкоз, являющийся тяжелым паразитарным заболеванием, продолжает оставаться серьезной социально-медицинской проблемой во многих странах мира. Распространение паразита происходит не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения, что связано в значительной степени с санитарным состоянием и санитарной культурой населения. Выявляемость эхинококкоза наиболее высока в городах. В настоящее время отсутствует количественная оценка диагностических критериев и результатов хирургического лечения с использованием патогенетического подхода при эхинококковой болезни [15,55,93,104,146,176].

На сегодняшний день насущной проблемой эхинококкоза являются разработка рациональной ранней диагностической тактики, совершенствование методов хирургического лечения первичного, рецидивного и резидуального эхинококкоза, а также разработка новых антипаразитарных средств [13,28,33,55,103,120,127,135,144].

В основу лечения эхинококковой болезни входит хирургическое вмешательство. Больше всего распространены менее радикальные хирургические способы лечения, такие как закрытая и открытая эхинококкэктомия. Однако, техника их выполнения во многом остается противоречивой, в частности, недостаточно совершенны применяемые способы антипаразитарной обработки остаточной полости кист. Многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания свидетельствуют о недостаточной надежности используемых в хирургической практике средств для обеззараживания зародышевых элементов эхинококка (3-54% случаев) [52,89,121,135,146,155,176].

Высокая токсичность или недостаточная антипаразитарная активность применяемых противоэхинококковых агентов контактного

действия диктует необходимость изыскания новых эффективных и безопасных средств для интраоперационного обеззараживания зародышевых элементов эхинококка печени и других органов.

Таким образом, вышеуказанным подтверждается актуальность изучения необходимости совершенствования способа обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии из печени, что может оказать существенную помощь при решении конкретных вопросов современной тактики хирургического лечения больных.

**Целью настоящего исследования явилось** – улучшение результатов хирургического лечения эхинококкоза печени путем способов обработки остаточных полостей печени после эхинококкэктомии с препаратом «Жидкий экстракт чеснока».

**Задачи исследования:**

1. Изучить *in vitro* влияние нового антипаразитарного препарата «Жидкого экстракта чеснока» на эхинококковые сколексы и провести сравнительный анализ с существующими антипаразитарными агентами контактного действия.

2. Выявлять эффективности применение «Жидкого экстракта чеснока» для обработки эхинококковых кист при пункционными и оперативными лечения.

3. Провести анализ ближайших и отдаленных результатов лечения больных эхинококкозом, оперированных с применением «Жидкого экстракта чеснока». в качестве противоэхинококкового средства контактного действия.

**Научная новизна исследования** заключается в том, что спектр действия нового антипаразитарного препарата «Жидкий экстракт чеснока» на зародышевые элементы эхинококковых кисти проведен сравнительный анализ с существующими антипаразитарными агентами контактного действия. Установлены специфические деструктивные изменения

зародышевых элементов эхинококка под влиянием известных агентов и раствора «Жидкий экстракт чеснока», гистологическим исследованием. Определены показания к применению для обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии препаратом «Жидкий экстракт чеснока». Определена оптимальная концентрация и время экспозиций нового антипаразитарного препарата «Жидкий экстракт чеснока» в клинике для обработки полости эхинококковых кист печени. Доказана и обоснована целесообразность интраоперационного применения «Жидкий экстракт чеснока» в качестве противоэхинококкового агента контактного действия. Установлено, что данный препарат оказывает в 98% случаев быстрое губительное действие на зародышевые элементы эхинококка в экспозиции 5+0,2 минут и не сопровождается побочным действием на организм больного, а также обеспечивает профилактику послеоперационных рецидивов.

#### **Практическая ценность работы.**

Выявленная антипаразитарная активность «Жидкий экстракт чеснока» в отношении всех типов зародышевых элементов эхинококкоза позволила разработать безопасный для больного метод надежного обезвреживания протосколексов, как непосредственно в паразитарной кисте, так и в остаточной полости после эхинококкэктомии, с целью профилактики послеоперационных рецидивов заболевания и исключить использование для этой цели высокотоксичных противоэхинококковых химических соединений.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Применение «Экстракт чеснок жидкий» в условиях клиники оказывает губительное действие на протосколексы эхинококкоза печени в экспозиции 5 +0,2 минут.

2. Стенка фиброзной капсулы эхинококковой кисты непроницаема для раствора «Жидкий экстракт чеснока» в направлении изнутри кнаруже, что исключает проникновение введенного внутрь паразитарной кисты

данного раствора в окружающие органы тканей хозяина и следовательно его воздействие на данный организм.

3. В клинических условиях «Жидкий экстракт чеснока» проявляет антипаразитарную активность. Применение данного препарата по сравнению с другими используемыми гермицидами по разработанной методике при хирургическом лечении эхинококкоза печени безопасно для больного и обеспечивает надежную профилактику послеоперационных рецидивов заболевания.

**Объем и структура работы.** Диссертация изложена на 95 страницах машинописного текста, состоит из введения, 3 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и библиографического указателя, который представлен 125 источниками литературы, из которых 175 отечественных и 58 иностранных. Работа содержит 12 таблиц, иллюстрирована 16 рисунками. Считаю своим долгом выразить глубокую признательность и благодарность:

- моему научному руководителю, доктору медицинских наук, профессору О.Р. Тешаеву за постоянную помощь в работе над диссертацией;
- заведующему кафедрой хирургических болезней для ВОП VII курса Ташкентской Медицинской Академии, без помощи выполнение данной работы было бы невозможным.

# **ГЛАВА I. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕТОДОВ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ (Обзор литературы )**

Эхинококковая болезнь до настоящего времени остается актуальной проблемой в медицине. Из-за трудности ранней диагностики, тяжелого клинического течения, нередко сопровождающегося смертью и огромного экономического ущерба, эта инвазия приобрела глобальную социально-медицинскую значимость на сегодняшний день проблему [6,8,19,34,84,120,127,147,159,172,221].

Не смотря на успехи в борьбе с эхинококкозом, еще остаются нерешенными аспекты его эпидемиологии, ранней диагностики, клиники, патогенеза течения заболевания, иммунитета и его химиотерапии. В связи с отсутствием стандартизированной методологии проведения исследования, лечения и борьбы с эхинококкозом службы здравоохранения не располагают достоверной информацией о проблеме эхинококкоза.

## **1.1. Распространенность эхинококкоза**

Географическое распространение эхинококкоза является важным и малоизученным вопросом гельминтологии. Сведения о заболеваемости эхинококкозом на земном шаре весьма разноречивы. Это объясняется тем, что выявление эхинококкоза связано с трудностями диагностики, особенно на ранних стадиях развития, и главным образом связано с экономическим профилем стран и регионов - преимущественным развитием животноводства [35,172,241,262], низким уровнем социально-экономического развития общества и санитарной культуры населения этих стран и регионов . Узбекистан относится к одному из пяти существующих в мире эндемических очагов эхинококкоза. Если в середине 90-х годов в Республике по поводу эхинококка оперировались в год 1,5 тысяч человек

то в последние годы количество ежегодно выполняемых операций достигло 5 тысяч [35,262]. Уровень заболеваемости за последние 10-15 лет мало изменился и составляет 5-8 человек на 10000 населения [35,262]. В СНГ эндемическими территориями являются Казахстан, Узбекистан, Кыргызстан, Туркмения, Азербайджан, Армения, Грузия, Молдавия, Украина и южные области России [10,43,52,83,119,124,144].

Рост заболеваемости объясняется уровнем и укладом жизни, экономического, санитарно- эпидемического состояния до и после периода нестабильности общественно-политической жизни в республике. Распространенность заболевания среди людей прямо пропорциональна зараженности собак и сельскохозяйственных животных. При выяснении эпизодической ситуации эхинококкоза животных в Республике Узбекистан по данным Республиканской Ветеринарной Лаборатории заболеваемость регистрируется у всех видов сельскохозяйственных животных, кроме лошадей. За последнее 10 лет (1999-2009гг.) на мясокомбинатах и лабораториях ветеринарно- санитарных экспертиз колхозных рынков при гельминтологическом исследовании на эхинококкоз исследовано 18256 животных, поступающих из 38 хозяйств. При вскрытии исследованы паренхиматозные органы 8144 голов мелкого рогатого скота, 6679 крупного рогатого скота, 1601 свиней и 94 лошадей. Из числа обследованных овец и коз зараженными эхинококкозом оказались 1589 голов, что в среднем составляет 20,0%, экстенсивность инвазии (ЭИ) взрослых овец составила 20,5%, молодняка - 6,1%, коз - 17,6%. Инвазированность эхинококкозом всех исследованных овец, независимо от породы животных и зоны республики, с возрастом увеличивается. Последнее связано с постоянной реинвазией овец всех возрастных групп. Эхинококкоз крупного рогатого скота в республике не имеет повсеместного распространения. Так, из 48 исследованных хозяйств различных зон в 30 (62,5%) зарегистрирован эхинококкоз. Высокая зараженность животных эхинококкозом отмечено в

межрайонных скотозаготовительных конторах и откормочных базах, где контакт с сельскими (бродячими) собаками значительно больше, чем на промышленных комплексах. В эпизоотологии эхинококкоза большую роль играют плотоядные животные. Проведены полные гельминтологические вскрытия кишечника 140 отловленных и отстрелянных плотоядных (120 собак, 4 шакалов). Установлено, что в распространении эхинококкоза из перечисленных плотоядных больше всего участвуют собаки. Инвазированность собак эхинококками составляет 15,2%. Эхинококкоз представляет значительную угрозу здоровью населения и резко снижает рентабельность животноводства [20,35,71]. Следовательно, эхинококкоз - проблема не только медицинская, но и социальная [19,35,71]. Анализ возрастного ценза заболевших эхинококкозом показал, что дети до 14 лет составили 7,8 % . Среди взрослого контингента 58,7% составляют лиц трудоспособного возраста (от 18 до 48 лет), тем самым эхинококкоз наносит огромный экономический ущерб обществу. Следует признать, что решающую роль в снижении и ликвидации эхинококкоза среди людей и домашних животных играют профилактические мероприятия.

## **1.2. Диагностика эхинококкоза**

Ранняя диагностика эхинококкоза нередко представляет трудную задачу, что связано с отсутствием четкой симптоматики заболевания, особенно в раннем периоде его развития, при расположении кисты в глубине органа. Чаще всего больные обращаются за медицинской помощью, когда паразитарная киста достигает значительных размеров или имеются (также) ее осложнения, как нагноение, прорыв в желчные пути, брюшную и плевральную полости. В течение последних 50 лет единственным, надежным методом диагностики эхинококкоза оставалась кожно-аллергическая проба Кацони [15,25,56,62,73,78,91,116,122,164,194]. Попытки использовать в этих целях реакции связывания комплемента, преципитации [164, 217, 16 220], сколекс-преципитации скорее имеют

историческое, чем практическое значение. Однако эти исследования привели к разработке и широкому внедрению в практику таких серологических тестов, как реакции латекс-агглютинации, непрямой гемагглютинации и иммуноферментного анализа [129,130]. Положительной стороной этих реакций являются достаточная специфичность (от 65 до 98%), безопасность для обследуемых, возможность повторного обследования оперированных с целью контроля титра антител [275,276].

Возможность применения иммунологических реакций для диагностики ряда гельминтов обусловлена наличием специфических антител в сыворотке крови инвазированных хозяев, что установлено многочисленными исследованиями. До последнего времени одной из распространенных реакций для диагностики эхинококкоза служила внутрикожная аллергическая проба Кацони, предложенная еще в 1912 г. Многолетние наблюдения и данные литературы показали, что для реакции Кацони при эхинококкозе характерна относительная специфичность и чувствительность [36, 45,86].

Однако, недостаточно высокий процент положительных реакций у больных эхинококкозом, опасность развития анафилактического шока, особенно при повторной постановке пробы, отсутствие существенной диагностической ценности при рецидиве болезни, а также получение большого процента положительных результатов при многих заболеваниях значительно ограничивают применение реакции Кацони, снижают ее диагностическое значение и, следовательно, ее широкое применение в практике [26, 46,56, 79]. Поэтому в последние годы предложены и апробированы в клинической практике различные серологические реакции. Серологические реакции не вызывают каких-либо выраженных побочных осложнений и практически не имеют противопоказаний. Их можно использовать неоднократно и поэтому они особенно удобны и ценны для

диагностического наблюдения за больными, а также для выявления рецидивов болезни. Среди различных серологических реакций, используемых в настоящее время для диагностики гельминтозов, большое значение имеет реакция агглютинации с адсорбированными антигенами. Данные литературы убедительно свидетельствуют, что реакция латекс-агглютинации (РЛА), проведенная на большом фактическом материале, зарекомендовала себя как наиболее эффективного и специфичного в качестве дифференциально-диагностического теста на эхинококкоз [35,43,47,136]. Так, РЛА дает положительную реакцию у больных эхинококкозом и альвеококкозом в 80-85% случаев. Процент неспецифичности этой реакции весьма незначителен (2-3%). Другим высокоэффективным и чувствительным серологическим методом является реакция непрямой гемагглютинации (РИГА), впервые предложенная Y.A.Yarabeaiane, (1957) и Y.Y.Kaqaп (1959). По данным литературы [44,47,66], реакция непрямой гемагглютинации в диагностике эхинококкоза характеризуется высокой чувствительностью и специфичностью, а также простотой своего выполнения. Установлено, что чувствительность реакции латекс агглютинации довольно высока и составляет в среднем 83% [47, 89,135].

Однако, при постановке указанных реакции у больных эхинококкозом нередко имеет место ложноположительные результаты неспецифического характера [60, 67]. Кроме того, реакции латекс-агглютинации недостаточно чувствительны при использовании сывороток крови больных с одиночной легочной локализацией эхинококка. В последние годы как в нашей стране [19, 65], так и за рубежом опубликованы сообщения о возможности успешного применения реакции двойной диффузии в агаровом геле (РДДГ), как эффективного метода диагностики эхинококкоза. Метод весьма прост в исполнении, высоко чувствителен и специфичен. Чувствительность РДДГ достигает 84%, неспецифических реакций не наблюдается [19].

Новый этап развития хирургии эхинококкоза связан с разработкой более информативных средств диагностики – ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) и спиральной компьютерной томографии (СКТ) [210,220]. Главным достоинством этих методов является то, что они позволяют диагностировать эхинококкоз в доклинической стадии, когда паразитарные кисты имеют небольшие размеры, что дает возможность выполнять органосохраняющие вмешательства с меньшим риском и большей эффективностью. Появление совершенно безопасного для больного метода - УЗИ, по своим разрешающим способностям практически не уступающего КТ, вывело его на одно из ведущих мест в диагностике эхинококкоза [8,13,251,282].

По данным различных авторов, информативность УЗИ при эхинококкозе печени зависит от стадии развития паразита (живой или погибший) и в среднем составляет не менее 90-97% [30,32,40,96,232].

Кроме того на достоверность УЗИ могут влиять как конституционные особенности больного, так и искажения, возникающие вследствие определенной специфики формирования изображения. Так, в ряде случаев качественному УЗИ препятствуют метеоризм, избыточная подкожно-жировая клетчатка, дефекты кожи в зоне сканирования, кости и пр. При УЗИ для эхинококковой кисты характерны 5 признаков: гипоэхогенное образование, гипоэхогенный ободок, дочерние кисты, симптом заднего усиления и двухконтурность стенки. Диагноз эхинококкоза правомочен, при сочетании двух и более признаков [32,69].

Дальнейшим шагом в улучшении диагностики эхинококкоза печени стало применение КТ, характеризующейся по сравнению с УЗИ панорамностью изображения, более высокой чувствительностью, превосходящей его при определенных локализациях, точностью дифференциальной и топической диагностики. КТ позволяет выявлять

кисты при их диаметре до 5 мм, более эффективно дифференцировать "псевдосolidные" формы эхинококкоза от опухолей. Общая точность КТ диагностики при эхинококкозе, по данным литературы, превышает 95%. Важнейшим достоинством КТ является то, что она дает возможность объективно судить о размерах кист, их количестве и расположении в печени, взаимоотношении с сосудами и желчными протоками, оценивать стадию развития паразита, выявлять поражение эхинококкозом других органов. Эти данные имеют решающее значение при определении хирургического доступа, планировании вида операции, ее объема и предполагают возможные интраоперационные осложнения. [44,61].

Характерным для эхинококкоза при рентгенологическом исследовании или КТ являются симптом "мениска" или "полумесяца". Однако КТ сопряжена с рентгеновским облучением и является довольно дорогим исследованием. Анализируя мировой опыт, можно сделать вывод, что УЗИ превосходит рентгенологические методы в оценке стенок кисты, выявлении гидатидного песка, дочерних кист и отношения кисты к диафрагме. Преимуществом рентгенологических методов является обнаружение газа в кисте, кальциноза стенок и определение анатомического расположения кисты [44,251,273].

### **1.3. Методы обработки остаточной полости после эхинококэктомии из печени**

Совершенствование методов хирургического лечения, а также профилактические мероприятия приводят к существенному уменьшению количества первичных форм эхинококковой болезни [15,27,46,63,64,69,113,115,118,221]. Однако, проблема лечения эхинококка, особенно множественных и осложненных форм остается актуальной, так как эффективный метод консервативного лечения эхинококка еще не разработан. До настоящего времени единственным, радикальным методом лечения этого заболевания

остается хирургический. Он не потеряет, очевидно своего значения даже при разработке эффективного паразитоцидного химиотерапевтического средства, так как гибель паразитарной кисты в результате консервативного лечения приводит к таким осложнениям, как нагноение, прорыв кисты, пролежень тканей обызвествленной кистой и др. [26,27,71,77,85,90,97,108,122,130,160 ].

Одномоментная закрытая эхинококкэктомия является наиболее совершенной из ранее предложенных методик оперативного лечения эхинококкоза. Особенностью предложенной автором операции является удаление паразитарной кисты без вскрытия ее полости, иссечение наиболее истонченной части стенки фиброзной капсулы и зашивание ее краев наглухо с подвертыванием внутрь краев разреза. Редко удается осуществить эхинококкэктомию без рассечения хитиновой оболочки (обычно производится при локализации кисты средней величины в легком или при краевом расположении ее в печени). Эхинококкэктомия с удалением кисты и фиброзной капсулы является самостоятельной операцией и ее не следует относить к "идеальной" эхинококкэктомии, так как фиброзная капсула не является элементом паразита. Несмотря на расширение в последнее время показаний к удалению фиброзной капсулы, по мнению ряда авторов, данный метод удаления фиброзной капсулы оправдан только при ее обызвествлении [5,19,58,74,123,128,219].

Удаление пораженного органа вместе с развивающейся в нем эхинококковой кистой является радикальным вмешательством, однако, показания к нему должны быть ограниченными, так как предпочтительнее является удаление кисты с сохранением органа и тем самым создание условий для регенерации паренхимы органа. Эхинококкэктомию вместе с пораженным органом чаще осуществляют при локализации кисты в селезенке и почках. После удаления паразитарной кисты и антипаразитарной обработки остаточной полости фиброзной капсулы,

последнее можно закончить наружным дренированием толстой трубкой после частичного иссечения фиброзной капсулы. Этот момент целесообразно применять при нагноившихся кистах, создавая хороший отток из остаточной полости [15,29,65,88,120,126, 144,211].

Метод заполнения остаточной полости после эхинококкэктомии разнообразными пломбами, антисептиками, сальником на ножке не получили широкого применения [8,61,92,127,151,209].

После эхинококкэктомии осуществляется ликвидация остаточной полости. Однако, капитонаж остаточной полости печени бывает затруднен из-за плотности и неподатливости капсулы и не безопасен в связи с возможностью повреждения подлежащих крупных желчных и кровеносных сосудов. Вворачивание не иссеченного участка фиброзной капсулы внутрь остаточной полости и ушивание инвагинированных краев является наиболее простым и безопасным методом при поверхностно расположенных кистах. Несмотря на прогресс в хирургии за последнее десятилетие и совершенствование методик операций при эхинококковой болезни частота рецидивов заболевания не уменьшается и колеблется от 3 - 14% [9,15,16,30,38,42,51,52,135] до 22-45% [93,100,105,121,208].

Столь значительное колебание частоты рецидивов заболевания, по-видимому, объясняется отсутствием единого понятия рецидива эхинококковой болезни после хирургического лечения. В своих работах Гилевич М.Ю.,1983; Amman R.,1996; Алиев М.А.,1998 к рецидивам относят лишь те кисты, которые образовались в результате обсеменения протосколексами операционного поля или оставления дочерних пузырей в полости фиброзной капсулы паразита. По мнению И.Д.Даниляка, П.Я.Бухмана и Ю.С.Гилевича рецидив заболевания принимали кисты, оставшиеся незамеченными при первой операции. По данным И.Д.Наумова рецидив заболевания это любой возврат эхинококкоза после оперативного лечения, при котором, были удалены все кисты [101]. Вместе с тем кисты, оставшиеся незамеченными при первой операции, ряд

авторов не считают рецидивом заболевания и относят к первично-множественной форме эхинококкоза [56,180].

В последние десятилетия хирургическому лечению эхинококкоза печени появилась альтернатива - чрескожно чрезпеченочное дренирование эхинококковой кисты печени. Пункция эхинококковых кист печени проводилась издавна, но к сожалению, публикаций по этому поводу не было, а результаты осложнений не известны.

Первые публикации об успешных диагностических и лечебных чрескожных пункциях и дренировании, под контролем УЗИ и рентгенконтроле, относятся к 1983 г [85,180]. В России впервые была произведена чрескожная пункция эхинококковой кисты печени [56,183]. Об успешном излечении эхинококковых кист сообщили и другие авторы.

До настоящего времени еще нет единой классификации рецидивов эхинококковой болезни. В литературе принято подразделять возврат заболевания на истинные и ложные рецидивы. При этом разные авторы трактуют эти понятия по-разному. А.О. Османов, А.Т. Пулатов к истинным рецидивам относили заболевания, возникшие в результате обсеменения операционной раны или вызванные оставленными в полости фиброзной капсулы зародышевыми элементами, а к ложным - кисты, не замеченные во время первой операции [106,111].

А.А.Лервинский, Амман Рэнд истинным рецидивом считают заболевание, возникшее в результате вторичной инвазии, а ложными - вследствие недостаточной радикальности выполненного хирургического вмешательства, оставшиеся незамеченными отдельные паразитарные кисты, обсеменение содержимым кисты поверхностей ткани и органов в результате нарушения техники операции, неполное обезвреживание зародышевых элементов эхинококка в грудной и брюшной полостях после спонтанного разрыва кисты [126,136]. Б.А.Акматов и А.З.Вафин предлагают подходить ко всем рецидивам как к ложным, реинвазию

рассматривать не как истинный рецидив, а как самостоятельное заболевание, связанное с новым заражением и не имеющее отношение к первичному заражению [8,35]. Наряду с рецидивом заболевания предлагается выделять резидуальный эхинококкоз, имеющее место в случаях, когда часть паразитарных кист преднамеренно оставляется для второго этапа операции ввиду распространенности процесса или внезапного развития тяжелых осложнений во время оперативного вмешательства (кровотечение, сердечная недостаточность и др) [138]. В своих работах Б.В.Петровский, О.Б.Милонов отмечают, что рецидивами эхинококкоза следует называть возврат характерного симптомокомплекса заболевания после перенесенного хирургического вмешательства вследствие его не радикальности, интраоперационной или спонтанной диссеминации паразитарного процесса [122,144]. Вынужденно оставленные паразитарные кисты во время операции в связи с необходимостью этапного лечения следует называть резидуальным эхинококкозом. Реинвазия должна рассматриваться как самостоятельное заболевание. Выявление причин возникновения рецидивов эхинококковой болезни является важным разделом этой проблемы. Исследования многих авторов показали, что при попадании протосколексов на операционную рану происходит имплантационное заражение и вторичные эхинококковые кисты развиваются уже после образования операционного рубца [111,112,179]. В свете современных данных, вопрос об этиологии рецидивов эхинококкоза получил дальнейшее развитие. Под сомнение было поставлено положение о том, что протосколексы являются основной причиной рецидивов [14,22,32,49,91].

Различные подходы к оперативному лечению эхинококкоза объяснялись отношением к возможности присутствия в толще фиброзной капсулы зародышевых элементов эхинококка. Одни авторы находили в толще фиброзной капсулы зародышевые элементы в виде заноз или свободных протосколексов в полости капсулы и на основании чего

рекомендовали удаление паразитарной кисты вместе с фиброзной капсулой [1,8,100,132]. Другие отрицали возможность нахождения протосколексов в ней и проводили менее травматичные операции с оставлением фиброзной капсулы [10,25,38,65,130,163,248]. Однако, рецидивы заболевания наблюдались независимо от типа проведенной операции [6,24,48,61,105,146]. В своей работе А.А.Мовчун, А.Д. Тимошин, Г.Г. Чемисова провели комплексное исследование кутикулярной оболочки капсулы у 164 больных с эхинококкозом различной локализации на наличие зародышевых элементов эхинококка [100,127,271]. В результате проведенной работы авторы пришли к выводу, что у живого паразита кутикулярная оболочка является непроницаемой для протосколексов, в то время, как после гибели паразита происходит обсеменение полости фиброзной капсулы живыми протосколексами. На основании своих исследований авторы приходят к выводу, что при локализации кист в периферических частях органа при мертвой кисте более целесообразно - применение расширенных хирургических вмешательств с удалением фиброзной капсулы. Однако, большинство авторов отмечают, что на частоту возникновения рецидивов эхинококкоза влияет не метод операции, а тщательное ее выполнение [3,6,89,92,147,284].

Анализ данных литературы показывает, что независимо от метода оперативного вмешательства, наиболее важной задачей в проблеме профилактики рецидивов является предупреждение обсеменения зародышевыми элементами паразита окружающих органов и тканей больного. В практической хирургии чаще всего с целью защиты обсеменения содержимым пузыря эхинококка операционное поле изолируют марлевыми салфетками. Однако, не удается полностью изолировать данным методом операционное поле от содержимого кисты. Учитывая последнее, незначительное обсеменение чревато переноса инвазионного начала на другие участки операционного поля из-за

загрязнения рук или инструментов, а при обильном излиянии гидатидной жидкости не исключается возможность проникновения зародышевых элементов через марлевые салфетки. Вопросы оптимального метода обработки остаточной полости фиброзной капсулы и способов ее закрытия для предотвращения образования в печени абсцессов, профилактики длительно функционирующих наружных гнойных свищей остаются открытыми для обсуждения. В комплекс мер профилактики рецидивов эхинококкоза важная роль отводится надежному интраоперационному обезвреживанию зародышевых элементов паразита (протосколексов, мелких дочерних кист). Необходимость обезвреживания может возникнуть на любом этапе операции, в особенности при перфорации кист с обсеменением органов и серозных полостей [3,15,62,103,273].

Большинство хирургов при удалении эхинококковой кисты прибегают к предварительному ее опорожнению. После удаления хитиновой оболочки стенки фиброзной капсулы подлежат антипаразитарной обработке. С давних времен были начаты поиски сколексоцидных препаратов для интраоперационного применения. В практике использованы 10% йодоформно-глицериновая эмульсия, 5-10% водные растворы формалина, 2,5-5% растворы формалина в глицерине, 5% настойка йода, эфир для наркоза, риванол в разведении 1:1000 и различные антибиотики [1,4,17,65,116,232]. Однако, предложенные агенты, как правило, не были подвергнуты серьезной экспериментальной проверке и большинство из них не нашло клинического применения ввиду низкой противопаразитарной активности или высокой токсичности для больного [13,21,118,201].

В нашей стране и за рубежом для интраоперационного обезвреживания зародышевых элементов эхинококка чаще всего используют растворы формалина различной концентрации (от 2-5 до 15-40%), 2-5% настойку йода, эфир для наркоза, 20% гипертонический раствор хлорида натрия, 3% раствор перекись водорода, нагретые до 70°C

растворы антисептиков, а в последние годы 2-10% растворы цетримид (цетил-3-метил-бромид аммония). Цетримид, используемый в клиниках Ирана и Ирака, широкого применения в других странах не получил. Его биологическая активность и влияние на окружающие паразита ткани хозяина еще недостаточно исследованы [ 1,31,38,116,136,211 ].

Одним из существенных недостатков химических средств, применяемых для обезвреживания зародышевых элементов эхинококка является недостаточная их надежность, обусловленная снижением концентрации агента до неэффективной вследствие разведения тканевой жидкостью [39,59,91,132]. Имеются также сведения о невысокой эффективности формалина, используемого в качестве сколексоцида. По данным Ю.А.Волоха, после обработки содержимого эхинококковой кисты 3% раствором формалина в глицерине в течение 2-3 минут в 10 из 12 кист обнаружены живые протосколексы [42]. Кроме того, используемые в хирургической практике в качестве сколексоцидов - формалин, йод, эфир обладают выраженной токсичностью для больного [15,39,111,136,154,252].

По данным ряда авторов, после обработки полости фиброзной капсулы раствором формалина и настойкой йода чаще наблюдались такие послеоперационные осложнения, как пневмония и длительная гипертермия [1,9,42,59,116,264]. В работе многих авторов так же описаны случаи сердечной недостаточности и отека легких, особенно после вмешательства на органах дыхания. За рубежом при хирургическом лечении эхинококкоза для обезвреживания зародышевых элементов паразита используют более концентрированные растворы формалина (15-40%) в связи, с чем отравления больных наблюдается чаще и отмечаются несколько летальных исходов после применения формалина [5,19,20,31,40,43,61,89,228]. Наряду с недостатками формалина и йодной настойки следует отметить и способность этих агентов - вызывать аллергические реакции у больного,

то обусловлено высокой проницаемостью стенки паразитарной кисты и фиброзной капсулы для этих средств, ответственной также за их токсичность и повреждающее действие на ткани больного [42,92,99,134]. Предложенные в последние годы методы обезвреживания зародышевых элементов эхинококка с помощью таких физических агентов, как термическое воздействие и ультразвук низкой частоты не получили достаточно широкого применения. Обработка остаточной полости фиброзной капсулы растворами антисептиков, нагретых до 60-70°C, предложенная Б.А.Акматовым, имеет ряд существенных недостатков [8]. Этот метод сопряжен с неудобством термостатирования и использования горячих растворов во время сложных полостных операций, особенно при множественных формах эхинококкоза, а также с возможностью получения ожогов органов и тканей оперируемого больного через тонкую фиброзную капсулу обезвреживаемых паразитарных кист. Метод лечения эхинококкоза с интраоперационным использованием ультразвука низкой частоты, разработанный Ю.З.Бирюковым, В.С.Моисеевым и Ф.П.Коваленко пригоден для обезвреживания гидатидных кист диаметром до 15 см, встречающихся чаще всего в легких [30]. Попытка использования ультразвука низкой частоты для антипаразитарной обработки остаточной полости печени и других органов брюшной полости была менее успешной. Это объясняется тем, что в брюшной полости лавроцисты эхинококка чаще достигают больших размеров и имеют неправильную форму, в результате чего не всегда обеспечивается одно из основных условий губительного действия ультразвука на зародышевые элементы паразита - полное перемешивание жидкой фазы под влиянием этого агента [75]. Еще одним ограничением для использования ультразвука в хирургии эхинококкоза органов брюшной полости является неудобство подведения ультразвукового волновода к гидатидной кисте, при поддиафрагмальной локализации и глубоком внутриорганном расположении паразита. Использование других методов, как рентгеновские и кварцевые лучи, УВЧ,

СО 2 лазера для интраоперационного обезвреживания зародышевых элементов эхинококка не получило широкого применения из-за отсутствия экспериментального обоснования [15,16,34,52,84,203].

Таким образом, несмотря на многочисленные работы направленные на профилактику хирургического лечения эхинококкоза, это заболевание широко распространено почти во всех странах мира. Это свидетельствует о том, что данная проблема является весьма серьезной и требует совершенствования методов обработки остаточной полости после эхинококкэктомии.

## **ГЛАВА 2**

### **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

#### **( ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ)**

##### **2.1. Клиническая характеристика больных**

Клинический раздел работы включает результаты исследований и оперативного лечения в клинике хирургических болезней для ВОП VII-курсов ТМА (на базе ГKB-№1) 50 больных с диагнозом эхинококкоз печени в возрасте от 18-72 лет. В истории болезни, амбулаторной карте были зафиксированы начало испытаний день операции и что больной добровольно согласился принимать испытываемые препараты.

##### **Больные распределены на следующие группы :**

1. Основная группа: 30 больных, у которых после эхинококкэктомии из печени остаточная полость была обработана препаратом «Жидкий

экстракт чеснока».

2. В контрольную группу включены 20 больных, которые оперированы по традиционным и пункционным методам, у которых остаточная полость была обработана другими антипаразитарными препаратами 20% раствор гипертонический хлорида натрия. Всего исследованы 50 пациентов. Больные распределены по полу и возрасту

Таблица 1

**Распределение больных по полу и возрасту**

пол		Число больных						В с е г о	
		Возраст в годах						Абс	%
		18-20	21-30	31-40	41-50	51-60	70, выше		
м	А	1	7	8	3	1	1	21	42
	Б	1	1	4	2	1	-	9	18
ж	А	2	3	4	2	1	1	13	26
	Б	1	3	1	1	2	-	7	14
Всего		5	14	17	8	5	2	50	100

(А - основная группа больных; Б - контрольная группа больных)

Изучены истории болезни 50 больных, из них мужчин – 30 (60%), женщин - 29 (40%). Данные таблицы показывают, что в исследуемой группе мужчин было больше, чем женщин.

Наибольшее количество поступивших больных эхинококкозом печени приходилось на возраст от 18 до 50 лет, что составили 43 (86%). Эти наблюдения совпадают с данными И.Я.Дейнека. По его исследованиям, эхинококкоз чаще встречается у людей в возрасте 16-40 лет.

Эта возрастная группа по нашим наблюдениям составила 70,8 %, а по данным литературы составляет 16,5%. При рассмотрении вопроса о распространенности эхинококкоза городской и сельской местностях

получены следующие результаты.

Таблица 2.

**Распространенность эхинококкоза печени среди городского и сельского населения**

Характер населения	Неосложненный эхинококкоз	Осложненный эхинококкоз	ВСЕГО	
			абс.	в%
Городское	26	3	29	58
Сельское	19	2	21	42
<b>ВСЕГО</b>	<b>45</b>	<b>5</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Среди городского населения эхинококкоз печени отмечена в 1,3 раза больше по сравнению с сельским населением. Высокие цифры заболеваемости зависят от слабого развития и низкого уровня медицинского обслуживания, нерегулярного профилактического осмотра населения города, также из-за значительного наполнения в последние годы населения города жителями сельских районов. По характеру течения заболевания больные разделены на две группы: осложненное течение заболевания у 5(10%); неосложненное у 45(90%) больных.

Таблица 3.

**Виды осложнений эхинококкоза печени (n -50)**

Характер осложненный	Число больных	В %
Обызвествление эхинококковой кисты	1	2
Нагноение эхинококковой кисти	3	6
Прорыв кисти в желчные протоки	1	2
<b>В с е г о</b>	<b>5</b>	<b>10</b>

Анализ характера осложнений эхинококкоза печени свидетельствует,

что напряженные эхинококковые кисты печени являются одно из самых частых осложнений данного заболевания. Прорыв эхинококковой кисты печени является одним из самых тяжелых осложнений эхинококкоза, так как часто приводит к ухудшению состояния больного, а иногда и к смерти. Данная форма осложнения не встречалась. Обызвествленный эхинококкоз печени среди анализируемой группы из 50 больных встречался в 1 (2,0%) случаях. В литературе приводятся разноречивые данные по поводу частоты обызвествления эхинококковых кист печени: по Ф.Н.Наутову она наблюдалась у 4,7%, по С.Кречетову - у 4,8%, по Н.И.Махову - у 18,7%

Таблица 4.

#### Классификация по Курбанбердиеву Н.К. (2004)

По происхождению	Распределение больных		Число больных	В %
	Основная группа	Контрольная группа		
Первичный эхинококкоз печени	26	18	44	88
Резидуальный (рецидивный) эхинококк	4	2	6	12
<b>В С Е Г О</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Таблица 5.

По количеству кист печени	Распределение больных		Число больных	В %
	Основная группа	Контрольная группа		
Одиночная киста печени	19	13	32	64
Две кисты печени	8	3	11	22
Три кисты печени	3	4	7	14
Сочетанные поражения печени	-	-	-	-
<b>В С Е Г О</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Таблица 6.

По размерам кист (диаметр)	Распределение больных		Число больных	в %
	основная группа	контрольная группа		
Кисты малые до 5 см (одиночные и множественные)	9	8	17	34
Кисты средние от 6 до 10 см	16	7	23	46
кисты большие 11-20 см	5	5	10	20
Гигантские кисты 21 см и более	-	-	-	-
<b>В С Е Г О</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Таблица 7.

#### IV. По сегментарным локализациям кист

По долям локализациям кист	Распределение больных		Число больных	в %
	основная группа	контрольная группа		
Левая доля	11	8	19	38
Правая доля	19	12	31	62
<b>В С Е Г О</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Локализация эхинококковых кист в правой доле в 1,6 раза чаще чем в левой. Отмечено преимущественное множественное поражение также и правой доли. Это обусловлено тем, что ветвь воротной вены отходящая, к правой половине печени имеет больший диаметр, чем левая, и является как бы продолжением основного ствола, по которому чаще всего и происходит занос зародыша паразита. У оперированных больных было удалены 10

(20%). паразитарных кист разного диаметра, которых было— более 20,0 см. Наиболее часто у больных встречались кисты диаметром 6,0-10,0см (в 46 % случаев). Удаление 10 (20%) кист проводили методом открытой и закрытой эхинококкэктомии с интраоперационным применением «Экстракт чеснока жидкий» для обезвреживания зародышевых элементов эхинококка, как в полости кисты, так и в остаточной полости фиброзной капсулы.

## **2.2. Методы гистологические исследования**

Гистологические исследования были проведены с целью оценки выявляемости эхинококка путем совершенствования метода и изучения антипаразитарной «Экстракт чеснока жидкий» по сравнению с 20% раствор гипертонический хлорида натрия контактного действия. На патологоанатомической кафедре ТМА. Протосколексы *E. granulosus* были получены из эхинококковых пузырей больных, оперированных по поводу гидатидозного эхинококкоза различной локализации. Эхинококковую жидкость, полученную из эхинококковых пузырей, после их пункции помещали в стерильные флаконы и к 40-55-й минуте получения доставляли в лабораторию кафедры патанатомия.

## **2.3. Методика проведения опытов in vitro по изучению антипаразитарной активности «Экстракт чеснока жидкий»**

**Жидкий экстракт чеснока** - Очищенные дольки чеснока измельчают до пастообразного состояния. Измельченную массу взвешивают, помещают в сосуд, добавляют 95% этиловый спирт в соотношении 1:1, перемешивают и оставляют на 14 дней, после чего содержимое фильтруют. Фильтрат оставляют на 2 дня для осаждения балластных веществ, которые отделяют повторным фильтрованием.

**Свойства.** «Жидкий экстракт чеснока» представляет собой прозрачную жидкость желтого цвета со специфическим острым чесночным запахом и вкусом. Избирательно нарушает окислительно-восстановительные процессы в митохондриях гельминтов, угнетая усвоение глюкозы, нарушает синтез АТФ. А также препарат вызывает нарушение метаболизма, что тем самым ограничивает усвоение и снижаются митохондриальные реакции. Вследствие нарушения структуры митозклеток наступает истощение паразита, что приводит к параличу мускулатуры гельминтов.

**Синонимы:** Спиртовый экстракт чеснока, спэжгарлин.

**Лекарственные формы:** Во флаконах раствор, таблетки.

**Условия хранения:** В сухом, прохладном месте.

**Срок годности:** 2 года.

### **2.3.1. Элементный и аминокислотный состав «Жидкий экстракт чеснока»**

В экстракте содержание более 70 элементов. Среди них жизненно важные – Fe, Ca, Co, Mg, Mn, Cu, Mo, Cr, Zn, условно важные – B, Y, Si, As

Аминокислоты : Glu (48,64)>Asp (29,7)>Ala (23,3)>Gly (23,1)>Leu (22,7)>Ser (14,5)>Arg (13,9)>Val (12,5)>Thr (9,6)>Lys (7,7)>Phe (6,1)>ile (5,6)>Pro (5,0)>His (4,6)> и т.д.

Протосколексы *E. granulosus* были получены из эхинококковых кистей 50 больного, оперированных в хирургических отделениях ГКБ №1 г. Ташкент по поводу эхинококкоза печени. В первой группе была произведена тонко игольная пункция (ТИП) под местной анестезией под контролем УЗИ через печеночную ткань, толщиной не менее 2-2.5см (во избежание попадания кистозной жидкости в брюшную полость),

многократно замещая 50% эвакуируемой жидкости настойкой чеснока с экспозицией по 5 мин. После чего содержимое откачивалось и переносили в стерильные бактериологические чашки.

Во время операции из эхинококковых кист с помощью шприца пунктировали кисту с экспозицией по 5 мин постепенным замещением содержимого раствором «Жидкий экстракт чеснока», с целью антигельминтной обработки и предотвращения обсеменения брюшной полости. Затем отсасывали эхинококковую жидкость, После чего вскрывали полость, проводили эхинококэктомию и обработку остающейся части фиброзной капсулы раствором экстракт чеснока жидкий собирали сколексы с оставшейся жидкости и переносили в стерильные бактериологические чашки. Во второй группе В первой группе была произведена тонко игольная пункция (ТИП) под местной анестезией под контролем УЗИ через печеночную ткань, толщиной не менее 2-2.5см (во избежание попадания кистозной жидкости в брюшную полость), многократно замещая 50% эвакуируемой 20% гипертонический раствором хлорида натрия с экспозицией по 10 мин. После чего содержимое откачивалось и переносили в стерильные бактериологические чашки.

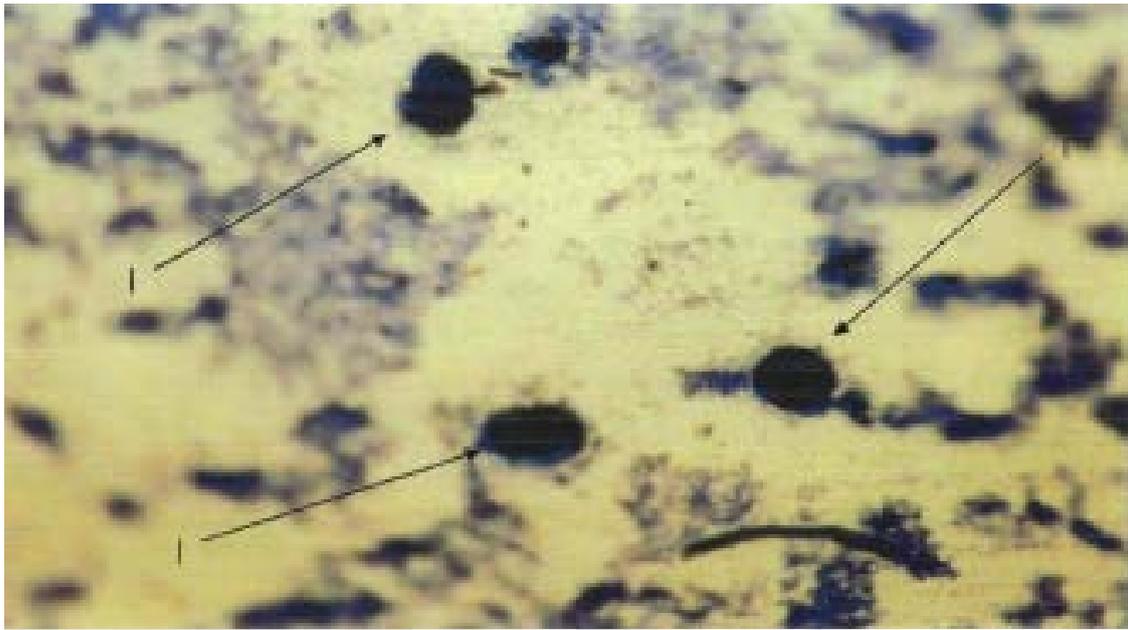
Во время операции из эхинококковых кист с помощью шприца пунктировали кисту с экспозицией по 10 мин постепенным замещением содержимого 20% гипертоническим раствором хлорида натрия, с целью антигельминтной обработки и предотвращения обсеменения брюшной полости. Затем отсасывали эхинококковую жидкость, После чего вскрывали полость, проводили эхинококэктомию и обработку остающейся части фиброзной капсулы раствором экстракт чеснока жидкий собирали сколексы с оставшейся жидкости и переносили в стерильные бактериологические чашки. На предметное стекло с лункой наливали 1-2 капли суспензии протосколексов и рассматривали под микроскопом МБС на наличие подвижных и 39 вывернутых протосколексов. На опытные

предметные стекла к сколексам добавляли «Жидкий экстракт чеснока». Наблюдение осуществлялось в течение определенного времени. Сколексы в контрольных чашках до конца опыта оставались подвижными. Критериями жизнеспособности зародышевых элементов являлись: нормальное микроскопическое строение, подвижность протосколексов; их способность выворачиваться; и отсутствие окрашивания метиленовым синим в нативных препаратах. На опытных предметных стеклах отмечено полная гибель протосколексов под воздействием раствора «Жидкий экстракт чеснока» через 5+0,2 минут экспозиции. Под воздействие 20% гипертонический раствором хлорида натрия наблюдалось более длительное время гибели элементов эхинококка.

Таблица 8.

**Результаты изучения in vitro влияния обоех растворов на выживаемость зародышевых элементов эхинококка**

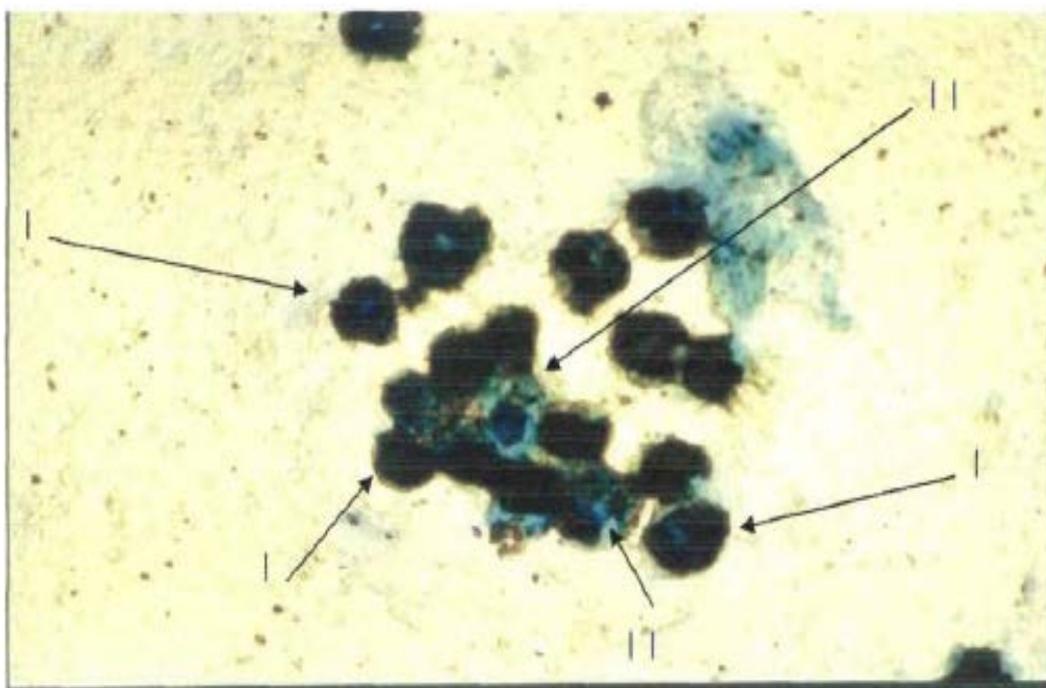
<b>Испытуемый агенты</b>	<b>Число опытов</b>	<b>Экспозиция (мин.) для Протосколексов</b>	<b>Экспозиция (мин.) для Ацефалоцист</b>
Раствор «Жидкий экстракт чеснока»	30	3+0,2	5+0,2
20 % гипертонический раствор хлорида натрия	29	18+2,1	30+2,5



**Рисунок 1.** Влияние «Жидкий экстракт чеснока» на зародышевые элементы эхинококка. Полное разрушение сколексов (экспозиция 5+0,2 мин).

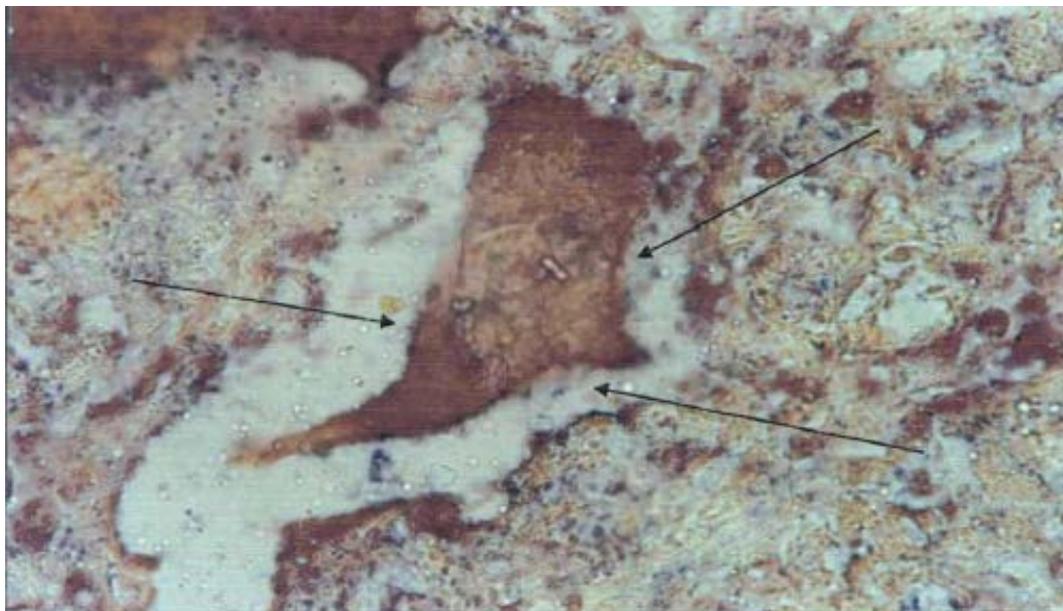
1 - полное разрушение элементов кисты

Уже в начале экспозиции с раствором «Жидкий экстракт чеснока» сколексы утрачивали характерную округлую или овальную форму и приобрели причудливые фестончатые очертания; паренхима их тела просветлялась, исчезали известковые тельца. По внешнему виду сколексы напоминали кристаллы. Выраженность указанных изменений находилось в прямой зависимости от экспозиции с агентом. Сравнительное исследование тонкой структуры интактных и обработанных раствором «Жидкий экстракт чеснока» сколексов с помощью электронной микроскопии показало, что под влиянием «Жидкий экстракт чеснока» в течение 5+0,2 минут поверхностный слой тегументных клеток полностью разрушается. Мышечные волокна под апикальной цитоплазмой теряют свое регулярное расположение, цитоплазма мышечных гликогензапасяющих и тегументных клеток в её ядерной части, в значительной мере вакуолизируется. Нарушение поверхностного стигмального слоя цитоплазмы тегумента имело необратимый характер.



**Рисунок 2.** Влияние 20% гипертонический раствором хлорида натрия. Выраженная контрактура сколексов (экспозиция 20 мин).

I - мертвые сколексы ; II - живые сколексы



**Рисунок 3.** Влияние раствора «Жидкий экстракт чеснока» на зародышевые элементы эхинококка. Полное разрушение поверхностной цитоплазмы клеток тегумента (экспозиция 5 +0,2 мин).

Обработка зародышевых элементов эхинококка 20 % гипертоническим раствором хлорида натрия в течение 15, 20 и 30 минут соответственно до 79,5% подавляла инвазивность протосколексов. Полученные данные позволяют рассматривать эти агенты в качестве перспективных, удобных и доступных средств для обеззараживания зародышевых элементов эхинококка. Основным недостатком, препятствующим их применению в качестве гермицидов при хирургическом лечении эхинококкоза, является возможность разведения тканевой жидкостью до неэффективных концентраций и очень длительная экспозиция обработки. По нашим наблюдениям на предметные стекла при налинии вышеуказанных гермицидов в течение 3-5 минут кроме бактериологической чашки с раствором «Жидкий экстракт чеснока» во всех других чашках обнаружены живые протосколексы. Кроме того используемые в хирургической практике в качестве антипаразитарных препаратов йод и эфир обладают выраженной токсичностью для больного.

По данным ряда авторов после обработки полости фиброзной капсулы настойкой йода чаще наблюдались такие послеоперационные осложнения, как пневмония и длительная гипертермия [1,9,43,59,117]. В работе многих авторов так же отмечены случаи сердечной недостаточности и отека легких, особенно после вмешательства на органах дыхания. Наряду с недостатками йодной настойки следует отметить и способность этого агента вызывать аллергические реакции у больного, что обусловлено высокой проницаемостью стенки паразитарной кисты и фиброзной капсулы для данного средства, ответственной также за ее токсичность и повреждающее действие на ткани больного [42,92,99,134]. Сравнительная оценка предложенных ранее и впервые выявленных нами агентов, губительных для зародышевых элементов эхинококка, показала, что наиболее перспективным антипаразитарным агентом контактного действия

среди них является раствор «Жидкий экстракт чеснока». «Жидкий экстракт чеснока» гермицидная активность которого сохранялась на высоком уровне даже при значительном разведении препарата. Исходя из этого, раствор «Жидкий экстракт чеснока» был подвергнут расширенному экспериментальному исследованию. На микроскопическом уровне изучены морфологические изменения зародышевых элементов эхинококка под влиянием раствора «Жидкий экстракт чеснока». Под критериям жизнеспособности зародышевых элементов имелось ввиду их нормальное микроскопическое строение, подвижность, способность выворачиваться и отсутствие окрашивания метиленовым синим в нативных препаратах. Наиболее характерным действием являлась выраженная и продолжительная контрактура тела протосколексов, обусловленная на основании ультраструктурных исследований, осмотическим стрессом, губительным для апикальной цитоплазмы тегумента и модифицирующим свойства липидной фазы мембран других клеток паразита. В опытах *in vitro* установлена одинаковая гермицидная активность раствора «Жидкий экстракт чеснока» в отношении зародышевых элементов как альвеолярного, так и гидатидозного эхинококка. Выраженное губительное действие раствора «Жидкий экстракт чеснока» на все типы зародышевых элементов эхинококка, 98,0% случаев подтвержденное высокочувствительной пробой и отсутствие токсического действия этого препарата на организм при введении его в паразитарные кисты, позволили рекомендовать этот раствор для клинических испытаний в качестве эффективного и безопасного для больного сколексоцидного препарата контактного действия, при хирургическом лечении гидатидозного эхинококкоза с целью профилактики послеоперационных рецидивов заболевания.

#### **2.4. Методы исследования**

Всем больным до, после операции и пункции эхинококковых кист, а также при динамическом наблюдении в послеоперационном и пункционном периоде проводилось полное комплексное клиническое лабораторное и инструментальное обследование. В диагностике эхинококкоза печени использовались следующие диагностические тесты: клиническая симптоматика; клинико-биохимические методы; УЗИ; КТ;

### ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЕ

Одна из причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени является поздняя диагностика. Количество рецидивных и резидуальных эхинококков достигается до 53,6% случаев в послеоперационном периоде. Это обусловлено как отсутствием ранних и специфических проявлений заболевания, так и ограниченными диагностическими возможностями отдельных методов при различных локализациях и размерах эхинококковых кист печени. Следовательно, задачами совершенствования диагностики является поиск скрининговых или ориентировочных методов и создание системы комплексной уточненной диагностики.

#### 3.1. Клинико-лабораторные методы исследования

Клиническая симптоматика исследуемых больных не отличалась какими-либо специфическими проявлениями. Чаще всего больные поступали с жалобами на боли в верхней половине живота и правом подреберье (57,2% больных). В 21,1% случаев отмечено чувство тяжести в правом подреберье. У больных с рецидивами заболевания чаще отмечалась бессимптомное течение заболевания (табл. 9).

Таблица 9.

#### Характер и частота проявления симптомов у больных с эхинококкозом печени (п.50)

<b>СИМПТОМЫ</b>	<b>Частота проявлений %</b>
<b>Бессимптомное течение</b>	<b>21,6</b>
<b>Боли в правом подреберье</b>	<b>57,2</b>

<b>Наличие объемного образования в печени</b>	<b>20,6</b>
<b>Увеличение печени</b>	<b>16,1</b>
<b>Чувство тяжести в правом подреберье</b>	<b>21,1</b>
<b>Повышение температуры тела</b>	<b>5,5</b>

Данные вышеуказанной таблицы свидетельствуют, что характер и частота проявления симптомов у больных с эхинококкозом печени малозначимы при постановке диагноза. Нами была проведена оценка результатов исследования периферической крови всех больных, поступивших в отделение. При этом было обращено внимание на повышение эозинофила (19,4%), гемоглобина (18%) и лейкоцитов в 17,1% случаев. По нашим данным эозинофилия при осложненном и неосложненном эхинококкозе особого различия не имеет. При осложненном эхинококкозе эритроциты ниже 3,3 миллионов отмечено в 7,5% случаев, в то время при неосложненном не обнаружены.

При проведении биохимического анализа для уточнения функционального состояния печени учитывалось содержание билирубина, общего белка в сыворотке крови, активность АСТ и АЛТ.

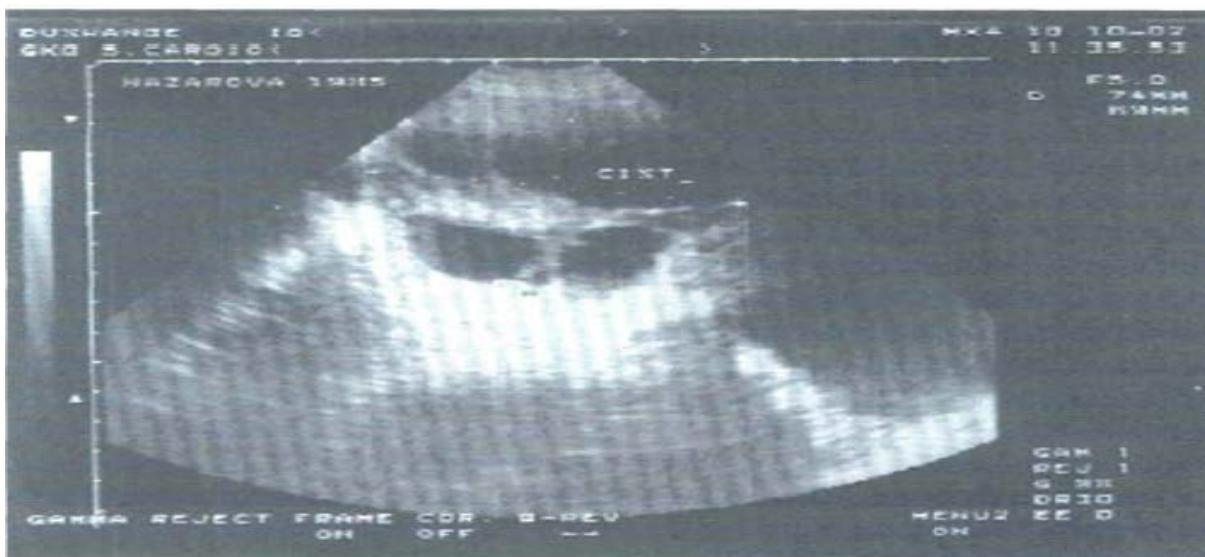
По нашим данным при эхинококкозе печени биохимический анализ крови чаще всего выявляет отклонение от нормы показателей содержания билирубина. Это наблюдается в 19,6% случаев. Все больные основной группы подвергнуты оперативному вмешательству.

### **3.2. Инструментальные методы исследования**

В связи с отсутствием специфических клинических проявлений и лабораторных изменений в диагностике эхинококковых кист печени

основную роль играли инструментальные методы исследования - УЗИ, рентгенография и КТ.

Ультразвуковое исследование - проводилось 50 больным. По нашим данным УЗИ позволило не только выявить эхинококковые кисты печени, но и определить стадию её развития. На УЗИ эхинококковая киста имела четко выраженные плотные, толщиной 2- 4мм стенки, определяемые по всему ее параметру. При этом для эхинококковой кисты характерна двухслойность строения стенки кисты, нехарактерная для всех других кистозных поражений печени. При погибшем паразите в просвете кисты четко определялась отслоившаяся либо на всем протяжении, либо фрагментарно хитиновая оболочка кисты в виде линейных гиперэхогенных полос. Специфический признак паразитарного характера кисты - выявление дочерних и внучатых пузырей в полости кисты (рис. 4).

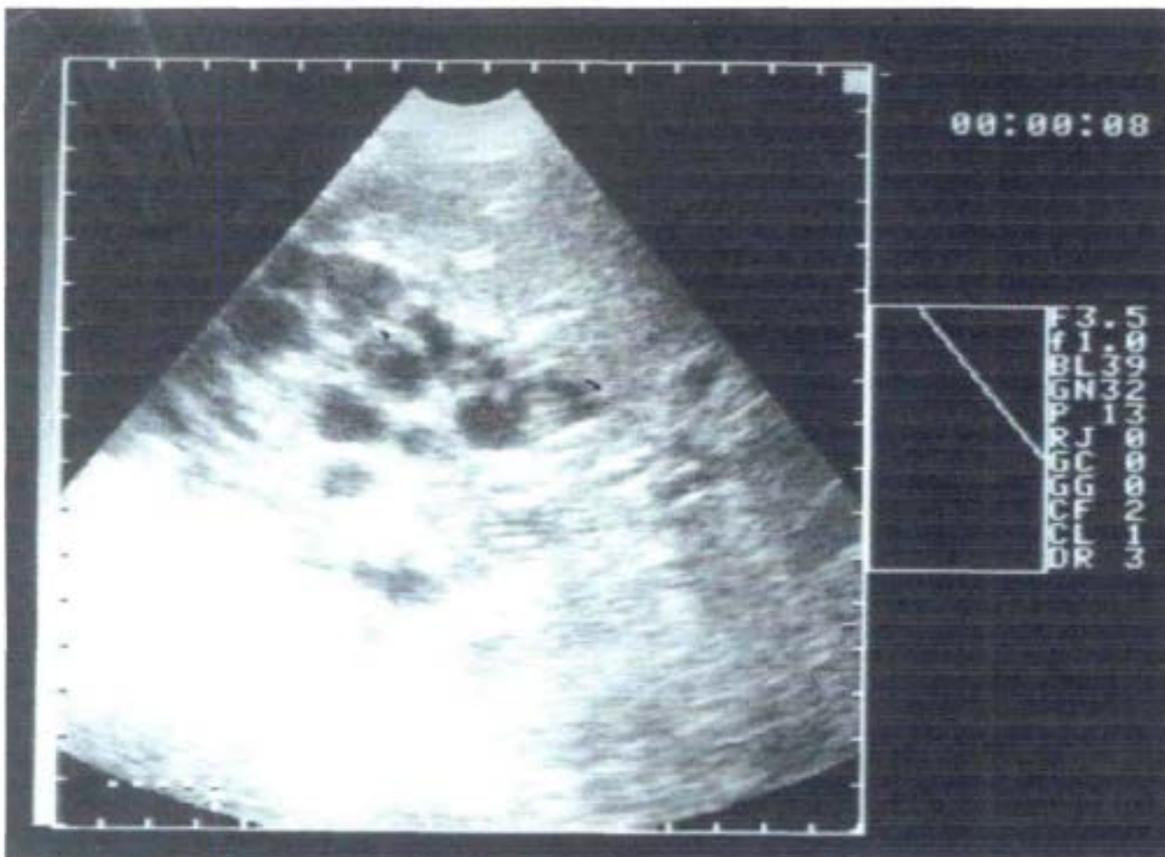


**Рисунок 4.** УЗИ печени (дочерние и внучатые пузыри).

Одним из информативных признаков осложненного эхинококкоза печени, на наш взгляд, является симптом «рыбьей чешуи» (рис.5).

Реализация этого признака основано на том, что эхоструктура дочерних и внучатых эхинококковых пузырей визуализируется в виде образования,

напоминающего рыбью чешую. Обнаружение этого признака является свидетельством многокамерного эхинококкоза.



**Рисунок 5** Симптом «рыбьей чешуи» (уплощенная форма)

Как видно из представленного рисунка, этот элемент также отражается на эхограмме, проявляясь некоторым утолщением оболочек по краям и неровностью контуров. Причиной такой трактовки было отсутствие элементов сморщенных хитиновых оболочек дочерних кист, их слабая дифференциация на фоне контуров материнской кисты. Хитиновая оболочка дочерних и внучатых пузырей деформируется в результате сдавления.



**Рисунок 6.** УЗИ печени. Однокамерная эхинококковая киста печени с четкими и ровными краями.



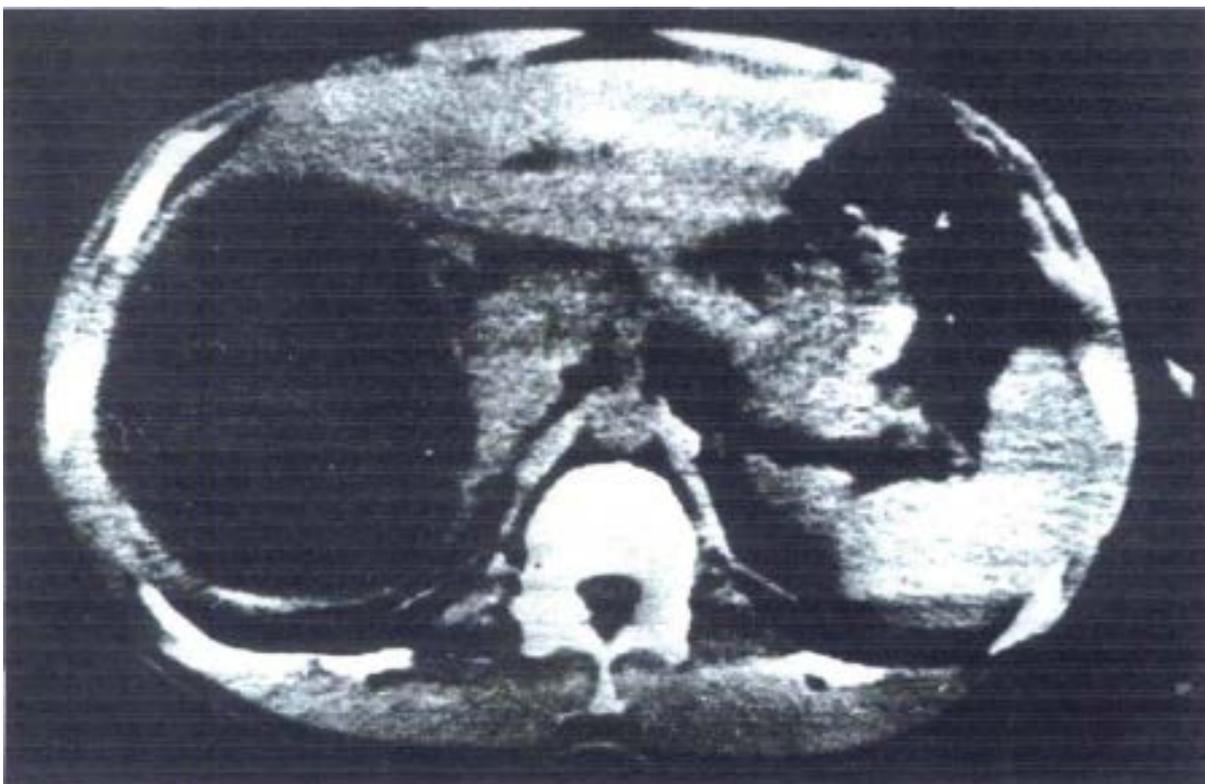
**Рисунок 7.** УЗИ печени однокамерная эхинококковая киста правой доли печени.

Наиболее сложно было дифференцировать краевые, эхографически атипичные подозрительные на опухолевую природу образования печени. При этом определение характера внутрикистозных включений (дочерние кисты, перегородки и т.д.) облегчало дифференциальную диагностику. При отсутствии последних признаков возникала необходимость в дифференциальной диагностике эхинококковой кисты с другими образованиями печени. В этих случаях нами была применена КТ. исследований. Чувствительность УЗИ составляла 94,7 %.

Известно, что эхинококковая киста имеет сферообразную форму с четкими и ровными контурами. Сохранившаяся сферообразная форма кисты при увеличении кисты, при увеличении ее размеров свидетельствует о равномерном распределении давления, оказываемого на кисту. Вместе с тем по данным И.Н.Мадалиева, 1998, увеличение размеров кисты чревато трещинообразованием, которое при интрапеченочной локализации часто сопровождается изменением контуров, тем самым односторонним выпячиванием контуров кисты. УЗИ позволило судить о множественном характере эхинококкового поражения печени, определить сегментарную локализацию кисты, что является чрезвычайно важным для выбора операционного доступа.

Компьютерно-томографическое исследование. В последние годы наибольшее распространение получил сравнительно новый метод диагностики при эхинококкозе печени — КТ, с помощью которого можно выявить очень тонкие структурные изменения органов, не прибегая к инвазивным методам исследования. Этот метод обладает большей разрешающей способностью по сравнению с УЗИ и сканированием печени, позволяет выявить очаговые образования размерами свыше 1 см (а иногда и меньше), причем глубина расположений очаговых образований не влияет на точность диагностики. Благодаря этому с помощью КТ удается установить наличие эхинококковых кист печени до 98% случаев. КТ нами

выполнено у 7 больных. Показанием к проведению КТ у больных эхинококкозом печени служили: трудности дифференциальной диагностики; наличие множественного поражения печени или сочетанного эхинококкоза печени и других органов; уточнение топической диагностики при больших размерах эхинококковых кист.



**Рисунок 8.** КТ печени. Гигантская эхинококковая киста печени

Основными симптомами при КТ исследовании были: очаги низкой плотности (0-15 ед. Н), с четкими и ровными контурами; наличие хитиновой оболочки по периферии кисты, визуализация дочерних пузырей внутри материнской кисты, обызвествления в фиброзной капсуле.

Рентгенологические методы диагностики. Рентгенологические исследования занимала первое место в диагностике эхинококкоза печени. При этом применялись как обычные рентгенологические исследования, так и специальные рентгеноконтрастные исследования, для изучения

топографических характеристик объемных образований печени, на основании изучения архитектоники сосудистой и билиарной структуры печени. Нами рентгенологические исследования грудной и брюшной полости при эхинококкозе печени выполнены у 34 больных. Большое внимание обращали на высокое стояния купола диафрагмы, ее дыхательной экскурсии, наличие выбухания в нем, а также поиск эхинококковой кисты легких. При рентгенографии распознавание эхинококкоза печени значительно упрощалась в случаях обызвествления фиброзной капсулы кисты. При левосторонней локализации больших эхинококковых кист печени косвенным признаком было смещение тени желудка влево. Немаловажное значение при диагностике эхинококковых кист имеет холангиография, что позволяет выявить сообщение между желчными путями и полостью паразитарной кисты, которое имеет место при прорывах последней в желчные протоки. Иногда это исследование выявляет смещение или дугообразное оттеснение внутripеченочных желчных протоков, обусловленное паразитарной кистой, что позволяет обнаружить эхинококковые кисты, находящиеся в толще печени, которые до этого не могли быть выявлены при осмотре и пальпации органа. Нами пришлось выполнить в 1 случаях рентгеноконтрастное исследование желчных путей, что давало возможность контролировать пассаж контрастного вещества по желчевыводящим путям. У 1 больных с помощью этого метода выявлено сообщение эхинококковых кист с внутripеченочными желчными протоками.

Таким образом, в результате исследования нами установлено, что при эхинококкозе печени клинические, биохимические и показатели крови изменяются незначительно. Следует отметить, что по данным клинико - лабораторных методов исследования невозможно судить о локализации и распространенности эхинококковых кист печени.

Анализируя результаты нашего УЗИ можно сделать ряд принципиальных выводов: этот метод должен быть первым этапом

инструментального обследования больных с подозрением на эхинококкоз печени; метод неинвазивен, быстро выполняем и не обременителен для больного; обладает высокой информативностью. Однако, надо отметить, что этот метод не дает точную 100%-ную информацию, поэтому для дифференциации и уточнения диагноза эхинококкоза печени считаем необходимым сочетание УЗИ, КТ.

Необходимость хирургического лечения эхинококкоза печени в первую очередь обусловлена отсутствием эффективных консервативных методов борьбы с внедрившимся паразитом. Кроме того, гибель последнего вовсе не является излечением, поскольку при этом чаще возникают опасность нагноения, прорыва или перфорации паразитарной кисты, что усложняет вмешательство, уменьшает его эффективность и нередко может угрожать жизни больного.

### **3.3. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени**

В зависимости от размеров эхинококковых кист и распространенности (по сегментам), стадии развития паразита (живой, погибший), характера осложнений (нагноение, прорыв в желчные протоки), состояния фиброзной капсулы (мягкая, плотная кальцинированная), отношения к крупным внутрипеченочным сосудам и нижней полой вене, а также тяжести состояния больных и сопутствующих заболеваний были применены:

Больным после установления диагноза госпитализировали и в течение суток они получали гемостатическую (раствор хлорида кальция 10%, 5% аминокaproновая кислота, дигидроэргокристин), антиаллергическую терапию. 25(50%) больных основной группы и 15(30%) больных контрольной группы производилось чрескожная, чреспеченочная тонко игольная пункция (ТИП) эхинококковой кисты печени, через печеночную паренхиму не менее 2 см толщины. Основная группа: 30 больных, у

которых после эхинококэктомии из печени остаточная полость была обработана препаратом «Экстракт чеснока жидкий».

9 (18%) больным с малыми кистами (до 5см) тонко игольная пункция (ТИП) осуществлялась под местной анестезией под контролем УЗИ через печеночную ткань, толщиной не менее 2-2.5см (во избежание попадания кистозной жидкости в брюшную полость) , многократно замещая 50% эвакуируемой жидкости настойкой чеснока с экспозицией по 5 мин, что постепенно увеличивало концентрацию настойки чеснока. После чего содержимое откачивали, переносили в стерильные флаконы и к 40-55-й минуте получения доставляли в лабораторию кафедры патанатомии ТМА Больные, перенесшие тонкоигольную пункцию, через 1-2 дня выписывались на амбулаторное наблюдение с УЗИ контролем в динамике через 2,3,6,12,15 месяца.

16 (32%) больным с кистой средних размеров (от 6 до 10 см), применяли методику 2-х моментной пункции, т.е. сначала кисту пунктировали иглой «ШИБА», наружным диаметром 0,6мм. Содержимое кисты постепенно отсасывали, замещая его раствором «Экстракт чеснока жидкий» с 5 минутной экспозиции. После чего содержимое откачивали и переносили в стерильные флаконы и к 40-55-й. Кисту пунктировали троакаром диаметром 4мм. Затем дренировали трубкой диаметром 3-3,5мм. Трубку фиксировали к коже. минуте получения доставляли в лабораторию кафедры патанатомии ТМА. Во всех случаях пункцию кисты (и при тонко игольной и пункции троакаром) осуществляли через печеночную ткань, толщиной не менее 2-2.5см, во избежание попадания кистозной жидкости в брюшную полость и ежедневно промывали раствором настойки чеснока. На 2-3 сутки начинают выделяться фрагменты хитиновой оболочки (процесс продолжается обычно 9-12 суток) и оставляли ее до полной облитерации полости, периодически промывая раствором настойки чеснока. Дренаж удаляли на 15-21 сутки, проводя УЗИ контроль через 2,3 дня и неделю, 6, 12, 15 месяцев. Обычно на месте кисты остается

линейный рубец, который виден на УЗИ в виде белесоватой полоски шириной 2-3мм. или 1-1,5см. петрификат.

Контрольная группа: которые оперированы по традиционным и пункционным методам, у которых остаточная полость была обработана другими антипаразитарными препаратами 20% раствор гипертонический хлорида натрия.

7 (14%) больным с малыми кистами (до 5см) также приведена тонко игольная пункция (ТИП) осуществлялась под местной анестезией под контролем УЗИ через печеночную ткань, толщиной не менее 2-2.5см (во избежание попадания кистозной жидкости в брюшную полость) , многократно замещая 50% эвакуируемой жидкости 20% раствор гипертонический хлорида натрия с экспозицией по 15 мин. После чего содержимое откачивалось и переносили в стерильные флаконы и к 40-55-й минуте получения доставляли в лабораторию кафедры патанатомии ТМА. Больные, этой группе через 4-5 дня выписывались на амбулаторное наблюдение с УЗИ контролем в динамике в 2 , 3, 12,15 месяца.

5 (10%) больным с кистой средних размеров (от 6 до 10 см), применяли методику 2-х моментной пункции, т.е. сначала кисту пунктировали иглой «ШИБА», наружным диаметром 0,6мм. Содержимое кисты постепенно отсасывали, замещая его раствором 20% раствор гипертонический хлорида натрия с 15 минутной экспозиции. После чего содержимое откачивали и переносили в стерильные флаконы и к 40-55-й. Кисту пунктировали троакаром диаметром 4мм. Затем дренировали трубкой диаметром 3-3,5мм. Трубку фиксировали к коже. минуте получения доставляли в лабораторию кафедры патанатомии ТМА . Во всех случаях пункцию кисты (и при тонко игольной и пункции троакаром) осуществляли через печеночную ткань, толщиной не менее 2-2.5см, во избежание попадания кистозной жидкости в брюшную полость и ежедневно промывали 20% гипертонический раствором хлорида натрия.

На 6-7 сутки начинают выделяться фрагменты хитиновой оболочки (процесс продолжается обычно 15-20 суток) и оставляли ее до полной облитерации полости, периодически промывая 20% гипертонический раствором хлорида натрия. Дренаж удаляли на 25-30 сутки, проводя УЗИ контроль через 2,3 дня и неделю, 6, 12, 15 месяцев.

Больной Ш. 46 лет. (и.б.№4109), поступил 01.11.10 с жалобами на тупые постоянные боли в правом подреберье, горечь и сухость во рту, общую слабость и недомогание. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. На УЗИ в 5.6.8 сегментах определяется однокамерная киста с размерами 52 x 64 мм. Со стороны общего анализа крови наблюдалась эозинофилия. Показатели биохимического анализа крови в пределах нормы. Рентгенография отмечает высокое стояние купола диафрагмы с права. Больному произведена тонко игольная пункция (ТИП) осуществлялась под местной анестезией с раствором 0,5% новокаина под контролем УЗИ через печеночную ткань, многократно замещая 50% эвакуируемой жидкости настойкой чеснока с экспозицией по 5 мин, что постепенно увеличивало концентрацию настойки чеснока. После чего содержимое откачивалось и переносили в стерильные флаконы и к 40-55-й минуте получения доставляли в лабораторию кафедры патанатомии. Больной, через 2 дня выписывались на амбулаторное наблюдение с удовлетворительном состоянии. При контрольном обследовании ТМА. 3 и 8 месяцев после пункции состояние больного удовлетворительное. Жалобы не предъявляет. На УЗИ какие-либо патологические образования нами не были обнаружены. Ткани печени восстановились полностью.

Анализ данного случая заболевания показывает, что разработанная нами методика обеззараживания зародышевых элементов эхинококка высокоэффективна и обеспечивает профилактику послеоперационных рецидивов.

Больным с традиционными хирургическими вмешательствами были применены:

- одномоментная эхинококкэктомия с ликвидацией полости методом капитонажа - закрытая эхинококкэктомия у 5 (50%) больных;
- резекция печени и перицистэктомия у 1 (10%) больных;
- одномоментная эхинококкэктомия, завершающаяся ее наружным дренированием - открытая эхинококкэктомия у 4 (40%) больных.

Обезболивание при операциях по поводу эхинококкоза печени должно обеспечить спокойное проведение хирургического вмешательства независимо от продолжительности, травматичности, кровопотери и возможных осложнений. Все операции нами проводились под сбалансированной анестезией с искусственной вентиляцией легких, обладающей несомненными преимуществами перед другими видами обезболивания. Успешное проведение операции в значительной степени зависит от правильно выбранного доступа, который нередко обуславливается стадией заболевания.

Таблица 10.

#### Хирургические доступы при эхинококкэктомии из печени

Хирургические доступы	Течение эхинококка		абс	%
	Осложнен	Неосложнен		
Верхне-срединная лапаротомия	2	3	5	50
Косой в правом подреберье	-	1	1	10
Торакофренолапаротомия	1	3	4	40
<b>ВСЕГО</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Учитывая данные УЗИ и КТ о посегментной локализации эхинококковых кист, наиболее часто применялся доступ верхнесрединная апаротомия в 50%, косой в правом подреберье 10 % случаев. Косой в правом подреберье применяли преимущественно при кистах, располагающихся в зоне VII и VIII сегментов. Торакофренолапаротомия

была нами применена лишь в 40% случаев, когда эхинококковые кисты правой доли печени располагались поддиафрагмально в проекции УШ сегмента печени. Ниже, в таблице 11, приведены виды выполненных оперативных вмешательств при эхинококкозе печени.

Таблица 11.

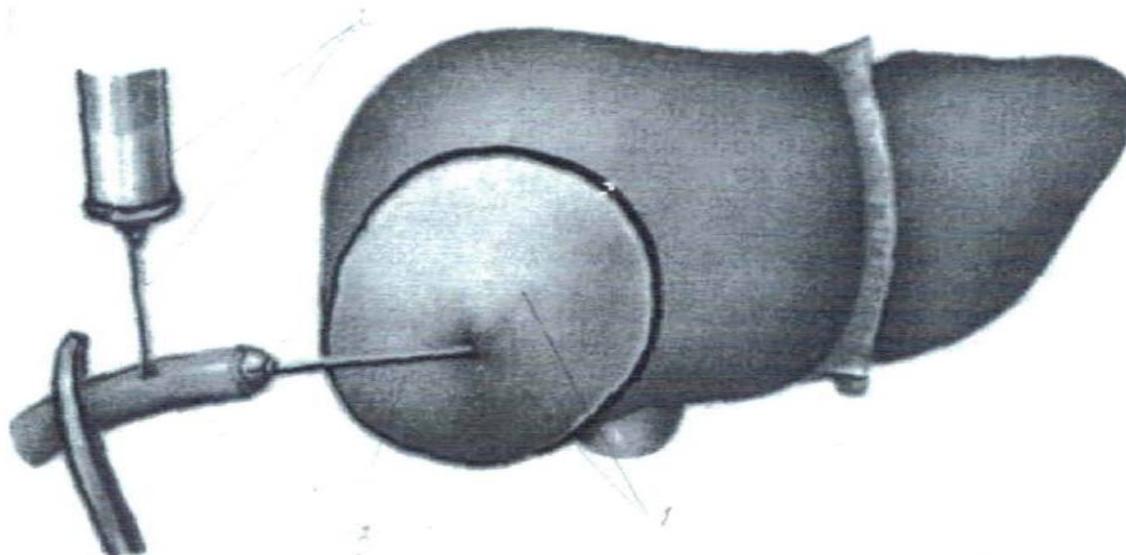
**Характер выполненных оперативных вмешательств  
при эхинококкозе печени.**

Характер оперативных вмешательств	Эхинококкоз		Всего	
	Осложн.	Неослож.	абс.	%
<b>Открытая эхинококэктомия:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>30</b>
Ликвидация остаточной полости		<b>2</b>		
Дренирование остаточной пол.	<b>1</b>			
<b>Закрытая эхинококэктомия:</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>60</b>
Ликвидация остаточной полости		<b>4</b>		
Дренирование остаточной полост	<b>1</b>	<b>1</b>		
<b>Резекция печени и Перицистэктомии</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>10</b>
<b>В С Е Г О</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Название хирургического вмешательства при эхинококкозе должно отображать не только метод удаления паразитарной кисты, но и способ ликвидации остаточной полости. Нами производилась открытая эхинококэктомия с дренированием остаточной полости, что составляла 3 (30%) случаев. Открытая эхинококэктомия в основном была произведена больным с осложненными формами эхинококкоза. В последние годы в связи с накоплением опыта оперативных вмешательств возросло число

резекций печени. Показаниями к ней служили множественные расположенные рядом кисты, наличие полного обызвествления, краевое расположение кист. Такая операция нами была произведена 1 (10%) больным. Всего удалено 10 паразитарных кист различного диаметра. Большинство удаленных кист было диаметром более 11,0 см.

Больным основной группы с традиционными хирургическими вмешательствами произведено удаление кист методом открытой и закрытой эхинококкэктомии, с интраоперационным применением «Жидкий экстракт чеснока» для обеззараживания зародышевых элементов эхинококка, как в полости кисты, так и в остаточной полости фиброзной капсулы. Больным контрольной группы также произведено удаление кист выше указанными методом с интраоперационным применением 20% гипертонический раствором хлорида натрия для обеззараживания зародышевых элементов эхинококка, как в полости кисты, так и в остаточной полости фиброзной капсулы.



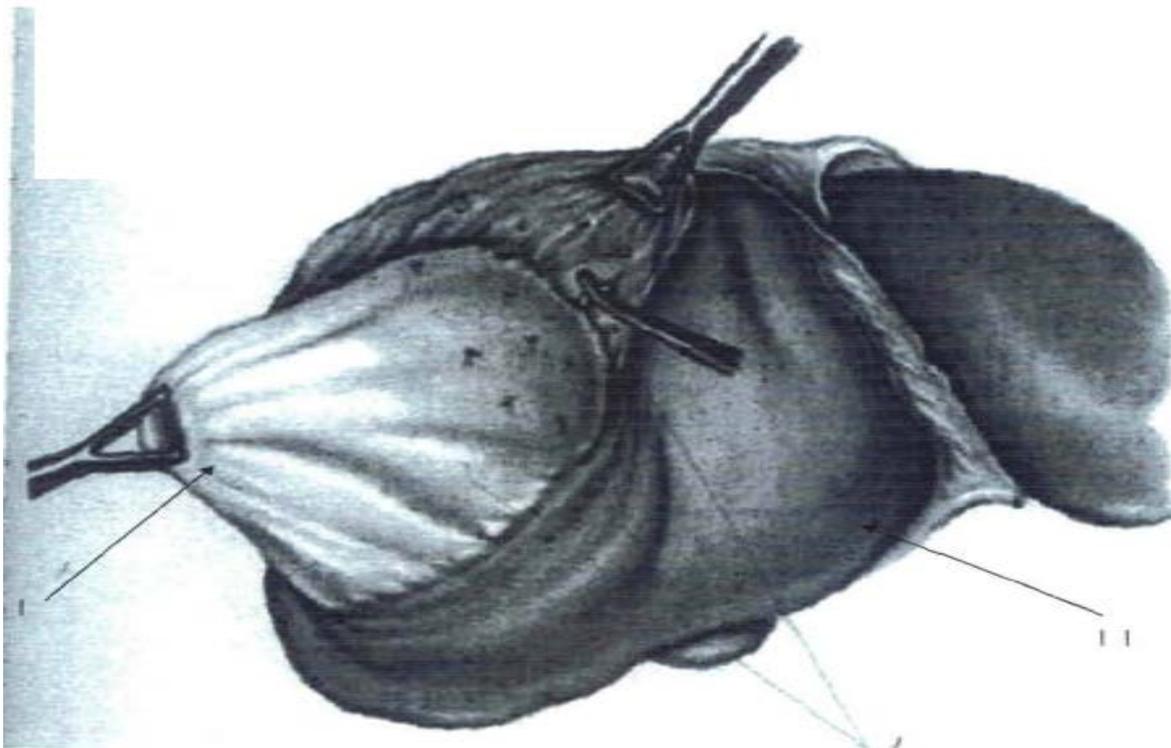
**Рисунок 9.** Метод интраоперационной обработки эхинококковой кисты печени.

1. Шприц с раствором «Экстракт чеснока жидкий»
2. Дренаж с иглой вставленной в полость кисты.

3. Эхинококковая киста.

4. Ткани печени.

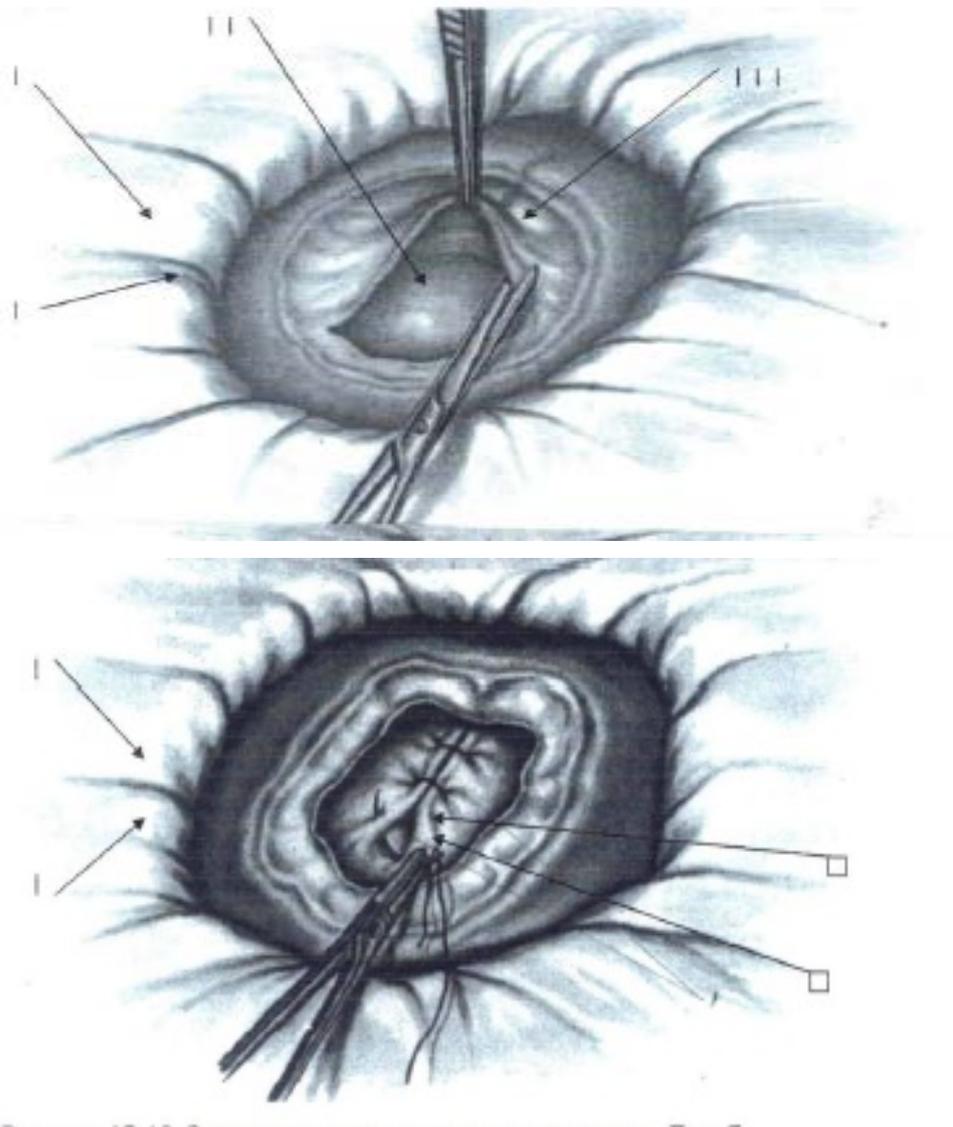
5. Зажим.



**Рисунок 10.** Метод операции - перицистэктомия

I. Фиброзная капсула

II. Ткани печени



**Рисунки 11-12.** Закрытая эхинококкэктомия по методу Дельбе.

I -Салфетки помоченной «Экстракт чеснока жидкий» вокруг хинококковой кисты - с целью профилактики и обеззараживания содержимой кисты при ее вскрытии

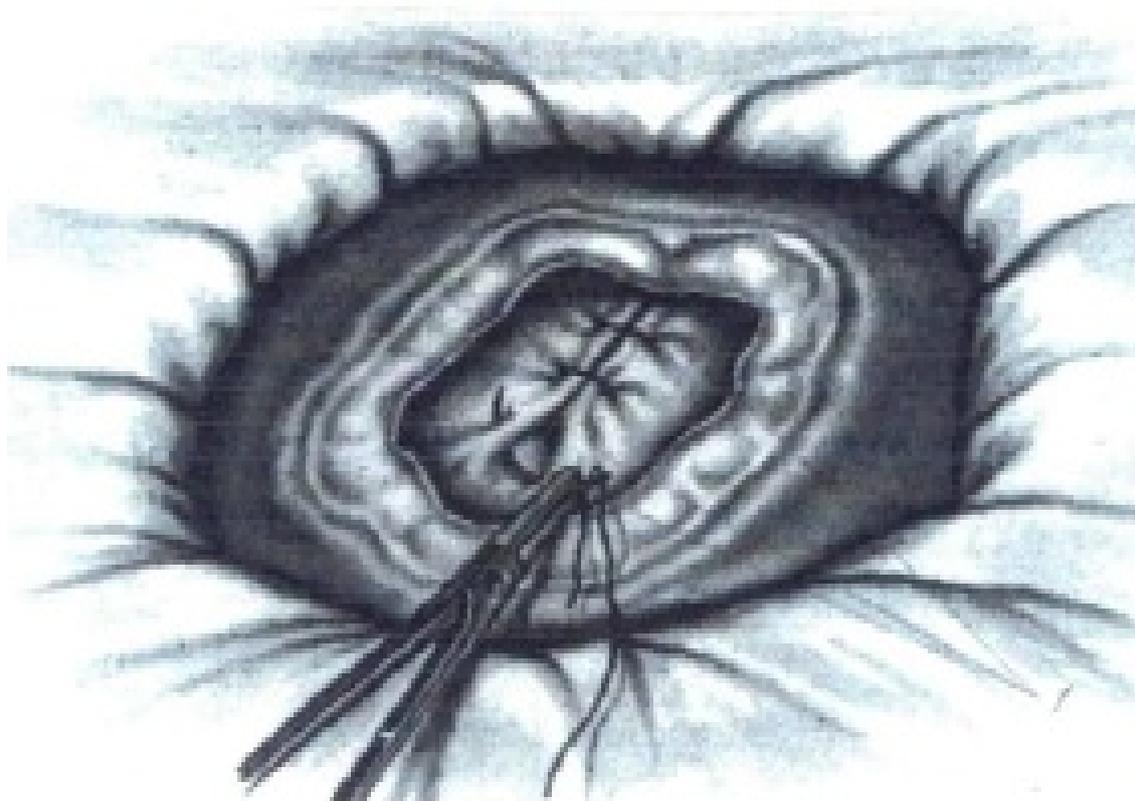
II - полость кисты после обработки «Жидкий экстракт чеснока»

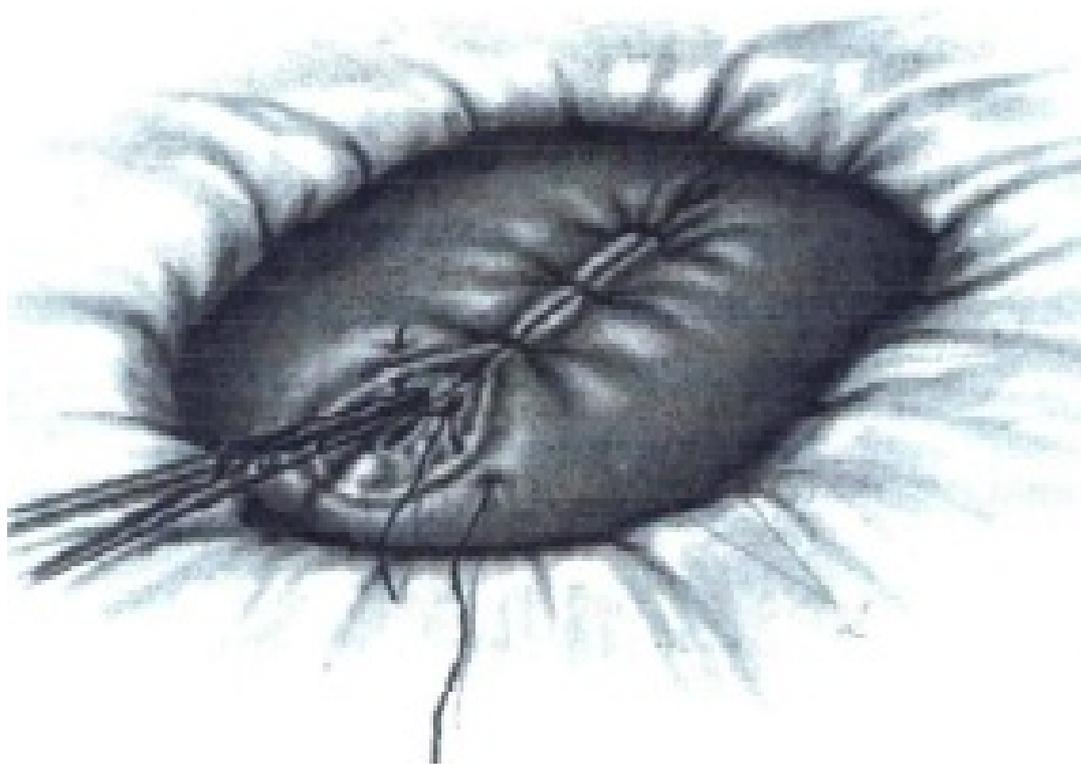
III- фиброзная капсула

- этапы закрытия полости кисты

Одномоментная эхинококкэктомия с полной ликвидацией остаточной

полости при помощи капитонажа или ушиванием ее наглухо (закрытая эхинококкэктомия) выполнена в 6(60,7%) наблюдениях. Техника закрытой эхинококкэктомии была традиционной и состояла в вскрытии кисты, опорожнении ее содержимого и обработки полости одним из противоэхинококковых гермицидов с ушиванием остаточной полости наглухо методом капитонажа с использованием толстых кетгутовых нитей. Обработку остаточной полости осуществляли «Жидкий экстракт чеснока», при этом последний вводился вполость до вскрытия кисты сразу после ее опорожнения. Выступающий над поверхностью печени купол фиброзной капсулы иссекали. Это обеспечивало уменьшение остаточной полости и позволяло осуществлять капитонаж тонкими атравматическими швами на ограниченном участке или вообще не использовать его, ушивая только края раны, образовавшиеся после резекции выступающего участка фиброзной капсулы.





**Рисунки 13-14.** Этапы ликвидации остаточной полости эхинококковой кисты печени после обработки раствором «Жидкий экстракт чеснока»

Приведем клинический пример хирургического лечения эхинококкоза печени с применением раствора «Жидкий экстракт чеснока» для обеззараживания зародышевых элементов кисты.

Больной Н. 46 лет. (и.б.№4449), поступил 29.11.10 с жалобами на тупые постоянные боли в правом подреберье, горечь и сухость во рту, общую слабость и недомогание. При поступлении состояние относительно удовлетворительное. На УЗИ в правой доли печени в проекции VП - VШ сегментов определяется напряженная киста размером 120 X 118мм. Со стороны общего анализа крови наблюдалась эозинофилия. Показатели биохимического анализа крови в пределах нормы. Рентгенография отмечает высокое стояние купола диафрагмы с права.



**Рисунок 15.** УЗИ больного Н. Эхинококковая киста правой доли печени (VII-VIII сегмент)

Клинический диагноз: эхинококковая болезнь, эхинококковая киста правой доли печени (VII - VIII сегментов.).

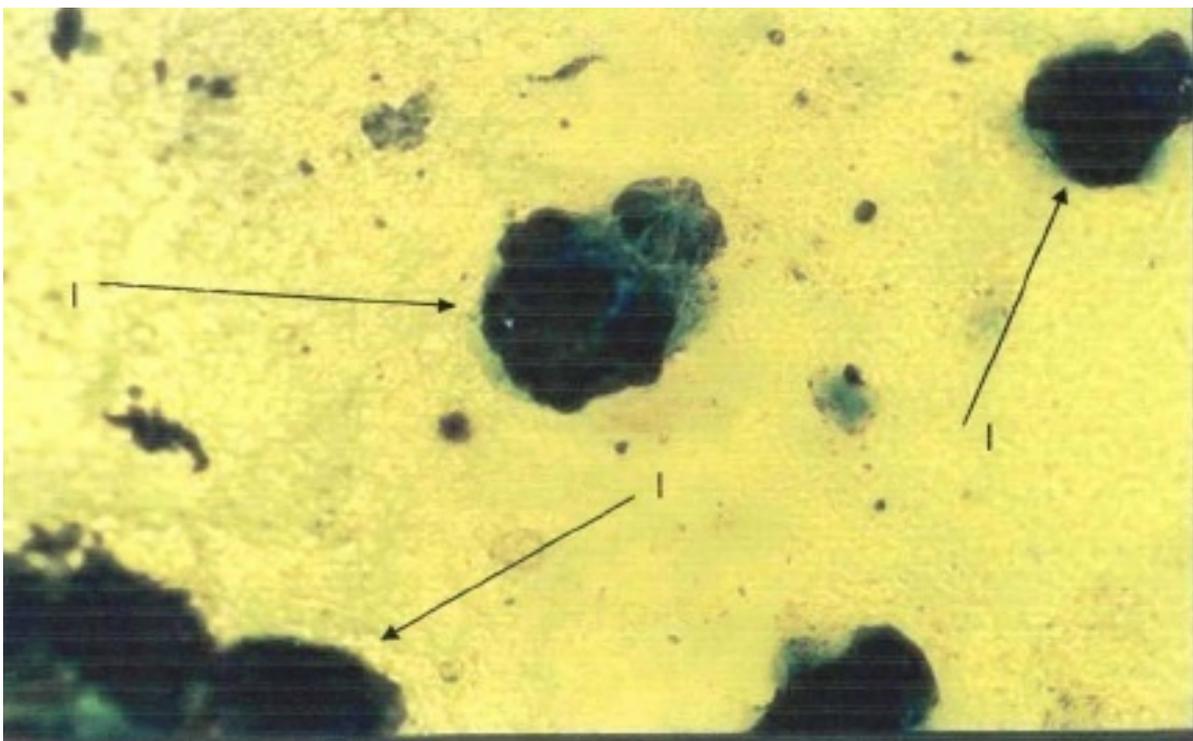
Больной оперирован 01.12.10. Доступ Верхне-срединная лапаротомия. Во время операции в правой доле печени в проекции VII - VIII сегментов обнаружена эхинококковая киста размером 15X18см. С целью профилактики диссеминации зародышевых элементов в брюшную полость, эхинококковая киста нами была ограничена тампонами, намоченными раствором «Жидкий экстракт чеснока», затем пункционной иглой электроотсосом из паразитарной кисты удалено около 800мл жидкого прозрачного и бесцветного содержимого. В полость кисты было введено примерно равное количество раствором «Жидкий экстракт чеснока» с экспозицией 5+0,2 мин. Через 5 минут раствор был удален из полости кисты электроотсосом и была выполнена эхинококэктомия. Остаточная полость фиброзной капсулы аналогично обработана раствором «Экстракт чеснока жидкий» 5+0,2 мин. Затем остаточная полость была ушита по

методу Дельбе и дренирована двухпросветным дренажом.

Эффективность обеззараживания раствора «Экстракт чеснока жидкий» оценена путем микроскопического исследования содержимого эхинококковой кисты до и после введения и смывов из полости фиброзной капсулы после антипаразитарной обработки. В содержимом кисты до введения антипаразитарного раствора раствором «Жидкий экстракт чеснока» выявлено множество живых вывернутых протосколексов, имеющих нормальную структуру. После обработки данным раствором в содержимом кисты обнаружены лишь мертвые, разрушенные протосколексы и мелкие фрагменты хитиновой оболочки паразита. В послеоперационном периоде дренажная трубка из остаточной полости удалена после контрольного УЗИ (на 10-е сутки). Пациент выписан на 9-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. При контрольном обследовании через 3 и 8 месяцев после операции состояние больного удовлетворительное. Жалобы не предъявляет. На УЗИ какие-либо патологические образования нами не были обнаружены. Ткани печени восстановились полностью.

Анализ данного случая заболевания показывает, что разработанная нами методика интраоперационного обеззараживания зародышевых элементов эхинококка высокоэффективна и обеспечивает профилактику послеоперационных рецидивов.

На первом этапе клинического применения метода обезвреживания зародышевых элементов эхинококка раствором «Жидкий экстракт чеснока», нами был проведен тщательный контроль эффективности обезвреживания путем микроскопии содержимого эхинококковых кист у 10 больных после операции. С этой целью исследовали пунктат, при которой наличие живых протосколексов не обнаружено.



**Рисунок 16.** Воздействие раствора «Жидкий экстракт чеснока» на зародышевые элементы эхинококка I - полное разрушение сколексов

Результатами контрольных исследований подтверждено губительное действие раствора «Жидкий экстракт чеснока» на исходно живые зародышевые элементы эхинококка и доказана пригодность этого соединения в качестве эффективного антипаразитарного средства контактного действия, что позволило исключить в дальнейшем микроскопический контроль эффективности антипаразитарной обработки. У всех 10 оперированных больных после обработки раствором «Жидкий экстракт чеснока» как единичных так и множественных гидатидных кист каких-либо побочных явлений и токсических проявлений (гипертермия, нарушение дыхания, сердечная недостаточность, изменения со стороны периферической крови и биохимии) нами не отмечено.

### **3.4 . Отдаленные результаты хирургического лечения больных эхинококкозом печени с применением антипаразитарного раствора «Жидкий экстракт чеснока»**

Нами изучены отдаленные результаты оперативного лечения эхинококкоза печени 46 пациентов в сроки от 2 месяцев до 1 год после пунктионному и оперативному лечению (табл.12).

При основном группы обследовании у 26(%) больных не обнаружены признаки рецидива эхинококковой болезни.

Таблица 12.

#### **Отдаленные результаты хирургического лечения больных с эхинококкозом печени**

<b>Срок после операции</b>	<b>Общее число больных</b>	<b>Без признаков инвазии</b>	<b>Резидуаль эхинококк</b>	<b>Рецидивный эхинококк</b>
От 2 мес. до 6 мес.	<b>30</b>	<b>30</b>	-	-
От 6 мес. до 12 мес.	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>1</b>	-
От 12 мес. до 15 мес.	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>ВСЕГО</b>	<b>30</b>	<b>27(90%)</b>	<b>2(6,6%)</b>	<b>2(6,6%)</b>

Двух больных подвергнуты повторному оперативному лечению по поводу резидуального эхинококкоза. При оперативном лечении установлено, что локализация выявленных эхинококковых кист не соответствовала паразитарным кистам, удаленным при предыдущем оперативном вмешательстве. Очевидно, что повторное возникновение заболевания у этих пациентов обусловлено ростом паразитарных кист, незамеченных во время предыдущей операции. Следовательно, выявленную при контрольном УЗИ и положительной реакции на

эхиноаллерген инвазию нельзя рассматривать как рецидив заболевания. В двух случаях, возможно вследствие недостаточной эффективности или технически неполноценной обработки эхинококковых кист на месте предыдущей, (соответственно на том же месте), обнаружена киста, которую следует расценивать как рецидив.

Больная Д. 30 лет (и\б № 1102). Поступила 09.05.2012г. на контрольное обследование. В момент поступления жалоб не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. При УЗИ: в правой доли печени в проекции раннее перенесенной операции, других сегментах печени и органов брюшной полости каких-либо образований не обнаружено. Из анамнеза в 02.10.2010 года (и\б № 483) больная оперирована по поводу эхинококкоза правой доли печени. Произведена открытая эхинококкэктомия с интраоперационным «Жидкий экстракт чеснока» . Со стороны биохимического, общего анализа крови и мочи патология не выявлена. Больная на 3 сутки после контрольного обследования в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное наблюдение по месту жительства. Анализ наших клинических наблюдений позволяет заключить, что при неадекватной обработке антипаразитарным агентом полости кисты и остаточной полости фиброзной капсулы, основными причинами рецидива заболевания эхинококкоза являются:

- неполное удаление всех кист во время операции из-за затрудняющей ревизии, ввиду чрезвычайно малых размеров паразитарных кист, не выявленных по данным интраоперационном УЗИ;
- обсеменение протосколексами и мелкими ацефалоцистами из материнской кисты окружающих серозных поверхностей органов и тканей больного во время открытой эхинококкэктомии является результатом, как технических ошибок хирурга, так и неэффективности антипаразитарной обработки полости фиброзной капсулы, в которой могут остаться зародышевые элементы эхинококка.

Проведенные нами клинические наблюдения подтвердили

современное представление о том, что мероприятия по обеспечению радикального оперативного лечения и эффективной профилактики рецидивов эхинококкоза печени должны включать:

- комплексное дооперационное и интраоперационное обследование больного (выполнение клинико-лабораторных, УЗИ и КТ исследование), дающее информацию о количестве, размере и локализации кисты печени;
- эффективную антипаразитарную обработку раствором «Жидкий экстракт чеснока», содержимого паразитарной кисты и остаточной полости фиброзной капсулы (по разработанной нами метод) после эхинококкэктомии, обеспечивающую гибель зародышевых элементов паразита до 98% случаев.

Таким образом, выраженное губительное действие раствора «Жидкий экстракт чеснока» на все типы зародышевых элементов эхинококка (98% случаев) и его безопасность для больных при пункции ЭК и интраоперационном применении по разработанной нами методике обеспечивает возможность широкого использования этого соединения в практике хирургии эхинококкоза различной локализации, с целью профилактики послеоперационных рецидивов заболевания.

Нами также установлена безвредность раствора при обработке полости кисты и остаточной полости после эхинококкэктомии. Следовательно, результаты клинических наблюдений показали, что этот препарат не способен проникать через оболочки паразита и стенку фиброзной капсулы в направлении изнутри-кнаружи и оказывать токсическое действие на организм хозяина. Последнее обеспечивает широкое применение препарата в практике хирургии эхинококкоза.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Эхинококкоз, является тяжелым паразитарным заболеванием, вызываемым личиночной стадией ленточного гельминта *Echinococcus granulosus*, которое характеризуется поражением жизненно важных органов и тяжелой органной и системной патологией. Заболевание широко распространено среди населения и домашних животных почти во всех странах мира и представляет серьезную социально- медицинскую проблему. Это объясняется тем, что выявление эхинококкоза связано с трудностями диагностики, особенно на ранних стадиях ее развития. Статистика до последнего времени базируется на данных больниц и патологоанатомических вскрытий, а не на результатах массовых обследований населения. По частоте поражения эхинококкоз печени занимает первое место, среди всех локализаций паразита (50-70%). В настоящее время отсутствует количественная оценка диагностических критериев и результатов хирургического лечения с использованием патогенетического подхода при эхинококковой болезни. На сегодняшний день насущной проблемой. Эхинококкоза являются разработка рациональной ранней диагностической- тактики, совершенствование методов хирургического лечения первичного, рецидивного и резидуального эхинококкоза, а также разработка новых антипаразитарных средств.

В основу лечения эхинококковой болезни входит хирургическое вмешательство. Однако, недостаточно совершенны применяемые способы антипаразитарной обработки остаточной полости кист, о чем свидетельствуют многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания 3-54% случаев. Учитывая последнее при хирургическом лечении эхинококкоза для профилактики послеоперационных рецидивов заболевания, велись поиски новых эффективных антипаразитарных препаратов контактного действия, способных за короткий период обезвреживать зародышевые элементы всех типов в процессе

эхинококкэктомии. В последние годы в качестве новых антипаразитарных препаратов контактного действия предложены гипертонический раствор хлорида натрия в разных концентрациях, растворы антисептиков, раствор тиосульфата натрия, которые ввиду недостаточного экспериментального обоснования и слабого гермицидного действия пока еще не получили широкого применения. До настоящего времени в практике хирургического лечения эхинококкоза в связи с отсутствием эффективных и безопасных для больного антипаразитарных агентов продолжается применение формалина, спиртовой настойки йода, цетримида, несмотря на выраженные побочные действия этих агентов на организм больного. Эффективность этих гермицидных препаратов была подтверждена только в отношении протосколексов. Исходя из этого, нами была изучена (в 30 клинических опытах) выживаемость протосколексов и ацефалоцистов эхинококка под влиянием следующих агентов: раствор «Жидкий экстракт чеснока» и 20% гипертонического раствора хлорида натрия. Оценка показала, что 20% гипертонический раствор хлорида действие по отношению зародышевых элементов эхинококка в течение 20-30 и до 40 мин. экспозиции. Следовательно, не могут обеспечить надежную профилактику послеоперационных рецидивов эхинококкоза. Однако, эти методы не исключают другие осложнения, связанные с побочным действием используемых агентов, что ограничивает широкое их применение в хирургической практике. К существенным недостаткам средств следует отнести общее токсическое и местное повреждающее действие, возможность разведения концентрации агента тканевой жидкостью до неэффективной, а также ряд технических трудностей при практическом осуществлении методов (соблюдение режима оптимальных условий гермицидного действия агентов: термостатирования, поддержание эффективных концентраций, оптимальной экспозиции и замедлительный процесс воздействия).

Однако, вышеуказанные агенты контактного действия несколько уступают раствору «Жидкий экстракт чеснока» по эффективности. Результаты клинического изучения антипаразитарной активности раствора «Экстракт чеснока жидкий» показали, что в данный раствор вызывает гибель всех протосколексов и ацефалистов в опытных пробах через 5+0,2 минут экспозиции. Чувствительность к раствору «Жидкий экстракт чеснока» протосколексов гидатидозного и альвеолярного эхинококка была одинаковой. Наряду с этим установлено, что при указанной концентрации и экспозиции раствор «Экстракт чеснока жидкий» способен в 98% случаев вызвать гибель не только ацефалоцистов, но и мелких дочерних кист эхинококка, содержащих зрелые протосколексы. Полученные нами результаты являлись основанием рекомендовать раствор «Жидкий экстракт чеснока» для клинических испытаний в качестве антипаразитарного средства контактного действия при хирургическом лечении гидатидозного и альвеолярного эхинококка с целью профилактики послеоперационных рецидивов заболевания.

Клиническая характеристика больных: в хирургических отделениях подвергнуты оперативному и пункционному лечению с применением антипаразитарного раствора «Жидкий экстракт чеснока» 30 больных эхинококкозом печени в возрасте от 18 до 72 лет. В контрольную группу включены 20 пациента, которые оперированы традиционными методами и пункционными лечения с эхинококковой кистой печени. По характеру течения заболевания больные разделены на две группы: с осложненным течением заболевания 5 (10%) и не осложненным 45 (90%) больных. У оперированных больных были удалены 10 паразитарных кист, которых было - от 11 до 20,0 см. Резекция печени и перицистэктомия в 1(10%) случаев. Удаление остальных 9 (90%) кист проводили методом открытой и закрытой эхинококэктомии с интраоперационным применением раствора «Жидкий экстракт чеснока» для обезвреживания зародышевых элементов эхинококка как в полости кисты, так и в остаточной полости фиброзной

капсулы. Всем больным до операции, а также при динамическом наблюдении в послеоперационном периоде проводилось полное комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Гистологические исследования воздействия 20% гипертонического раствора хлорида натрия на зародышевые элементы эхинококковых кист выполнялись общепринятыми методами. Одна из причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени является поздняя диагностика. Чаще всего больные поступали с жалобами на боли в верхней половине живота и правом подреберье (57,2% больных). В 21,1% случаев отмечено чувство тяжести в правом подреберье. У больных с рецидивами заболевания чаще отмечалось бессимптомное течение заболевания. При исследовании периферической крови отмечалась эозинофилия. Биохимический анализ крови чаще всего выявляет отклонение от нормы показателей содержания билирубина, которое наблюдалось в 19,6% случаев.

Пятеро больные основной группы подвергнуты оперативному вмешательству. Больным с традиционными хирургическими вмешательствами во время операции пунктировали кисту с постепенным замещением содержимого раствором «Жидкий экстракт чеснока», с целью антигельминтной обработки и предотвращения обсеменения брюшной полости. После чего вскрывали полость, проводили эхинококэктомию и обработку оставшей части фиброзной капсулы раствором «Жидкий экстракт чеснока». 9 больным с малыми кистами была произведена ТИП под местной анестезией под контролем УЗИ через печеночную ткань, толщиной не менее 2-2.5см (во избежание попадания кистозной жидкости в брюшную полость), многократно замещая 50% эвакуируемой жидкости настойкой чеснока с экспозицией по 5 мин, что постепенно увеличивало концентрацию настойки чеснока. После чего содержимое откачивалось.

Больные, перенесшие тонкоигольную пункцию, через 1-2 дня выписывались на амбулаторное наблюдение с УЗИ контролем. Анализ результатов через 1,3 месяца, 1 год показал, что у всех больных этой группы кисты облитерировались. На УЗИ обнаружены очаг фиброза диаметром 1-1.5см или петрификат. 16 (32%) больным с кистой средних размеров (от 6 до 10 см), применяли методику 2-х моментной пункции, т.е. сначала кисту пунктировали иглой «Шибя», наружным диаметром 0,6мм. Содержимое кисты постепенно отсасывали, замещая его раствором «Экстракт чеснока жидкий» с 5 минутной экспозиции. После чего содержимое откачивалось. Кисту пунктировали троакаром диаметром 4мм. Затем дренировали трубкой диаметром 3-3,5мм. Трубку фиксировали к коже. Во всех случаях пункцию кисты (и при тонко игольной и пункции троакаром) осуществляли через печеночную ткань, толщиной не менее 2-2.5см, во избежание попадания кистозной жидкости в брюшную полость и ежедневно промывали раствором настойки чеснока. На 2-3 сутки начинают выделяться фрагменты хитиновой оболочки (процесс продолжается обычно 9-12 суток) и дренажную трубку оставляли до полной облитерации полости, периодически промывая раствором настойки чеснока. Дренаж удаляли на 15-21 сутки, проводя УЗИ контроль через 2,3 дня и неделю, 6, 12, 15 месяцев. Обычно на месте кисты остается линейный рубец, который виден на УЗИ в виде белесоватой полоски шириной 2-3мм. или 1-1,5см. петрификат. У одного больного через 1 год наблюдалось нагноение остаточной полости, в связи с чем, произведена повторная пункция.

В контрольную группу включены 20 пациента, которые оперированы традиционными и пункционными методами лечения с эхинококковой кистой печени. Остаточная полость ЭК была обработана антипаразитарными препаратами 20% гипертонический раствор хлорида натрия 20 - 30 минутной экспозиции. Больные, этой группе через 5-7 дня выписывались на амбулаторное наблюдение. Дренаж удаляли на 25-30

сутки. УЗИ контроль в динамике через 1, 6, месяца, 1, год. У двоих больных через 10 месяцев наблюдалось нагноение остаточной полости, в связи с чем, произведена повторная пункция. У одного больного формировались желчный свищ, которые через 8 месяцев произведено повторная оперативная вмешательство.

Таким образом, при сравнении результатов лечения больных основной и контрольной групп было выявлено что при использовании для промывания полости кисты раствора «Жидкий экстракт чеснока» сокращает сроки лечения на 5-10 дней. Так как при этом фрагментизация хитиновой оболочки наступает быстрее в результате ее разрушения и более ранней облитерации остаточной полости. Что в свою очередь приводит к сокращению сроков госпитализации и амбулаторного лечения больных. Ранним восстановлением трудоспособности больного на 5-10 дней, с уменьшением экономических затрат.

В диагностике эхинококковых кист печени основную роль играли инструментальные методы исследования - УЗИ, рентгенография, КТ. Ультразвуковое исследование - проводилось 50 больным. По нашим данным УЗИ позволило не только выявить эхинококковые кисты печени, но и определить стадию развития. При живом паразите эхинококковая киста имела четко выраженные плотные, толщиной 2- 4мм стенки, определяемые по всему ее параметру. При этом для эхинококковой кисты характерна двухслойность строения стенки кисты, нехарактерная для всех других кистозных поражений печени. При погибшем паразите в просвете кисты четко определялась отслоившаяся либо на всем протяжении, либо фрагментально хитиновая оболочка кисты в виде линейных гиперэхогенных полос. Специфический признак паразитарного характера кисты - выявление дочерних и внучатых пузырей в полости кисты. Наиболее сложно было дифференцировать краевые, эхографически атипичные подозрительные на опухолевую природу образования печени.

При этом определение характера внутрикистозных включений (дочерние кисты, перегородки и т.д.) облегчало дифференциальную диагностику. При отсутствии последних признаков возникала необходимость в дифференциальной диагностике эхинококковой кисты с другими образованиями печени. В этих случаях нами была применена КТ. Чувствительность УЗИ составляла 94,7 %. В последние годы наибольшее распространение получило КТ исследование, как метод диагностики при эхинококкозе печени, с помощью которого можно выявить очень тонкие структурные изменения органов, не прибегая к инвазивным методам исследования. Этот метод обладает большей разрешающей способностью по сравнению с УЗИ и сканированием печени, позволяет выявить очаговые образования размерами свыше 1 см (а иногда и меньше), причем глубина расположений очаговых образований не влияет на точность диагностики. Благодаря этому с помощью КТ нами удалось установить наличие эхинококковых кист печени до 98% случаев. КТ нами выполнена у 7 больных. Показанием к проведению КТ у больных эхинококкозом печени служили: трудности дифференциальной диагностики, наличие множественного поражения печени или сочетанного эхинококкоза печени и других органов, уточнение топической диагностики при больших размерах эхинококковых кист. Основными симптомами при КТ исследовании были: очаги низкой плотности (0-15 ед. Н) с четкими и ровными контурами; наличие хитиновой оболочки по периферии кисты; визуализация дочерних пузырей внутри материнской кисты; обызвествление в фиброзной капсуле.

Обзорная рентгеноскопия органов грудной и брюшной полости при эхинококкозе печени выполнены у 34 больных. В основном большое внимание обращали на высокое стояние купола диафрагмы, наличие выбухания в нем. При рентгенографии распознавание эхинококкоза печени значительно упрощалось в случаях обызвествления фиброзной капсулы кисты. При левосторонней локализации больших эхинококковых кист печени косвенным признаком может быть смещение тени желудка в лево.

Также немаловажное значение при диагностике эхинококковой кисты имеет интраоперационная холангиография, что позволяет выявить сообщение между желчными путями и полостью паразитарной кисты, которое имеет место при прорывах последней в желчные протоки. При операции нами пришлось выполнить в 1 случаях рентгеноконтрастное исследование желчных путей, что давало возможность контролировать пассаж контрастного вещества по желчевыводящим путям. У 1 больных с помощью этого метода выявлено сообщение эхинококковых кист с внутрипеченочными желчными протоками.

Таким образом, в результате исследования нами установлено, что при эхинококкозе печени клинические, биохимические показатели крови изменяются незначительно. Следует отметить, что по данным клинико-лабораторных методов исследования невозможно судить о локализации и распространенности эхинококковых кист печени. Анализируя результаты нашего УЗИ можно сделать ряд принципиальных выводов: этот метод должен быть первым этапом инструментального обследования больных с подозрением на эхинококкоз печени; метод неинвазивен; быстро выполняем и не обременителен для больного; обладает высокой информативностью. Однако, надо отметить, что этот метод не дает точную 100%-ную информацию, поэтому для дифференциации и уточнения диагноза эхинококкоза печени считаем необходимым сочетание УЗИ, КТ, рентгенологических исследований. Необходимость хирургического лечения эхинококкоза печени в первую очередь обусловлена отсутствием эффективных консервативных методов борьбы с внедрившимся паразитом. Кроме того, гибель последнего вовсе не является излечением, поскольку при этом чаще возникают опасность нагноения, прорыва или перфорации паразитарной кисты, что усложняет вмешательство, уменьшает его эффективность и нередко может угрожать жизни больного.

В зависимости от размеров эхинококковых кист и характера

осложнений, а также тяжести состояния больных и сопутствующих заболеваний нами были применены следующие виды операции:

- одномоментная эхинококкэктомия с ликвидацией полости методом капитонажа — закрытая эхинококкэктомия 3 (30%) больных;
- резекция печени (обширная, экономная) вместе с эхинококковыми кистами 1 (10%) больных;
- одномоментная эхинококкэктомия, завершающаяся ее наружным дренированием - открытая эхинококкэктомия 6 (60%) больных.

Успешное проведение операции в значительной степени зависит от правильно выбранного доступа. Наиболее часто применялись доступы: верхнесрединная лапаротомия в 5 (50%), косой в правом подреберье в 1(10 %) случаев. Косой в правом подреберье применяли преимущественно при кистах, располагающихся в зоне VП – VШ сегментов. Торакофренолапаротомия была нами применена в 4 (40 %) случаев, когда эхинококковые кисты правой доли печени располагались поддиафрагмально в проекции VШ сегмента печени. На первом этапе клинического применения метода обезвреживания зародышевых элементов эхинококка раствором «Жидкий экстракт чеснока» нами был проведен тщательный контроль эффективности обезвреживания путем микроскопии содержимого эхинококковых кист у 30 больных непосредственно во время операции и пункции ЭК. С этой целью исследовали пунктат, при котором наличие живых протосколексов не обнаружено. Результатами исследований подтверждено губительное действие «Жидкий экстракт чеснока» на исходно живые зародышевые элементы эхинококка и доказана пригодность этого соединения в качестве эффективного антипаразитарного средства контактного действия, что позволило исключить в дальнейшем микроскопический контроль эффективности антипаразитарной обработки. У всех 30 оперированных больных после обработки раствором «Жидкий экстракт чеснока» каких-либо побочных явлений и токсических проявлений (гипертермия, нарушение дыхания, сердечная

недостаточность, изменения со стороны периферической крови и биохимии) нами не отмечено.

Нами изучены отдаленные результаты оперативного лечения эхинококкоза печени 30 пациентов в сроки от 6 месяцев до 1,5 лет после операции пункции ЭК. При контрольном УЗИ, КТ рецидива эхинококковой болезни у 28 (93,3%) больных не обнаружены. Одного больному подвергнуты повторному оперативному лечению по поводу резидуального эхинококкоза. При оперативном лечении установлено, что локализация выявленных эхинококковых кист не соответствовала паразитарным кистам, удаленным при предыдущем оперативном вмешательстве. Очевидно, что повторное возникновение заболевания этих пациентов обусловлено ростом паразитарных кист, незамеченных во время предыдущей операции. Следовательно, выявленную при контрольном УЗИ нельзя рассматривать как рецидив заболевания. В одном случае, возможно вследствие недостаточной эффективности или технически неполноценной обработки эхинококковых кист на месте предыдущей (соответственно на том же месте) обнаружена киста, которую следует расценивать как рецидив.

Таким образом, выраженное губительное действие раствора «Жидкий экстракт чеснока» на все типы зародышевых элементов эхинококка и его безопасность для больных при интраоперационном и во время пункции ЭК применении по разработанной нами методике обеспечивает возможность широкого использования этого соединения в практике хирургии эхинококкоза различной локализации, с целью профилактики послеоперационных рецидивов заболевания.

## **ВЫВОДЫ:**

1. В условиях *in vitro*, раствор «Жидкий экстракт чеснока» оказал губительное действие на зародышевые элементы эхинококка в экспозиции 5+0,2 минут обеспечивает в 90% случаев надежное обеззараживание зародышевых элементов эхинококковой кисты, что подтверждено электронно-микроскопическим исследованием.

2. Сравнительная оценка антипаразитарной активности препаратов применяющихся в практике хирургии эхинококка печени показала, что 20% гипертонический раствор вызывают гибель зародышевых элементов эхинококкоза печени при 15-40 минутной экспозиции. Недостатками применения указанных агентов местного действия в клинических условиях являются их малая эффективность и выраженная токсичность.

3. При использовании для промывания полости кисты раствора «Жидкий экстракт чеснока» сокращает сроки госпитализации и лечения в 2 раза, что в свою очередь приводит к снижению рецидивов 4 раза.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абасов Б.Х., Ашуров Б.М., Гаджиев Д.Н. и др. Хирургическое лечение эхинококкоза печени. // Диагностика и лечение эхинококкоза-Баку, 1999- стр. 51-53.
2. Абдураимов Е.Г. Применение низкочастотного ультразвука при хирургическом лечении эхинококкоза легких. // Диссер. канд. мед. наук, М., 1999-стр.186
3. Абдуфаттаев Т.А., Давлятов С.Б. Хирургическое лечение детей с нагноившейся эхинококкозом легких и печени. //Здравоохранение Таджикистана, 2005-№4 стр. 91-93
4. Абдуфаттаев Т.А., Давлятов С.Б., Шарипов М.А. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности у детей с эхинококкозом легких. //Здравоохранение Таджикистана №2, 2006-стр.173- 174
5. Абдуфатаев Т.А., Давлятов С.Б., Шарипов М.А. Применение Вермокса в лечении эхинококкоза у детей. //Здравоохранение Таджикистана -№4- стр.272-273
6. Абижанов Р.А. Осложненный и рецидивный эхинококкоз печени.// Диссер. кан. мед. наук, М.- 1998 стр. 150
7. Агаев Р. М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнения //Хирургия, 2003 №3 - стр. 34-35.
8. Акматов Б.А. Активное комплексное выявление и хирургическое лечение ранних форм рецидивов. // Диссер. доктора мед. наук М., 1997 стр. 249
9. Акматов Б.А. Способ обработки полости эхинококковой кисты //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1987 - стр. 57-59
10. Акматов Б.А., Рыскулов Э.Р. Методы и результаты диагностики лечения рецидивного и резидуального гидатидозного эхинококкоза Эхинококкозы, М., 2003стр. 136-144

11. И. Алаберганов А.Т., Алиев М.М. Хирургическая тактика при эхинококкозе легких у детей // Здоровоохранение Таджикистана, 2006-№4 стр. 98-99.
12. Алаберганов А.Т. Способ интраоперационной обработки полости кисты при эхинококкэктомии печени у детей //Здоровоохранение Таджикистана, 2007№2 - стр. 173.
13. Алиев М.М., Аллаберганов А.Т., Икромов А.И. Методы лучевой диагностики множественного эхинококкоза печени у детей //Здоровоохранение Таджикистана, 2005 №2 - стр. 175-176.
14. Алиев М.А., Доскалиев Ж.А., Адылханов С.А. Новое в хирургическом лечении эхинококкоза печени. //Анналы хирургической гепатологии, 1998 №3 - стр.260.
15. Алиев М.А., Мамедов М.М., Сейсенбаев М.А., Маджуга В.П. Применение CO2 лазера при хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени. //Хирургия -1990 - №1 - стр. 46-48.
16. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Ярошкина Т.Н. Резекция печени при повторной операции у больных с паразитарными заболеваниями печени.// Хирургия, 2002 №10 - стр. 116-119
17. Арынов Н.М., Ширтаев Б.К. Хирургическое лечение эхинококкоза печени у детей. // Анналы хирургической гепатологии, 2001 №3 -стр.254-255.
18. Аскерханов Р.П. О патогенезе и лечении инфицированного и нагноившегося эхинококкоза легких. //Современные проблемы хирургии во фтизиопульмонологии, М., 1997 стр. 3-9.
19. Аскерханов Р.П., Гиреев Г.А., Мусачуев А.М. Пути заражения эхинококкозом и его профилактика. //Хирургия, 1986 №6 - стр. 6164.
20. Астафьев Б.А., Яроцкий Л.С., Лебедева М.Н. Экспериментальные модели паразитов в биологии и медицине. // М., 1996 стр. 281.

21. Ахмедов С.М. Резекция печени при инфицированном эхинококкозе. // Здоровоохранение Таджикистана, 2005 №2 - стр. 56.
22. Ахмедов С.М., Ибрагимов Н.К. Органоизбирательная регионарная антибиотикотерапия при инфицированном эхинококкозе печени //Здоровоохранение Таджикистана, 2007№4 - стр. 104-105.
23. Ашуров А.Т. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени у детей. //Здоровоохранение Таджикистана, 2007 №4 -стр. 106.
24. Бабаджанов Б.Н. Иммунологические аспекты хирургии эхинококкоза печени. // Анапы хирургической гепатологии, 1999 -№1 -стр. 16-25.
25. Бабаджанов Б.Р., Эшчанов А.Р., Курьязов Б.Н. Применение CO<sub>2</sub> - лазера при лечении гидатидозного эхинококкоза печени //Хирургия, 2003- №11-стр. 35-36.
26. Бабаев О.Г. Особенности хирургического лечения множественных и сочетанных форм эхинококкоза. //Диагностика и лечение эхинококкоза- Баку, 1987 стр. 62-64.
27. Бабаев О.Г. Ошибки и опасности в хирургическом лечении гидатидозного эхинококкоза. //Здоровоохранение Туркменистана, 1982 -№5 - стр. 9-10.
28. Бабаев О.Г., Каргин В.Я., Хадыров А.Х. Тактика хирурга при лечении гидатидозного эхинококкоза. // Хирургия, 1998 №7 - стр. 59-63.
29. Бабашаев Б. С. Химиохирургический способ лечения эхинококкоза человека. // Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1998 - стр. 5464.
30. Бирюков Ю.З., Моисеев В.С., Коваленко Ф.П. О влиянии ультразвука низкой частоты на протосколексы альвеококка и эхинококка в эксперименте. // Грудная хирургия, 2001 №6 - стр.7779.
31. Блинов В.А. Глюконеогенез клиники и эксперименты. // 1У съезд РАЕ хирургии, 2006 стр. 11-13.

32. Вафин А.З. Апаразитарность и антипаразитарность хирургических вмешательств при эхинококкозе. // Хирургия, 2001 №4 -стр. 70-74.
33. Вафин А.З. Эпидемиология эхинококкоза в Ставропольском крае, проблемы ранней диагностики //Здоровье и болезнь как состояние человека Ставрополь, 2003- стр. 697-700.
34. Вафин А.З., Филус А.А., Габеджишвили Т.К. К определению понятия рецидивного эхинококкоза. // Диагностика и лечение эхинококковой болезни Ставрополь, 20 - 01стр. 190-196.
35. Вафин А.З., Щербаков И.Г. Профилактика рецидивов эхинококка. // Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1987 - стр.73-74.
36. Вахидов В.В. Лечение эхинококкоза печени. // Диагностика и лечение эхинококковой болезни Ставрополь, 1999 - стр.59-69.
37. Вахидов В.В. Лечение эхинококкоза легких. // Тезисы 30 всесоюзного съезда хирургов, 2003 стр. 223-225.
38. Веронский Г.И. Опыт лечения эхинококкоза печени. // Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1987 -стр.73-77.
39. Витебский Г.И., Чернов В.Ф., Робак Н.К. Особенности локализации и осложнений эхинококкоза. // Диагностика и лечение эхинококкоза-Баку,1999 стр.78-80.
40. Волобуев Н.Н. Осложнения эхинококкоза печени. // Анналы хирургической гепатологии, 1998 №3 - стр.265-266.
41. Волох Ю.А. К профилактике рецидивов эхинококкоза печени // Хирургия органов брюшной полости Целиноград, 1981 -стр.52-54.
42. Волох Ю.А. Полуоткрытая эхинококкэктомия печени как метод профилактики рецидивов. //Диагностика и лечение эхинококкоза — Баку, 19999 стр. 82-83.
43. Габулия Р.И. Компьютерная томография в клинической практике. // М., Медицина, 2007 -стр. 352.

44. Гаджиев Ш.М. Оценка методов хирургического лечения эхинококкоза легких по данным ближайших и отдаленных результатов //авторефер. диссер. канд. мед. наук Баку, 2004 - стр. 14.

45. Гайбатов Р.С. Сочетанное поражение печени амебиазом и эхинококкозом. // Хирургия, 2006 -№5 стр. 20-24.

46. Гайбатов С.П., Омаров М.М. Способ обеззараживания остаточных полостей после эхинококкэктомии. // Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1999 - стр. 66-84.

47. Гальперин Э.И. Нестандартные ситуации при операциях на печени и желчных путей. // М., МедицинаД 1999 -стр.336.

48. Гатаулин Н.Г. Лечение эхинококковой болезни. //Казань, мед. журнал, 1996 №6 - стр.33-35.

49. Гаффаров У.Б. Кислотообразующая функция желудка приэхинококкозе. //Научные труды Московской медакадемии 4.2-ая, 1999 стр.11-16.

50. Гаффаров Н.Д. Экспериментальное моделирование гидатидозного эхинококка. //Журнал теоретической и практической медицины, 2007- №3 стр.35-39.

51. Гилевич М.Ю. Выбор метода обработки полости фиброзной капсулы при эхинококкэктомии. //Хирургия, 1984 -№4 стр.74-76.

52. Гилевич М.Ю. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза. //дисс. док.мед.наук, М. 2005стр.295.

53. Гилевич М.Ю. Некоторые проблемы рецидивов эхинококковой болезни. //Вестник хирургии, 2002 -№6 стр.41-45.

54. Гилевич М.Ю. Сравнительная оценка воздействия методов антипаразитарной обработки на ткани органа носителя. //Сб. научных трудов Ставрополь, 1983 - стр.79-83.

55. Гилевич М.Ю., Бодулин А.В. Зависимость способа

эхинококэктомии от стадии развития паразита. //Хирургия, 2004 №4 - стр. 94-95.

56. Гилевич М.Ю. Клинико-морфологическое обоснование выбора метода операции при хирургическом лечении эхинококкоза печени //Здоровье и болезнь как состояние человека-Ставрополь, 2003 стр. 689-692.

57. Гилевич Ю.С. Влияние метода операции на частоту рецидивов эхинококка. //Хирургия, 1988 №1 - стр.73-78

58. Гилевич Ю.С. Выбор метода радикальных операций при эхинококкозе различных локализаций. //Актуальные вопросы практ. здравоох.- Ставрополь, 1984 стр.76-78.

59. Гилевич Ю.С., Бодулин А.В., Гилевич М.Ю. К выбору радикальных операций и предупреждение рецидивов при эхинококковой болезни. //Тез. докл. XXXI Всесоюз. съезда хирургов. Ташкент, 1986 - стр.355-356.

60. Гилевич Ю.С., Вафин А.З., Гилевич М.Ю. К определению понятия рецидивный эхинококкоз. //Хирургия, М. 2003 - стр. 71-73.

61. Гилевич Ю.С., Милонов О.Б. Диагностика и лечение эхинококкоза органов брюшной полости. //Метод, рекоменд. Ставрополь, 1986, -С.32.

62. Готье С.В. Устройство для дренирования эхинококковых кист. //Изобретение, 1983 №30 - стр.22.

63. Грубник В.В. Использование лазерного излучения в хирургическом лечении эхинококкоза печени. //Вестн. морской мед.,2001 №2 -стр. 14-18.

64. Гульмурадов Т.Г., Саидов С.К. Ультразвук в лечении нагноившегося эхинококкоза печени. //Здравоохранение Таджикистана, 2000 №2 -стр.64.

65. Давлатов С.Б. Хирургия эхинококкоза у детей. //Здравоохранение

Таджикистана, 2005 №2 - стр.46-49.

66. Дадвани С.А., Стреляева А.В., Гостщев В.К. Малоинвазивные оперативные вмешательства и химиотерапия при эхинококкозе //Анналы хирургии, 2005 -№4 стр. 126-128.

67. Дадвани С.А., Шкроб О.С., Лотов А.Н. Лечение гидатидозного эхинококкоза //Хирургия, 2006-№8 -стр. 124-126.

68. Дадвани С.А., Шкроб О.С., Лотов А.Н. "Новое в лечении эхинококкоза печени" // Анналы хирургической гепатологии, 2003 -№3 стр.268-269.

69. Даиров А.Б., Абдурахманов Е.А., Дурманов К.Д. Диагностика и лечение эхинококкоза печени. //Хирург, лечение портальной гипертензии, заболеваний и травм печени Харьков, 1986 - стр. 141142.

70. Девятое А.В. "Портальная гипертензия на фоне эхинококкоза печени и ее хирургическое лечение" //ГУ съезд РАЕ хирургии, 2004.

71. Дейнека И.Я. "Эхинококкоз человека" // М., Медицина, 1986 стр. 376.

72. Джабарова В. И. Основные методы поиска и экспериментального изучения ларвоцидных средств для терапии эхинококкозов // Эхинококкозы. Методы исследований, лечения, профилактики .-М., 1990-стр. 150- 159.

73. Джаубаев Р.М., Бодулин А.В., Габруашвили Л.Г. К выбору метода антипаразитарной обработки фиброзной капсулы при эхинококковой болезни. // Актуальные проблемы медицины Ставрополь, 1985 -стр.43-46.

74. Джуманиязов Ю.С. Иммунологический аспекта лазерной хирургии эхинококкозе печени // Анали хирургической гепатологии. 2004г-№1, том-4 стр.26-27.

75. Джураев Т.Д., Кахаров М.А. Профилактика гнойных осложнений в лечении больных эхинококкозом печени. //Здравоохранение

Таджикистана, 2006 №2 - стр. 67.

76. Доценко А.П., Кошель Ю.Н. Оперативная тактика при эхинококкозе печени. //Хирургическое лечение портальной гипертензии заболеваний и травм печени Харьков,1986 - стр. 143-144.

77. Дурдиева С.А. Низкочастотный ультразвук в хирургии эхинококкоза печени. //Тезисы докладов, П хирургов Туркменистана,1994 стр.12.

78. Зорохина В.И., Баллад Н.Е. Серологические методы диагностики эхинококкозов. //Эхинококкозы. Методы исследований, лечения, профилактики М.,1990 - стр.49-62.

79. Иоселиани Г.Д., Бокерия Р.И., Шарашидзе Г.Л. Хирургическое лечение множественного эхинококкоза. //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1999- стр. 104-106.

80. Исламбеков Э.С. Тактика хирургического лечения сочетанного эхинококкоза легких и печени. //Обзор литературы. Вестник врача общей практики, 2005 №4.

81. Исламбеков Э.С., Исхакова Х.И., Леонов Ф.В. Способ обеззараживания ложа эхинококковой кисты легкого. //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1999 - стр. 106-108

82. Карданов В.З. Рецидивы эхинококковой болезни. //Авторефер. канд. мед. наук. Ставрополь, 1979 - стр.21.

83. Карданов В.З., Сычев А.В., Горлов В.Г. Рецидивы эхинококковой болезни. //Актуальные проблемы хирургии Ставрополь, 1960 -стр. 165-167.

84. Каримов А.М. Актуальные проблемы диагностики и лечения эхинококкоза печени.//Актуальные вопросы неотложной хирургии, 1999, стр.66-69.

85. Каримов Ш.И. Диагностика и хирургическое лечение эхинококкоза. //Хирургия эхинококкоза Хива, 1994 - стр.5-8.

86. Кахаров А.Н. Клиническая оценка применения ионизированной плазмы в хирургии эхинококкоза печени. //Анналы хирургической

гепатологии., 1999 №2 - стр. 168-266.

87. Кахаров М.А., Мухитдинов Н.Д. Селективная перицистэктомия в хирургии эхинококкоза печени. //Здравоохранение Таджикистана, 2005-№2-стр. 172.

88. Кахаров М.А., Ниязова Ф.Н., Каюмов Ф.К. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и селезенки осложнившейся нагноением кисты. // Здравоохранение Таджикистана, 2005 №2 - стр. 75-76.

89. Кенджаев М.Г. Модификация термического способа обеззараживания плодоносных элементов эхинококка //Хирургия Кыргызстана, 1998-№3- стр.34-35.

90. Кенджаев М.Г. Особенности диагностики рецидива эхинококкоза // Проблемы торакальной хирургии Бишкек -2002- стр.99-103.

91. Кенджаев М.Г. Отдаленные результаты хирургического лечения эхинококкоза // Проблемы торакальной хирургии Бишкек, 2002стр. 89-93.

92. Кенджаев М.Г. Рецидивный эхинококкоз и меры его профилактики // Проблемы торакальной хирургии Бишкек, 2002 - стр.93-98.

93. Кенджаев М.Г. Рецидивный эхинококкоз и методы его профилактики //Центрально-Азиатский медицинский журнал, 1997-№5-6-стр.510-515.

94. Кенджаев М.Г. Ультразвуковая диагностика эхинококкоза //Проблемы торакальной хирургии Бишкек, 2002-стр.84-89

95. Кенджаев М.Г.,Акматов Б.А. Интраоперационные меры профилактики рецидивов эхинококкоза //Актуальные проблемы современной медицины Бишкек, 1997, стр.202-204.

96. Кенджаев М.Г., Акматов Б.А. Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива //Медфарминфо-Бишкек, 2005 стр. 160.

97. Кенджаев М.Г., Муқанбетов Б.Т., Конурбаева Ж.Т. Особенности

иммунологической диагностики очаговых образований печени

98. Хирургия в период экономических реформ Бишкек, 2004 - стр.6466.

99. Кодиров Н.Д. Экспериментальное моделирование гидатидозного эхинококкоза. //Журнал теоретической и практической медицины, 2003 - №3- стр. 16-19.

100. Кошель Ю.Н., Свиридова О.Н. Опыт интраоперационной лазерной обработки эхинококковых кист печени. // Анналы хирургической гепатологии, 1998 №3 - стр. 276-277.

101. Кротов А.И., Джабарова В.И. Современные подходы к рациональной химиотерапии эхинококкоза. //Диагностика и лечение эхинококкоза -Баку, 1987-стр.110-112.

102. Кротов А.И., Коваленко Ф.П. Альвеолярные формы однокамерного эхинококка *Echinococcus granulosus* (Batsch,1786) //Мед. паразитол., 1987, №2 - стр. 12-13

103. Кротов А.И., Коваленко Ф.П. Методы моделирования ларвального гидатидозного эхинококкоза. //Эхинококкозы. Методы исследования, лечения, профилактики, М., 1999 стр.215-221

104. Кротов А.И., Коваленко Ф.П. Метод моделирования ларвального альвеолярного эхинококка. //Эхинококкозы. Методы исследования, лечения, профилактики, М.,1999 стр. 221-228.

105. Кротов А.И., Милонов О.Б. Разработка методов химиотерапии альвеококкоза и эхинококкоза //Хирургия, 1998 №12 -стр.71-75.

106. Кузнецов В.А., Хамидуллин Р.И. Выбор способа операции и ликвидации остаточной полости при эхинококкозе печени. //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1999 - стр. 114.

107. Кузнецов В.А., Хамидуллин Р.И. Классификация и противорецидивное лечение эхинококкоза. //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1999 - стр.112-114.

108. Кулиев Ш.Б., Тагиев М.М., Исаев И.Б. Наш опыт лечения эхинококкоза печени. //Диагностика и лечение эхинококкоза, 1999-стр.116-119.
109. Кунпан И.А. Методы обработки остаточной полости после эхинококкэктомии из печени //Здоровье и болезнь как состояние человека-Ставрополь, 2000 -стр. 654-656.
110. Кунпан И.А. Современные хирургические методы лечения эхинококкоза //Здоровье и болезнь как состояние человека-Ставрополь, 2000стр.335-338.
111. Курьязов Б.Н., Якубов Ф.Р. Применение СО 2 лазера при лечении гидатидозного эхинококкоза печени. //Хирургия, 2007, №8 -стр.26-29.
112. Кучмаев В.Г., Никулин Г.М., Байгоров Э.Х. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени. //Диагностика и лечение эхинококкоза. Баку, 1999 - стр.117-119
113. Кушмурадов Н.Е., Сабиров Б.У. Использование эндовидеохирургической технологии и малотравматичных доступов в хирургии эхинококкоза печени. //Вестник врача общей практики, 2006, №2 стр. 32-36
114. Лисицын К.М., Ревской А.К. Хирургическая тактика при осложненном эхинококкозе печени. //Диагностика и лечение эхинококкоза-Баку, 1999 стр.119-120
115. Лукашенко Н.П. Альвеококкоз (Альвеолярный эхинококкоз) М., Медицина, 1998 - стр.328.
116. Мадалиев И.Н. Диагностика и лечение эхинококка печени. //Актуальные вопросы неотложной хирургии Душанбе, 2005 -стр.3 840.
117. Мадалиев И.Н., Каримов А.М. Роль ИК-спектрофотометрии в комплексе серодиагностических исследований при эхинококкозе печени. //Материалы научно-практической конференции хирургов Лениннабадской области Нау, 2003-стр. 133-135.

118. Мартыненко В.Б., Лосева Т.Д., Никифорова Т.Ф. Распространение эхинококкозов в СССР. Эхинококкоз однокамерный. //Мед. паразит., 1988 №6 - стр.61-65.
119. Масалин М.М., Сейсенбаев М.А., Маджуга В.П. Диагностика и лечение осложненного эхинококкоза печени. //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1999 - стр. 131-133.
120. Милонов О.Б., Бабур А.А. Эхинококкоз печени. //Ташкент., Медицина, 1982 стр. 195.
121. Милонов О.Б., Гилевич Ю.С. Рецидивы эхинококкоза, его диагностика и лечение. //Метод. Рекомендации Ставрополь, 1987-стр.25.
122. Милонов О.Б., Гилевич М.Ю., Кальченко Б.Л. Хирургическое лечение поддиафрагмального эхинококкоза печени и его осложнений. //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку,1999 - стр. 136-139
123. Милонов О.Б., Смирнов В.А., Колос О.Е. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения паразитарных заболеваний печени человека. //Вестник Академии мед.наук СССР. 1987 №5 -стр.54-61.
124. Мирходжаев И.А. Способ моделирования эхинококкоза печени. //Журнал теоретической и практической медицины, 2007 №3 -стр. 80-83.
125. Митьков В.В. Ультразвуковая диагностика эхинококкоза печени. //IY РАЕ хирургии, 2007 стр.18.
126. Мовсесов А.С. Диагностика и хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени. Автореф. канд. мед. наук -Краснодар, 1986 стр.16.
127. Мовчун А.А., Тимошин А.Д., Чемисова Г.Г. Диагностика гидатидозного эхинококкоза органов брюшной полости и забрюшинного пространства. //Эхинококкозы. Методы исследования, лечения, профилактики, М., 2006 стр. 101-106.
128. Мусаев Г.Х. Гидатидозный эхинококкоз: диагностика и комплексное лечение // Автореферат д-ра мед. наук Москва, 2006.
129. Мустафин А.Х. Актуальные аспекты хирургии эхинококкоза

печени. //Вестник врача общей практики, 2006 №4 - стр. 19-21.

130. Назаревский Н.Г., Изосимов В.В., Сидоренко В.Д. О рецидивах эхинококковой болезни. //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1987-стр. 140-142.

131. Назаров Ш.К. Новый метод интраоперационной профилактики рецидивов эхинококкоза. //Тезисы научно-практической конференции-Мытищи, 2006 стр.15.

132. Назаров Ш.К., Зухуров Х.Д. Диагностика и профилактика резидуального эхинококкоза печени. // 49-я научно-практическая конференция Душанбе, 2006 - стр. 468-473.

133. Нартайлаков М.А. Хирургическое лечение эхинококкоза печени. //Вестник врачей общей практики, 2004 №2 - стр.40-43.

134. Наумов И.Д., Бреславский Н.Г., Вафин А.З. Рецидивный эхинококкоз и его классификация. //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1999 - стр. 142-144.

135. Одилов А.Х. Хирургия гидатидозного эхинококкоза. //Журнал теоретической и практической медицины -2008 №3 - стр. 11.

136. Одилов А.Х. Эхинококкоз у детей. //Научные труды СамМИ.,1999, ч.2-я стр. 14-16

137. Олимов Д.М., Рашидов Ф.Ш. Хирургическое лечение нагноившегося эхинококкоза печени поддиафрагмальной локализации. //Здравоохранение Таджикистана, 2008 №4 - стр. 161162.

138. Олимов Д.М., Усманов Н.У. Хирургическое лечение плеврорегочных осложнений эхинококкоза печени.//Здравоохранение Таджикистана, 2004 №2 - стр.90-92.

139. Ордабеков С.О. Обработка эхинококковой кисты йодтиосульфатом. //Вестник хирургии 1984 - №4 - стр.72-74.

140. Османов А. О. Диагностика и хирургическое лечение рецидивного и резидуального эхинококкоза органов брюшной полости.

//Дис. кан.мед.наук, М. 1998 - стр. 137.

141. Паллаев М.Г. Клиника и диагностика осложненного эхинококкоза печени. //Актуальные вопросы неотложной хирургии Душанбе, 1999, стр. 86-90.

142. Паллаев М.Г., Саидов С.К., Зухуров Х.Д. Клиника и диагностика эхинококкоза печени, осложненного механической желтухой. // 49-я научно-практическая конференция ТГМУ Душанбе, 2007, стр. 511515.

143. Паллаев М.Г., Саидов С.К., Зухуров Х.Д. Осложнения эхинококкоза печени клиническая семиотика и диагностика. // 49-я научно-практическая конференция ТГМУ - Душанбе, 2008 - стр.504.

144. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. //М. Медицина, 1985 - стр.216.

145. Помелов В.С., Вишневский В.А., Икрамов Р.З. Новые подходы к хирургическому лечению эхинококкоза печени. //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1999 - стр.148-150.

146. Пулатов А.Т. Хирургия эхинококкоза у детей Таджикистана (Проблемы эхинококкоза) Душанбе, 2004 - стр. 171 -180.

147. Пулатов А.Т., Хамиджанов Э.Х. К классификации оперативных вмешательств, методов обеззараживания и ликвидации остаточных полостей при эхинококкозе у детей. //Диагностика и лечение эхинококкоза-Баку, 1999 стр.150-151.

148. Ризаев Н.М., Сеидов В.Д., Мамедов К.Б. и др. Диагностика и лечение эхинококкоза печени. // Азербайджанский мед. журнал. -2005, №1-стр. 56-.

149. Русаков В.И., Гилевич М.Ю. Некоторые проблемы рецидивов эхинококковой болезни. //Диагностика и лечение эхинококкоза-Ставрополь, 1983 стр. 179-190.

150. Рустамов И. Р. Хирургическое лечение эхинококкоза печени. // Клиническая хирургия, 2005 №1 - стр. 7-9.

151. Рустамов И.Р., Одилов А.Х., Марданов Л.М. Лечение

эхинококкоза легких.//Клинич. хирургия, 1986 №10 - стр.50-53

152. Рустамов И.Р., Фахратов М.А. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени. // Клинич. хирургия, 1982 №9 -стр. 18-21.

153. Рустамов И.Р. и др. Применение лазера в хирургическом лечении эхинококкоза печени. // Хирургия печени- Мат. симпозиума с уч. иностран. спец. Москва, 2001.

154. Сабиров Б.У. Хирургическая тактика при эхинококкозе печени. //Вестник врача общей практики,2006 №1 - стр.8-11.

155. Садыков В.М., Стреляева А.В., Чебышев Н.В. Совершенствование нового способа хирургического лечения эхинококкоза // Медицинская паразитология и паразитарные болезни — 2004-№3-стр.40-43.

156. Саидов С.К. Антипаразитарная эффективность препарата Уре-Султан при эхинококкозе (экспериментально). //УШ Международная конференция хирургов-гепатологов России и СНГ-Ташкент, 2000 -стр.50-52.

157. Саидов С.К. Комплексная диагностика и хирургическое лечение перфорации эхинококковой кисты в брюшную полость//Материалы научно-практической конференции неотложной хирургии Мытищи, 2000-стр.17.

158. Саидов С.К., Зухуров Х.Д. Профилактика гнойно-септических осложнений после эхинококкэктомии печени. //Здравоохранение Таджикистана, 2006 №2 - стр.93-95.

159. Саидов С.К., Назаров Ш.К. Антипаразитарная эффективность препарата Уре-Султан при эхинококкозе печени (клиническое испытание) // Здравоохранение Таджикистана., №2 стр. 192-194.

160. Саидов С.К., Назаров Ш.К. Профилактика и лечение гнойно-септических осложнений эхинококкоза печени //Актуальные вопросы практической медицины Москва, 2005 - стр.41-46.

161. Саидов С.К., Паллаев М.Г. Клиника-инструментальная диагностика осложненного эхинококкоза печени.//Актуальные вопросы практической медицины, 2005 стр.147.

162. Сирия Т.И. К вопросу о проникновении сколексов сквозь фиброзную капсулу. //Автореф.кан.мед.наук Тбилиси, 1950 - стр.13.

163. Тищенко А.М., Слышков В.П. Хирургическое лечение эхинококкоза //Диагностика и лечение эхинококкоза Баку, 1999 -стр.159-161.

164. Тодуа Ф.И., Помелов В.С., Вилявин М.Ю. и др. Сочетание компьютерной томографии и иммунологических методов обследования в диагностике ранних стадий эхинококкоза. // Диагностика и лечение эхинококкоза.- Баку, 1999 стр. 41-43.

165. Тодуа Ф.И., Помелов В.С., Люлинский Д.М. Ультразвуковое и компьютерно-томографическое исследование в диагностике очаговых поражений печени. // Сов. мед. 1999 - №4 - стр. 90-93.

166. Хамидов М.А. Эндовидеохирургия гидатидозного эхинококкоза печени // IY съезд РАЕ хирургии -2001 стр. 11-13.

167. Хохлов А.В. Лапароскопические операции при эхинококкозе печени. //IY съезд РАЕ хирургии 2001 - стр.28-29.

168. Червинский А.А., Джумадинов Ш.Д., Садырбеков Д.С. Рецидивный и резидуальный эхинококкоз органов брюшной полости. //Хирургия, 1990 №7 - ст. 105-107.

169. Червинский А.А., Романов А.С., Джумадинов Ш.Д. Диагностика и лечение эхинококкоза печени. //Диагностика и лечение эхинококкоза-Баку, 1999-стр. 171-172.

170. Шахмурадов Т.А., Одилов А.Х., Шакиров А.Г. Отдаленные результаты хирургического лечения эхинококкоза легких //Современные

вопросы частной хирургии, М 2005 - стр.37-41.

171. Щербаков А.И. Оптимизация химиотерапии эхинококкозов //Мед. паразитолог., 1986 №5 - стр.57-61.

172. Щербаков А.М. Современное состояние химиотерапии эхинококкозов //Эпидемиологический надзор за эхинококкозами -Чимкент, 1989-стр. 176-182.

173. Цурупа Д.И. Ультразвуковая диагностика в хирургии печени //Материалы 29 научной конференции при СамГМУ Самара, 2003-стр.43-44.

174. Эль Муаля А.А. Сравнительная характеристика современных методов диагностики эхинококкоза //Хирургия 2005 -№4 -стр. 112114.

175. Яроцкий Л.С. Эпидемиолого-эпизоотологические особенности эхинококкозов и методологические основы эпидемиологического надзора за ними //Эхинококкозы. Методы исследований, лечения, профилактики, М 1999- стр.5-14.

176. Abd el Maeboud K.H. Hydatid cyst of Morgagni P. Any impact on fertiliti? // J Obstet Gynaecol Res. - 1997 Oct - Vol. 23(5) - P.427-431.

177. Abdu Khalil S., Smith B.M., Maclean J.D., Poenaru D., Fried G.M., Bret P., Barkun A.N. Acute cholecystitis and cholangitis caused by Echinococcus granulosus // Am J Gastroenterol -2005 Apr Vol.91 (4) -P.805-807.

178. Abi F., EI-Faras F., Bouzidi A. Les kystes hydatigues du foie. A propos be 181 dont 150 compligues.//Lyon Chir. 2006. -Vol. 84.-N.6.-p.718-720.

179. Achouri M., El Kamar A., NaJa A., Ouboukhlik A., Elazari A., Boucetta M., Multiple and bilateral cerebral hydatid cyst // A case Neurochirurgie- 2005-Vol. 41(2)-P.108-111.

180. Acikgoz B., Sungur C., Ozgen T., Camurdanoglu M., Беркег М. Endoscopic evacuation of sacral hydatid cyst P. Case report //Spinal Cord – 2005 Jun - Vol. 34(6) - P.361-364.

181. Aeberhard P., Fuhriman R., Strahm P., Thommen A. Surgical treatment of hydatid disease of the liver an experience from outside the endemic area //Hepatogastroenterology 2003 - Vol. 43(9) - P.627-636

182. Aggarwal A.R., Carg R.L. Formalin toxicity in hydatid liver disease // Anaesthesia. 2003. - Vol. 38.7. - p. 662-665.

183. Aguillella Diado V., Mattines Dies M., Martinez Ubieto F. Traitement chirurgical de hydatidose hepaticue. A propos de une serie de 215 mala dex operes. //Amer. J. dig. Dis. 2004. - Vol. 22 - N4 - p.230-241.

184. Aguillela Diago V.} Martines D.M. et. al. Traitement chirurgical de i hydati dosa hepaticue. A propos d1 une serie de 215 mala des operes. // Lyon 2005 Chir. Vol. 83 - N4 - p. 264-266.

185. Akham O., Bilgic S., Akata D., Kiratli H., Ozmen M.N. Percutaneous treatment of an orbital hydatid cyst a new therapeutic approach // Am J Ophthalmol 2004 Jun - Vol. 125(6) - P. 877- 879.

186. Akyar G.S., Berksum A., Oguz T. Agressive hydatid illness Legs // Australas Radiol -2002 Fed Vol. 41(1) - P. 41-43.

187. Al Karawi M.A., Mohamed A.E., Yasawy J., Halem A. Nonsurgical endoscopic transpapillary treatment of ruptured Echinococcus liver cyst obstructing the biliary tree. //Endoscopy. -2002 Vol. 19 - N2 - p. 81 -83.

188. Alfieri S., Doglietto G.B., Pacelli F., Costamagna G., Carriero C., Mutignani M., Liberatori M., Crucitti F. Radical Surgery for liver hydatid disease a study of 89 consecutive patients // *Hepatogastroenterology* — 2003 Mar Vol. 44 (14) - P. 496 - 500

189. Alper A., Ariogul O., Emre A., Uras A. Choledochostomy for intrabiliary rupture of hydatid cyst of liver. // *Brit. J. Surg.* -2001 -Vol.74-N4-p. 243

190. Alper A., Emre A., Acarli K., Bilge O., Ozden I., Ariogul O. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid disease // *J Laparoendosc Surg*- 2001 Fed Vol. 6(1) - P. 29-33.

191. Alper A., Emre A., Acarli K., Bilge O., Ozden I., Ariogul O. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid disease initial results and early follow up of 16 patients // *World J Surg* 1999- Vol. 19(5) - P. 725-728.

192. Alther P. Beitrag zur Epidemiologic und Diagnose der Echinococcus multilocularis-infektion bei Endwirten. // *Dissertation Vet.Med., University of Zurich*-2001

193. Alwan M. Internal drainage in the treatment of intrabiliary communication of hydatid cyst of the liver, // *Int. Swy.* -2005 Vol.67 N4- p.456-458.

194. Amicucci G., Sozio M., Sozio A., Bocchio M., Rizzo F.M. Splenic localisation of an echinococcal cyst // *G Chir* 2005 - Vol. 18(89) -P.405-406.

195. Amicucci G, Sozio M., Sozio A., Bocchio M., Rizzo F.M. Cisti idatidee del lobo destro del fegato trattate con pericistectomie totali per via transparenchimale // G Chir 2005 Jan - Vol. 19(1-2) - P. 49-50.

196. Amman R. and Eckert J. Cestodes : Echinococcus. // Gastroenterology and Clinics in North America 25,2006 p. 655-689

197. Amman R.W. and Eckert J. Clinical diagnosis of echinococcosis in humans. In: Tompson RCA and Lymberi AH. (eds.)//Echinococcus and

198. Hydatid Disease. 2006 -pp. 411-463. CAB International. Wallingford Oxon U.K.

199. Amman R., Fleiner-Hofmann A., Grimm F. and Eckert J. Long-term mebendasole therapy may be parasidocidal in alveolar echinococcosis. // Journal of Hepatology 29, 2007 p. 994-998.

200. Angelescu N., Cristian D., Bordea A., Jitea N., Racoveanu I. Hydatid cyst of the head of the pancreas a clinical case // Chirurgia (Bucur) -2007 Sep- Vol. 92(5)-P. 325-330.

201. Angulo J.C., Escribano J., Diego A., Sanchez Chapado M. Isolated retrovesical and extrarenal retroperitoneal hydatidosis clinical study of 10 cases and literature review // J Urol 2006- Vol. 159(1)- P.76-82.

202. Anon. Echinococcose beim Menschen Schweiz 1984-1992. //Bulletin Bundesamt fur Gesundheitswesen (Bern-Liebefeld) Nr. 43,2001 p. 4-5.

203. Bahar R.H., Al-Mohannadi SH. et. al. Acute intrahepatic biliary obstruction caused by Hydatid cysts. Correlation Between Various Imaging

Techniques. //Clinical Nucle. Ar medicine., 2003 May -p. 334337.

204. Barrett N.J., & Smyth J.D. Observations on the structure and ultrastructure of sperm development in *Echinococcus multilocularis*, both in vitro. // Parasitology, 2004 87, li.

205. Barros G.L. Hydatid disease of the liver. // Amer. J. Surg.-2003, Vol. 135 p. 597-600

206. Bede O., Gellen B., Szenasi Z., Morvay Z., Farkas Z., Kovesdi J. Management of hydatid disease of the lung // Orv Hetil 1998 Jan - Vol. 139(2)-P. 75 -79.

207. Behari S., Banerji D., Phadke R.V., Shukla., Krishnani N., Chhadra D.K. Multiple infected extradural parasellar hydatid cysts // Surg Neurol -2004 Jul Vol. 48(1) - P. 53-57

208. Beggs J. The radiological appearances of hydatid disease of the liver Clin. Radiol. 2002, V. 34 N 5 - p. 555-563.

209. Belghiti G., Benhamen G., Henry S. et. al. Caustic sclerosing cholangitis. //Arch. Surg. 2003 Vol. 121 - p. 1162-1165.

210. Belzunegui J., Maiz O., Lopez L., Plazaola I., Gonzalez C., Figueora M. Hydatid disease of bone with adjacent joint involvement. A radiological follow up of 12 years // Br J Rheumatol 2004 Jan - Vol. 36(1)-P. 133-135

211. Ben Amor., Kohouk H. Et. al. Percutaneous Puncture of an Abdominal Hydatid Cysts. //JBR-BTR., 2004 - N70 (4) - p. 333-336

212. Ben Becher S., Cheour M., Ben Hassine L., Hlioui S., Houas F., Ghram N., Hammou A., Boudhina T. Cerebral hydatid cysts in children // Arch Pediatr- 2007 Nov.-Vol. 4(1)-p. 107-110.

213. Benejam Gual J.M., Rioja Sanz C., Cuesta Presedo J.M., Gil Martinez P., Bono. Primary retroperitoneal hydatidosis // Actas Urol Esp 2007

May - Vol. 21(5) - p.524-527.

214. Bengis RG Animal health risks associated with the transportation and utilisation of wildlife products // Rev Sci Tech 2006 Apr - Vol. 16(1) -p. 104-110.

215. Benjelloun A., Essodegui F., Ksiyer M. Orbital hydatid cyst. Apropos of a case//Ann Radiol (Paris)- 2005-Vol. 39(3) p. 131-134.

216. Bennani S., Ait Bolbarod A., el Mrini M., BenJelloun S Multiple bilateral renal hydatidosis. A case report // Ann Urol (Paris) 1995 - Vol. 29(3)-p. 150-153.

217. Benzarti M., Jerray M., Khirouni S., Soussi J., Ommezzine N., Mezghenni S., Hayouni A., Garrouche A., Klabi N. Primary calcified mediastinal hydatid cyst producing compression // Rev Mai Respir 2005 Jan-Vol. 14(1)-p.53-54.

218. Beskonakli E., Cayli S., Yalcinlar Y. Primari intracranial extradural hydatid cyst extending above and below the tentorium // Br J Neurosurg — 2007 Jun — Vol. 10(3)-p. 315-316.

219. Bourgeon R., Isman H., Bourgeon A. Cholangites sclerosantes et sequelles biliaries du kyste hudatigue du foie opere. //J. Chir. -2007,Vol. 129-N1-p. 3-9.

220. Bourgeon R., Isman H., Brisard M. Le perikyste et. al. Perikystectomie dans le traitmant an cours du kyste hudatigue du foie. A propos de 178 odservations personnelles. J. Chir. (Paris). 2008.,Vol-116 - p. 693-698.

221. Bruma M. Physico-chemical actions of lasers. //Med. Biol. Eng.- 2000, V.8-N9-p. 427-428

222. Caporale A., Ginliani A., Teneriello F. et. al Hydatid hepatotho racic fistulas. A report of 30 cases. //Ital. J. Surg. Sci. 2003, Vol. 17 - N4-p. 327-333.

223. Chamdra R.S., Chakracarti M., Mohan D. World incidence of hydatid disease in general and pulmonary hydatid desease in parti cular with special reference to India. //J. Indian Med. ass. 2008,V.55 - N6 - p. 212217.

224. Coltorti E.A. Standartisation and evaluation of an enzyme immu

noassay as a screening test for the seroepidemiology of human hydatidosis. // Trop. Med. Hyg. 2007, Sep., V. 35 - N5 - p. 1000-1005/

225. Constantini H., Bourgeon R., Rives G. Les indications de l'ablation du sae periparasitaire dans le traitement du KNF. // J. Chir. 2000 p. 66.

226. Couinaud C. Le foie : etude anatomique et chirurgicale. Paris:Masson edit, 1999,p. 207

227. Craig Ph.S. Epidemiology and diagnosis of cystic Echinococcosis. //International Symposium. Surgery of Echinococcosis. Khiva 1994 p. 1112.

228. Craig P.S. et al. Detection of specific circulating antigen immune complexes and antibodies in human hydatidosis from Turkana (Kenya) and Great Britain by enzyme-immunoassay. //Parasite Immunol., N8 1986-p. 311.

229. Dawson G.I., Stamatakis G.D., Stringer M.D. et al. Surgical treatment of hepatic disease. //Brit. J. Surg.-2002., V. 75 p. 946-950.

230. Debesse B., Dujon A. La pericystectomie au plus pres dans le traitement du kyste hydatidique du foie. //Ann. Chir.-2001., V.41 -N9 p.646.651.

231. Demirci S., et al. Comparison of the results of different surgical techniques in the management of hydatid cysts of the liver. //World J. Surg., 2002, V. 13 N1 - p. 88-89.

232. Deplazes P. and Eckert J. Diagnosis of the Echinococcus multilocularis infection in final hosts. // Applied Parasitology 37,2003, 245-252.

233. Deplazes P., Altherr P., Tanner I., Thompson RCA and Eckert J. Echinococcus multilocularis coproantigen detection by enzyme-Linked immunosorbent assay in fox, dog, and cat populations. // Journal of Parasitology 85,2005-p. 115-121.