



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№2 (87) 2016

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

PROBLEMS OF BIOLOGY AND MEDICINE

ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

***А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Ф.Г. Назиров, У.Н. Ташкенбаев, Т.Э. Останакулов,
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,
Ш.А. Юсупов***

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

*Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.*

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

*(99866) 233-71-75
(99866) 231-00-39*

Сайт

pbim.uz

e-mail

*redaksiya@pbim.uz
sammi-xirurgiya@yandex.ru*

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.*

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Аллаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятлов	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Rienmuller	(Австрия)
В.М. Розинлов	(Россия)
Л.М. Рошаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 30.04.2016.

Сдано в набор 20.05.2016.

Формат 60×84 1/8

Усл. п.л. 25,5

Заказ 61

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

А.М. ШАМСИЕВ, К.Э. РАХМАНОВ, Ж.А. ШАМСИЕВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан

ЖИГАР ЭХИНОКОККОЗИДА КОМПЛЕКС ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

А.М. ШАМСИЕВ, К.Э. РАХМАНОВ, Ж.А. ШАМСИЕВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

A.M. SHAMSIEV, K.E. RAKHMANOV, J.A. SHAMSIEV, Z.B. KURBANIAZOV

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот асосида 2003 йилдан 2015 йилгача СамМИ II сон клиникасида ҳар хил локализацияда жигар эхинококкози билан оғриган беморларни оператив даволаш натижалари ётади. 2003-2006 йй. 154 (36,1%) нафар бемор операция ўтказган. Бу беморлар назорат гуруҳини ташкил этди. Солиштириш гуруҳига 134 (31,4%) нафар бемор киритилган, улар 2007-2010 йй. оператив даво ўтказган. 2011-2015 йй. операция ўтказган беморлар асосий гуруҳга киритилди.

Натижалар. Операциядан кейинги асоратлар 2003-2006 йй. нисбатан деярли 5 мартага камайди 18,4% дан 4,0% гача. Операциядан кейинги узоқ даврда 12,9% беморда касаллик қайталаниши кузатилди, 2003-2006 йй. операция ўтказган беморларда бу кўрсаткич 28,2%га етди. Кейинги йилларда операция вақтида ва операциядан кейинги даврда касаллик қайталанишини олдини олиш чоралари ишлаб чиқилганлиги учун солиштириш гуруҳида рецидив кўрсаткичи 8,8%гача, асосий гуруҳда эса нольгача тушди.

Хулоса: Асосий гермицидлар ичида жигар паренхимасига деструктив ўзгариш чақирмайдиган, 70°C гача қиздирилган 80-100% глицерин тез ва самарали сколексоцид таъсирга эга. Жигар эхинококкози хирургиясида кичик кесимларга эътибор қаратиш керак. Жароҳат кенгайтирилиши керак бўлса операция вақтида УТТ ва видеоэндоскопиядан фойдаланиш керак. Жигардаги колдик бўшлиқни бартараф этиш учун таклиф этилган усул жигар анатомик бутунлигини сақлаш, жароҳатни камайтириш ва ятрогенияни камайтиришга имкон беради.

Калит сўзлар: *Жигар эхинококкози, хирургик даволаш, касаллик қайталанишини олдини олиш.*

Materials and methods. The study is based on the experience of surgical treatment of 427 patients with liver echinococcosis of various localization, operated in the II summit of the clinic from 2003 to 2015. In 2003-2006, we operated 154 (36.1%) patients. These patients were in the control group. The comparison group included 134 (31.4%) patients operated in 2007-2010. The study group included 139 (32.5%) patients operated in 2011-2015.

Results. Compared with the years 2003-2006, the frequency of postoperative complications decreased almost 5 times - from 18.4% to 4.0%. Relapses echinococcosis late after surgery occurred in 12.9% of patients and in the group operated in 2003-2006, this figure reached 28.2%. In subsequent years, against the backdrop of intra- and postoperative prevention of recurrence of the disease in the control group was reduced to 8.8%, and in the main group reduced to zero.

Conclusions: Among the most vivid and germicides skoleksotsidnoe quick impact provides 80-100% glycerol, heated to 70°C, which causes destructive changes in the adjacent parenchyma. The surgery of the liver echinococcosis preference should be given the topical minimal access, the possibility of which can be greatly enhanced by conducting intraoperative ultrasound and videoendoscopy assisting. Reduction of trauma intervention, the conservation of the affected organ anatomical integrity, reduce the frequency of iatrogenic contribute to the proposed method of suturing the residual liver cavities.

Keywords: *Echinococcosis of liver, surgical treatment, relapse prevention.*

Актуальность темы. «Научные достижения последних лет кардинально изменили подходы к диагностике и выбору метода лечения больных эхинококкозом. В настоящее время хирургия эхинококкоза включает в себя традиционные, видеоэндоскопические и чрескожные минимально инвазивные оперативные вмешательства» [1]. Этот тезис Резолюции XXII Международного Конгресса Ассоциации хирургов-

гепатологов стран СНГ прошедшего в сентябре 2015 года в Ташкенте диктует о значительном количестве работ, посвященных хирургическому лечению эхинококкоза. Несмотря на это на сегодняшний день не удалось заметно продвинуться в вопросах профилактики рецидива заболевания. Среди хирургов отсутствует единое мнение в определении понятия, причин, формы и характера рецидива, не достигнут консенсус в вопросах

интраоперационной противопаразитарной обработки стенки фиброзной капсулы, недостаточное внимание уделяется роли резидуальных кист [2, 3]. Не решены вопросы выбора оптимальной тактики хирургического лечения, снижения его травматичности, проведения послеоперационной реабилитации и диспансерного наблюдения больных с эхинококкозом, что, безусловно, подтверждает актуальность настоящего исследования.

Материалы и методы. В основу работы положен опыт хирургического лечения 427 больных эхинококкозом печени различной локализации, оперированных во II клинике СамМИ с 2003 по 2015 гг. В 2003-2006 гг. мы оперировали 154 (36,1%) больных, у которых обработка остаточной полости проводилась 2-5% раствором формалина. Эти пациенты составили контрольную группу. В группу сравнения включены 134 (31,4%) больных, оперированных в 2007-2010 гг., у которых для обработки остаточной полости использовался 80-100% глицерин подогретый до 70°C. В основную группу вошли 139 (32,5%) больных, оперированных в 2011-2015 гг., у которых остаточная полость при не осложненном эхинококкозе обрабатывалась горячим глицерином, а при осложненном эхинококкозе – горячим глицерином в сочетании с ультразвуком низкой частоты. Тактика лечения больных основной группы отличалась от таковой в контрольной и группе сравнения тем, что выбор оптимального хирургического доступа к кисте осуществлялся дифференцированно, а сам доступ был мало-травматичным. Кроме того, в основной группе проводилась химиотерапия в полноценном объеме. Применяли альбендазол в дозе 10–12 мг/кг/сут, рекомендованной ВОЗ (1983). Препараты назначали прерывистыми курсами (1 мес лечения и 15 дней – перерыв). Из общего числа (564) выявленных кист печени 62,9% локализовались на диафрагмальной, 26,2% – на висцеральной поверхности органа, 8,3% – внутривисцерально. В хирургии эхинококкоза печени с 2011 г. мы начали широко применять «топический минидоступ», осуществляемый максимально над проекцией выявленной кисты. Этот разрез использован у 98 (70,5%) больных основной группы. Подреберные и срединные минидоступы при необходимости можно расширить в любую из сторон в зависимости от интраоперационной находки. Важным подспорьем в расширении радикальности операции при использовании топического минидоступа является применение интраоперационного УЗИ, которое выполнено 39 (39,8%) больным с положительным результатом в 20,5% случаев. Увеличению угла операционного действия при топическом минидоступе

способствует использование возможностей фиброэндоскопической техники для тщательной ревизии остаточной полости, которая позволяет осмотреть под оптическим и цифровым увеличением (x20) труднодоступные для непосредственной визуализации карманы, камеры и складки фиброзной капсулы, выявить и удалить резидуальные зародышевые элементы и фрагменты кутикулярной оболочки. Фиброэндоскопическое ассистирование выполнено у 23 (23,5%) из 98 больных, преимущественно у лиц с дочерними кистами. Абсолютное большинство выполненных нами эхинококкэктомий (99,5%) носило органосохраняющий характер, и только в 0,5% случаев пришлось прибегнуть к резекции левой доли печени. При этом 430 (76,2%) остаточных полостей обработаны по типу закрытой эхинококкэктомии, и только 131 (23,3%) полости фиброзных капсул ушиты полузакрытым методом на дренаже (табл. 1). При ликвидации крупных кист диаметром более 4-5 см мы старались применять погружные швы в модификации клинки (Патент № 3322 по заявке ИИ ДР 9500498/1 от 22.05.1995) [4]. Более чем в половине случаев (55,3%) ликвидация лож паразита осуществлена по модифицированному в нашей клинике методу. Предложенную методику наиболее удобно применять при локализации кист на висцеральной поверхности печени (рис. 1). Этот способ хорошо зарекомендовал себя как органосохраняющая операция при гигантских кистах, занимающих всю долю.

Результаты. Усовершенствование выбора тактики хирургического лечения эхинококкоза печени не могло не отразиться на непосредственных результатах ведения этой категории пациентов. Так, по сравнению с 2003-2006 гг. частота послеоперационных осложнений снизилась почти в 5 раз – с 18,4% до 4,0%. Значительно меньше стали встречаться такие осложнения, как нагноение остаточной полости (в 8 раз), нагноение лапаротомной раны (в 2 раза), образование желчных свищей (в 3 раза), не было поддиафрагмальных абсцессов. Отдаленные результаты эхинококкэктомии из печени изучены в сроки от 1-го года до 14 лет у 369 (86,4%) из 427 оперированных больных. При этом судьбу 299 (81,0%) больных удалось проследить в сроки более 3-х лет. Рецидивы эхинококкоза в отдаленные сроки после оперативного вмешательства возникли у 12,9% пациентов, причем в группе лиц, оперированных в 2003-2006 гг., этот показатель достиг 28,2%. В последующие годы на фоне интра- и послеоперационной профилактики заболевания количество рецидивов в группе сравнения удалось снизить до 8,8%, а в основной группе свести к нулю (табл. 2)

Способы эхинококкэктомии из печени

Способ эхинококкэктомии	Группа больных						Всего удаленных кист	
	контрольная		сравнения		основная			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Идеальная эхинококкэктомия	-	0,0	1	50,0	1	50,0	2	0,3
Резекция печени	1	100,0	-	0,0	-	0,0	1	0,2
Закрыва́тая эхинококкэктомия (глухое ушивание остаточной полости)								
Ликвидация остаточной полости по методу клиники	64	24,4	94	35,9	104	39,7	262	46,4
Ушивание остаточной полости	72	42,8	51	30,3	45	26,8	168	29,8
Полузакрыва́тая эхинококкэктомия (ушивание остаточной полости до дренажной трубки)								
Ликвидация остаточной полости по методу клиники	45	50,6	35	39,3	9	10,1	89	15,8
Ушивание остаточной полости	15	35,7	5	11,9	22	52,4	42	7,4
Всего кист	197	100,0	186	100,0	181	100,0	564	100,0

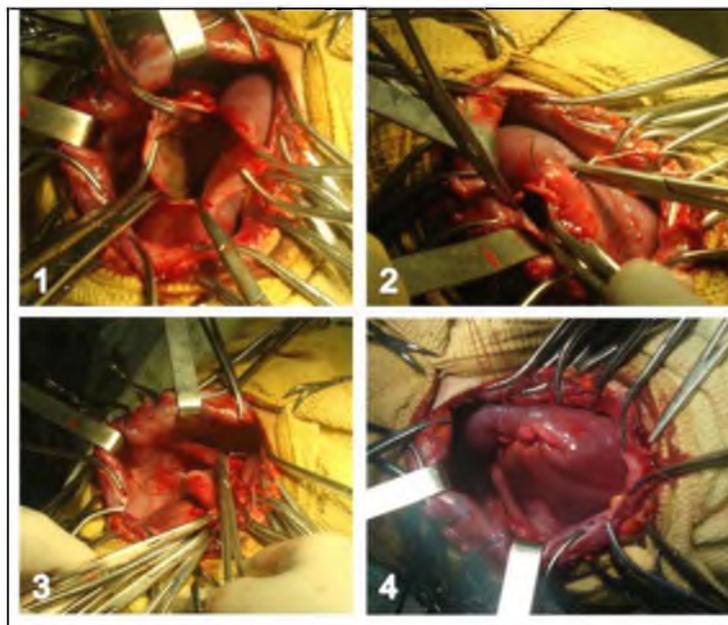


Рис. 1. Этапы наложения погружных швов в модификации клиники: 1) остаточная полость эхинококка на правой доле печени; 2) наложение погружного шва на правую от хирурга стенку фиброзной капсулы; 3) наложение шва на левую стенку капсулы; 4) завершающий этап ушивания остаточной полости.

Как правило, рецидив заболевания диагностируется в сроки 3-7 лет, только у 12 (9,1%) больных из контрольной группы повторное развитие паразита выявлено через 7-14 лет после первичной операции, при этом диаметр кист не превышали 6 см, чаще 3-5 см, что указывало скорее на реинвазию, нежели на истинный рецидив. При исследовании желудочной секреции у 10 из 12 больных гипоацидное состояние констатировано у 9 из них, и только у одной больной была нормоцидная кислотность желудочного сока. Выявленная закономерность сроков развития рецидива эхинококкоза определяет минимальный (обязательный) срок послеоперационного диспансерного наблюдения: осмотр следует проводить в течение 7 лет, а в последующем лица с гиперацидным и нормоцидным состояниями могут быть выведены из наблюдения. Те рецидивы эхинококкоза, которые возникли в той же

доле органа, мы условно связали с дефектами антипаразитарной обработки остаточной полости паразита. Такие рецидивы наблюдались у 40,4% больных (табл. 2). Проведен анализ взаимосвязи локализации рецидивных кист с местом первичного поражения у 30 больных повторным эхинококкозом печени. При этом локализация рецидивной кисты лишь у 26,7% больных совпала с посегментарной локализацией первичной кисты, что позволило исключить абсолютное доминирование роли фиброзной капсулы в генезе рецидивного течения заболевания. Вероятность развития рецидива при этом, возможно, связана с тем, что первичное поражение печени изначально могло быть множественным, а развитие только одной паразитарной кисты связано с ее доминированием, конкурентно подавляющим рост остальных кист.

Частота рецидивов и сравнительный анализ локализации рецидивных кист

Локализация рецидивной кисты	Группа больных						Всего, n=369	
	контрольная, n=131		сравнения, n=113		основная, n=125			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
В оперированной доле	14	10,7	5	4,4	-	-	19	8,1
В контралатеральной доле	9	6,9	2	1,8			11	
Имплантационный эхинококкоз брюшной полости	12	9,2	2	1,8	-	-	14	3,8
В легких	2	1,5	1	0,9	-	-	3	0,8
Всего	37	28,2	10	8,8	-	-	47	12,7

Выводы:

1. Гипоацидное состояние желудочного сока является значимым фактором риска развития эхинококкоза – в 90% случаев оно ассоциируется со сниженной кислотообразующей функцией желудка.
2. Среди основных гермицидов наиболее яркое и быстрое сколексоцидное воздействие оказывает 80-100% глицерин, подогретый до 70°C, который не вызывает деструктивных изменений прилежащей паренхимы.
3. В хирургии эхинококкоза печени предпочтительнее отдавать топическому минидоступу, возможности которого можно значительно расширить путем проведения интраоперационного УЗИ и видеоэндоскопического ассистирования. Снижению травматичности вмешательства, сохранению анатомической целостности пораженного органа, уменьшению частоты ятрогении способствует предложенный метод ушивания остаточных полостей печени.
4. Применение предложенного комплекса способствует снижению частоты послеоперационных осложнений с 18,4 до 4,0% при эхинококкозе печени, сокращению продолжительности хирургического вмешательства, уменьшению сроков стационарного лечения в два раза.
5. В 90,9% случаев рецидив эхинококкоза диагностируется в сроки 3-7 лет после операции. Только за счет интраоперационной обработки остаточной полости глицерином подогретой до 70°C удается снизить частоту рецидива эхинококкоза с 28,2 до 8,8%, а применение горячего глицерина в сочетании с послеоперационной химиотерапией позволяет случаи рецидива вести к нулю.

Литература:

1. Резолюция XXII Международного конгресса Ассоциации гепатопанк-реатобилиарных хирургов стран СНГ «Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии» // *Анналы хирургической гепатологии*. 2015; 20 (4): 128-131.
2. Вишневецкий В.А., Ефанов М.Г., Икрамов Р.З., Назаренко Н.А., Чжао А.В. Эхинококкоз печени.

Хирургическое лечение // *Доказательная гастроэнтерология*. 2013. №2. С. 18-25.

3. Назыров Ф.Г., Девятов А.В., Акбаров М.М., Махмудов У.М., Бабаджанов А.Х. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени // *Анналы хирургической гепатологии*. 2011; 16(4): С. 19-24.

4. Шамсиев Ж.А. Пути улучшения результатов хирургического лечения и профилактики рецидивов эхинококкоза у детей. Дис. д-ра. мед. наук. Ташкент 2015; С. 253.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

А.М. ШАМСИЕВ, К.Э. РАХМАНОВ,
Ж.А. ШАМСИЕВ, З.Б. КУРБАНИЯЗОВ

Материалы и методы. В основу работы положен опыт хирургического лечения 427 больных эхинококкозом печени различной локализации, оперированных во II клинике СамМИ с 2003 по 2015 гг. В 2003-2006 гг. мы оперировали 154 (36,1%) больных. Эти пациенты составили контрольную группу. В группу сравнения включены 134 (31,4%) больных, оперированных в 2007-2010 гг. В основную группу вошли 139 (32,5%) больных, оперированных в 2011-2015 гг.

Выводы: Среди основных гермицидов наиболее яркое и быстрое сколексоцидное воздействие оказывает 80-100% глицерин, подогретый до 70°C, который не вызывает деструктивных изменений прилежащей паренхимы. В хирургии эхинококкоза печени предпочтение следует отдавать топическому минидоступу, возможности которого можно значительно расширить путем проведения интраоперационного УЗИ и видеоэндоскопического ассистирования. Снижению травматичности вмешательства, сохранению анатомической целостности пораженного органа, уменьшению частоты ятрогении способствует предложенный метод ушивания остаточных полостей печени.

Ключевые слова: Эхинококкоз печени, хирургическое лечение, профилактика рецидива.