Ибрагимов Шерзод Умидович
студент лечебного факультета
Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

Ганиева Азиза Бурхонбой кизи
студентка лечебного факультета
Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОТИВОПАРАЗИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Введение: Одной из наиболее распространенных причин паразитарных инвазий печени, встречающихся в хирургической практике, является эхинококкоз. По данным ВОЗ, ежегодно, в мире заболевает эхинококкозом около трех миллионов человек. Узбекистан относится к числу регионов, эндемичных в отношение эхинококкоза. Климатические, географические, социальные и экономические условия традиционно сложились таким образом, что на территории республики существует ряд зоонозных очагов с разной степенью напряженности эпизоотических процессов. При этом заболеваемость людей эхинококковой болезнью прямо пропорционально коррелирует с напряженностью эпизоотического процесса в зоонозных очагах. В настоящее время, хирургический метод лечения эхинококкоза печени, в подавляющем большинстве случаев, является методом выбора. Однако, операция представляет собой фактор риска, который определяется рядом причин: состоянием больного, локализацией паразитарных очагов, числом предшествующих операций.

Актуальность: Эхиноккокоз печени, являясь тяжелым заболеванием, может осложниться развитием рецидивных кист. Повторные хирургические вмешательства при эхинококкозе отличаются технически значительной сложностью, а при определенных обстоятельствах (множественное поражение и неоднократные рецидивы) приводят к инвалидности и даже к смерти пациентов. Широкий диапазон частоты рецидивов (от 3% до 54%), по данным различных авторов, обусловлен множеством факторов: патогенностью возбудителя, особенносями лечения и профилактики. К сожалению, до настоящего времени, отсутствует единый подход к этиологическим причинам рецидива. Выделяют метастатическую, имплантационную, резидуальную, реинвазивную теорию рецидива. Достоверно определить причину происхождения рецидивных кист, существующими на данный момент методами, невозможно. Вернее, отсутствуют достоверные методы определения причин рецидива. Установление же причины развития рецидива будет способствовать правильному выбору тактики хирургического лечения и эффективности профилактики благодаря «прицельному» воздействию.

В связи с вышесказанным, наиболее существенным и важным в профилактике рецидивов, независимо от причин их возникновения, представляется химиотерапия. Начиная с 1983 г., широкое распространение в мире получил противогельминтный препарат Альбендазол, назначаемый с целью лечения и противорецидивной профилактики эхинококкоза. На территории стран СНГ, этот препарат, так же был рекомендован к применению в качестве лечебного и профилактического средства во время конгресса Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ в 2014 г.

Наибольшее распространение получила следующая схема применения Альбендазола:

препарат назначается в дозе 10-20 мг/кг веса в сутки, количество курсов от 3 до 10 с перерывом в 14-15 дней. Эта схема согласуется со схемой, предложенной Horton (1989) и одобренной ВОЗ.

Анализ международной литературы показал, что Альбендазол, попав в организм человека, не оказывает прямого действия, но, быстро, подвергается биотрансформации. В настоящее время известно, что в организме человека альбендазол (АБЗ) превращается в альбендазолсульфоксид (АБЗ-СД), обладающий противогельминтным действием. Последний, в свою очередь, метаболизируется в не имеющий биологической активности альбендазол-сульфон (АБЗ-СН). Затем, АБЗ-СН гидроксилируется и большей частью выводится с желчью и мочой.

Применение препарата имеет ряд побочных эффектов хорошо описанных в литературе, что заставляет многих больных, досрочно, бросать его приём. Известные способы профилактики эхинококкоза Альбендазолом в зависимости от тяжести течения (солитарный, множественный), по данным литературы, показывают свою эффективность в пределах 40% - 70%. Обусловлено это тем, что метаболизм Альбендазола в организме протекает по-разному из-за уникальных морфологических, физиологических и биохимических свойств каждого человека, обусловленных генетическим полиморфизмом. Предложенную стандартную схему назначения Альбендазола (в дозе 10-20 мг/кг веса в сутки, количество курсов 3-10 в год с перерывом в 14-15 дней, на практике, используют по-разному, поскольку до сих пор не разработаны единые критерии, что так же не улучшает результаты лечения.

Помимо перорального примененияя Альбендазола, достаточно широкое распространение, особенно среди хирургов, активно применяющих малоинвазивные методики, получило местное применение препарата в качестве гермицида контактного действия. Как правило, применяется иньекционное введение раствора 10% Альбендазола и 20% гипертонического раствора в полость кисты с последующей его аспирацией или без таковой. Не смотря на свою простоту выполнения, методика имеет ряд негативных моментов, проявляющихся, в том числе, в виде нагноительных процессов.

С целью обойти негативные аспекты, связанные с применением Альбендазола в пероральном или иньекционном виде, нами была разработана методика химиотерапии, основанная на контактной антипаразитарной обработке ткани печени Альбендазолом и пероральном применении этого препарата в «малых» дозах (5 мг\кг\сут.) и проведено исследование ее эффективности с целью профилактики возникновения рецидивов эхинококкоза печени у больных, поступавших в Клинику хирургических болезней №1 СамМИ в период с 2017 по 2020 гг.

Сущность методики состоит в том, что благодаря тампонированию раневой поверхности печени губкой Спонгостан, обработанной раствором Альбендазола, достигается длительное местное воздействие лекарственным препаратом на патологический очаг. В соответствии с ней, мы пропитывали стерильную губку Спонгостан размером 7х5х1 см 50 мл 0,9% физиологического раствора с растворенным в нем Альбендазолом в концентрации 10 μg/mL. Концентрация Альбендазола в 10 μg/mL является эффективной и безопасной для пациента, что было доказано многочисленными экспериментами Erzurumlu et al.

В исследование вошли пациенты, имевшие:

1. множественные кисты;
2. кисты с дочерними пузырями в качестве содержимого;
3. обызвествленные кисты;
4. кисты больших и средних размеров;
5. пациенты, имевшие подтвержденный Echinoccocus Hominis в качестве этологического фактора;

6. случаи рецидивного эхинококкоза печени;

Все пациенты, вошедшие в исследование, были разделены нами на 2 группы: основную и сравнения. В группу сравнения были включены 45 пациентов с эхинококкозом печени, принимавших Альбендазол по стандартной схеме: 10-12 мг/кг веса в сутки (не более 800 мг в сутки), три курса по 28 дней с интервалом между курсами в 14 дней. В основную группу вошли 42 больных эхинококкозом печени, которым, на ровне с пероральным назначением в послеоперационном периоде Альбендазола в дозе 5 мг\кг\сут выполнялась антипаразитарная контактная обработка стенок остаточной полости этим препаратом по нашей методике. После выписки из стационара больные брались под диспансерное наблюдение с УЗИ, ИФА контролем и исследованием биохимических показателей функционального состояния печени (АЛТ, АСТ) каждые 6 месяцев в течении 1,5-2 лет. По результатам исследования, рецидив заболевания возник у 5 пациентов из группы сравнения. У пациентов из основной группы рецидива заболевания отмечено не было. Случаев местных и общих осложнений у пациентов, подвергнутых лечению по нашей методике, так же не было отмечено.

Заключение: не смотря на небольшой обьем выполненного исследования, применение «малых» доз Альбендазола в сочетании с использованием этого препарата в качестве местного гермицидного средства по разработанной методике показало наличие положительного противорецидивного эффекта от их применения.

Список использованных источников:

1. Hemphill, A., Stadelmann, B., Rufener, R., Spiliotis, M., Boubaker, G., Müller, J., ... & Gottstein, B. (2014). Treatment of echinococcosis: albendazole and mebendazole–what else?. *Parasite*, *21*.
2. Mitura, K., Romańczuk, M., Kisielewski, K., & Mitura, B. (2022). eTEP-RS for incisional hernias in a non-robotic center. Is laparoscopy enough to perform a durable MIS repair of the abdominal wall defect?. *Surgical endoscopy*, 1–9. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00464-022-09365-w.
3. Boudjema, K., Locher, C., Sabbagh, C., Ortega-Deballon, P., Heyd, B., Bachellier, P., Métairie, S., Paye, F., Bourlier, P., Adam, R., Merdrignac, A., Tual, C., Le Pabic, E., Sulpice, L., Meunier, B., Regimbeau, J. M., Bellissant, E., & METASYNC Study group (2021). Simultaneous Versus Delayed Resection for Initially Resectable Synchronous Colorectal Cancer Liver Metastases: A Prospective, Open-label, Randomized, Controlled Trial. *Annals of surgery*, *273*(1), 49–56. https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003848.
4. Ibragimov, S. (2020). REFLECTIONS AND THOUGHTS OF MEDIEVAL SCIENTISTS ON THE IMPORTANCE OF A HEALTHY LIFESTYLE. *InterConf*.
5. Breuing, K., Butler, C. E., Ferzoco, S., Franz, M., Hultman, C. S., Kilbridge, J. F., ... & Ventral Hernia Working Group. (2010). Incisional ventral hernias: review of the literature and recommendations regarding the grading and technique of repair. *Surgery*, *148*(3), 544-558.
6. Van der Linden, F. T., & Van Vroonhoven, T. J. (1988). Long-term results after surgical correction of incisional hernia. *The Netherlands Journal of Surgery*, *40*(5), 127-129.
7. Ibragimov, S. (2022). CONJUGATED TREATMENT OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS IN ADULTS FROM 26 TO 80. *Grail of Science*, (12-13), 658-659.
8. Ibragimov, S. (2021). HEART DAMAGE IN PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATUS. *Збірник наукових праць ΛΟГОΣ*.
9. Shankaran, V., Weber, D. J., R Lawrence Reed, I. I., & Luchette, F. A. (2011). A review of available prosthetics for ventral hernia repair. *Annals of surgery*, *253*(1), 16-26.
10. Ibragimov, S., & Makhmudova, A. (2020). Legal culture-the basis for the rule of law. *Збірник наукових праць ΛΟГОΣ*, 129-132.