

Наиболее информативным методом для подобной диагностики является динамическая гепатобилисцинтиграфия в комплексе с УЗИ, ЭРПХГ и данными фракционного дуоденального зондирования. В клинической картине больных с дискинезиями желчных протоков преобладают общевегетативные или дизэнцефальные симптомы с явлениями вегетативной дистонии с жалобами на кратковременные боли в правом подреберье и наличием зон кожной гиперестезии на фоне нормальной температурной реакции и отсутствия изменений в анализах крови. Общий принцип лечения данной группы пациентов состоит в улучшении нейрогуморальных регуляторных механизмов желчевыделения, устранении дистонии вегетативной нервной системы и патологических рефлексов мускулатуры желчных протоков и сфинктеров, а также невротических и дизэнцефальных расстройств.

На первое место в лечебной схеме данных пациентов выходит назначение желчегонных и желчсекреторных препаратов в сочетании с комплексом физиотерапевтических процедур. Им также рекомендуется назначение по показаниям препаратов, влияющих на тонус гладкой мускулатуры, из группы миотропных спазмолитиков (одестон), седативных, либо тонизирующих средств. Нередко хороший эффект дают назначения этим больным умеренных доз транквилизаторов и ганглиоблокаторов [6].

В заключение, резюмируя наш опыт, следует отметить, что основной причиной возобновления болей после холецистэктомии являются не устраненные во время первой операции стенотические поражения БДС или стриктуры ТОХ, а также не учитываемые и не устраненные сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта, требующие хирургической коррекции. Первое связано с неправильной оценкой данных интраоперационных холангиограмм и, как следствие

этого, отсутствие необходимого вмешательства на БДС или ТОХ. Второе — с необоснованным отказом от расширения объема необходимого вмешательства и не выполнением сочетанной корригирующей операции.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Балалыкин, А. С. Неудачи, ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии: В сб.: Лапароскопическая хирургия: Матер. Междунар. конгресса / А. С. Балалыкин [и др.]. — М.: РНЦХ, 1993. — С. 47–52.
2. Дедерев, Ю. М. Желчнокаменная болезнь / Ю. М. Дедерев, В. И. Прохоров, И. П. Крылова. — М., 1982. — С. 174.
3. Лазебник, Л. Б. Потребность в медицинской помощи после оперативных вмешательств на желудке и желчном пузыре (обзор литературы и собственные данные) / Л. Б. Лазебник, М. И. Копанева, Т. Б. Ежова // Терапевтический архив — 2004. — Т. 2. — С. 83–87.
4. Минушкин, О. Н. Дисфункциональные расстройства билиарного тракта: патофизиология, диагностика и лечебные подходы / О. Н. Минушкин. — М., 2004. — С. 22.
5. Петровский, Б. В. Ошибки, опасности и трудности в хирургии желчных путей: Матер. Междунар. конф. / Б. В. Петровский, О. П. Милонов. — М., 1982. — С. 4–7.
6. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения / Под общ. ред. В. Т. Ивашкина. — М.: Литера, 2003. — С. 375–380.
7. Ревакин, В. И. Осложнения и летальность после эндоскопической папиллосфинктеротомии: опыт 1300 операций / В. И. Ревакин [и др.] // Российский симпозиум «Внутрипросветная эндоскопическая хирургия». — М., 1998. — С. 67–69.
8. Родионов, В. В. Калькулезный холецистит / В. В. Родионов, М. И. Филимонов, В. М. Могучев. — М.: Медицина, 1991. — С. 320.
9. Фомин, Д. К. Гепатобилисцинтиграфия в диагностике и определении тактики лечения желчнокаменной болезни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 24 с.
10. Lambert, M. Endoscopic sphincterotomy: the whole truth / M. Lambert // Br. J. Surg. — 1991. — Vol. 78. — P. 473–476.

Поступила 3.01.2006

УДК:616.36.-002.951.21-002.9

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПРОТИВОПАЗИТАРНАЯ ОБРАБОТКА ПОЛОСТИ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Габиша Саиф Али

Гомельский государственный медицинский университет
Госпиталь «Аль Наср», г. Ибб, Республика Йемен

Проанализированы результаты сочетанного (операция + химиотерапия) лечения 18 больных эхинококкозом печени, оперированных в период с 2002 по 2005 годы в хирургическом отделении госпиталя «Аль Наср» (г. Ибб, республика Йемен).

Ключевые слова: альбендазол, эхинококкоз.

ANTIPARASITIC INTERNAL OPERATION FOR THE CLEANING OF THE ECHINOCOCCOSIS CAVITY IN HEPATIC ECHINOCOCCOSIS

Ghabisha Saif Ali

Gomel State Medical University
«Al-Nasr» Hospital, Ibb City, Yemen

We, at Surgery Department, «Al-Nasr» Hospital, Ibb City, Yemen, studied the findings of using (the operation + chemical therapy) to treat 18 patients were suffering from (Echinococcosis). Operations were performed for them from 1999–2005.

Key words: albendazol, echinococcosis.

Введение

Эхинококкоз печени является тяжелым паразитарным заболеванием, которое до настоящего времени остается серьезной медицинской и народнохозяйственной проблемой во многих регионах мира, включая Р. Йемен. В последние десятилетия наблюдается тенденция к распространению этого заболевания не только среди сельского, но и городского населения, причем в большинстве случаев среди лиц молодого и зрелого возрастов. Ведущую роль в этиологии рецидивов эхинококковой болезни играют зародышевые элементы эхинококка, обсеменяющие органы и ткани больного в результате повреждения стенки эхинококковой кисты, а также неполного обезвоживания содержимого остаточной полости фиброзной капсулы паразита во время операции с целью профилактики рецидива заболевания для интраоперационного обезвреживания зародышевых элементов (протосколексов и ацефалоцитов) эхинококка.

Жизненный цикл и развитие эхинококка

Возбудителем эхинококка является личиночная стадия ленточного гельминта из семейства цепней. Жизненный цикл *Echinococcus granulosus* (синоним эхинококк гидатидный, или однокамерный) также, как и родственного вида возбудителя, совершается со сменой двух хозяев. Имагинальная (половозрелая) стадия возбудителя паразитирует в тонкой кишке плотоядных животных (собаки, волки, шакалы и др.), которые являются окончательными (дефинитивными) хозяевами паразита. Она представляет собой мелкую цестоду белого цвета длиной 3,4–6,18 мм, шириной — 0,47–0,98 мм. *E. granulosus* состоит из головки, шейки и 3–4 члеников, из которых первые два бесполое, а третий содержит гермафродитную систему органов (яичник, желточник, семенники и др.). Последний членик является половозрелым, имеет матку, в которой находится от 400 до 800 яиц овальной формы, содержащих шестикрючный зародыш — онкосферу.

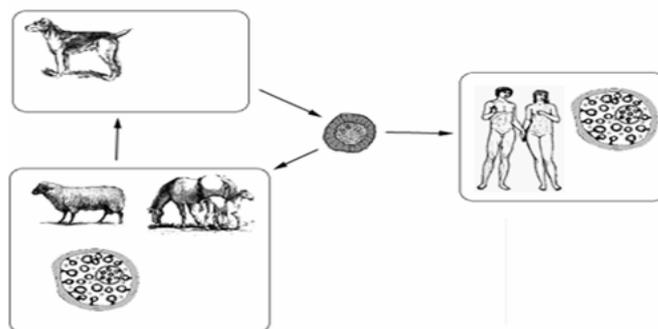


Рис. 1. Схема жизненного цикла развития паразита

Личиночная (пузырчатая) стадия паразита — ларвоциста (эхинококковая киста) — вегетирует в тканях домашних животных (крупный и мелкий рогатый скот, верблю-

ды, лошади, свиньи и др.) или диких травоядных животных (лось, олени и др.), а также человека, которые являются промежуточными хозяевами. Эхинококковая киста

состоит из внутренней зародышевой (герминативной) оболочки и наружной, кутикулярной, содержит бесцветную жидкость, в которой плавают зрелые зародыши — сколексы. При попадании в кишечник плотоядных животных (окончательных хозяев) сколексы образуют половозрелую стадию паразита, а при попадании в ткани человека и травоядных животных (промежуточных хозяев) в результате разрыва кисты образуют новые ларвоцисты. Эхинококковая киста может быть диаметром от нескольких миллиметров до 35–40 см и содержать в просвете множество мелких дочерних пузырей, в которых, в свою очередь, могут находиться внучатые паразитарные кисты. В благоприятных условиях развития, что чаще наблюдается при локализации эхинококковых кист в ткани легких, дочерние пузыри и зародышевые сколексы отсутствуют, и подобные кисты называют ацефалоцистами.

Вокруг эхинококковой кисты в результате реакции тканей хозяина формируется фиброзная капсула, которая препятствует увеличению в размерах ларвоцисты. Нередко в толще фиброзной капсулы откладываются соли кальция, в ряде случаев происходит обызвествление всей капсулы. Яйца эхинококка имеют значительную устойчивость к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды, сохраняя полную жизнеспособность во влажном и сухом климате при температуре воздуха от -2° до 20° от 3 до 6 мес. Обычные дезинфекционные средства не эффективны, и только кипячение в течение 20 с вызывает гибель онкосфер [1].

Сочетанное применение хирургических и химиотерапевтических способов лечения эхинококкоза печени является наиболее перспективным направлением в паразитарной гепатологии. Большинство хирургов широко используют 2% раствор формалина, хотя его побочные действия не редки и получили достаточно широкое освещение в специальной литературе. Так, давно известно, что обработка полости кисты формалином оказывает токсическое аллергическое действие. Исследования последних лет показали, что зародышевые элементы эхинококка даже после двух часовой обработки в 3–5% растворе формалина сохраняют свою жизнеспособность. Большое количество рецидивов заболева-

ния и неудовлетворенность результатами интраоперационного использования гермицидных препаратов заставили искать новые способы обработки кисты (настойка йода, этиловые спирт, раствор сулемы, перекись водорода риванол, трипафлавин). Однако их широкое применение ограничивается низкой противопаразитарной активностью или высокой токсичностью. По нашему мнению, особое место при обезвреживании зародышевых элементов занимает новый противопаразитарный препарат альбендазол, жидкая лекарственная форма которого разработана нами.

Механизм действия. *Альбендазол*, препарат группы карбаматбензимидазолов, нарушает функцию микротубулярного аппарата клетки, вызывая повреждение тубулинового белка, вследствие чего угнетается транспорт глюкозы и фумаратредуктазы, что лежит в основе подавления клеточного деления на стадии метафазы и приводит к угнетению яйцекладки и гибели личинок гельминтов.

Альбендазол характеризуется низкой абсолютной абсорбцией. При всасывании он трансформируется в альбендазол сульфодоксид, который присутствует в плазме и тканях в высоких концентрациях. Именно это соединение обеспечивает высокую эффективность препарата.

Переносимость **Альбендазола** изучалась на экспериментальных животных. Установлено, что препарат в дозах 25 мг/кг массы тела и выше угнетает лейкопоз, вызывая эмбриотоксическую и тератогенную активность без нарушений в постнатальном периоде. Репродуктивная способность самцов не нарушается, не обнаружено и морфологических изменений семенников. Не выявлено токсического влияния **Альбендазола** на другие органы и системы. Однако при длительном применении высоких доз препарата развивается жировая дистрофия гепатоцитов. Установлено, что препарат не обладает мутагенным эффектом. Альбендазол всасывается в течение 9,4 часа, удерживается в организме — 17,3 часа, что обеспечивает его высокую концентрацию в органах и тканях.

В эксперименте была установлена эффективность **Альбендазола** в отношении большинства кишечных и тканевых нематод и тканевых цестод. Лечебные дозы препарата много ниже токсических доз, что позволило

рекомендовать его для практического применения. Многочисленные клинические испытания подтвердили высокую эффективность и хорошую переносимость **Альбендазола**.

Материалы и методы

Нами в течение 2002–2005 гг. изучена в госпитале «Ал-Наср» (Р. Йемен, Иббская область) эффективность применения жидкой смеси альбендазол при интраопераци-

онной обработке полости паразитарной кисты при хирургическом лечении эхинококкоза печени. Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Хирургическому лечению подвергались 18 больных обоего пола с одиночными эхинококковыми кистами, которые располагались в правой доле — у 6 больных, в левой — у 4, в обеих долях — у 8.

Таблица 1

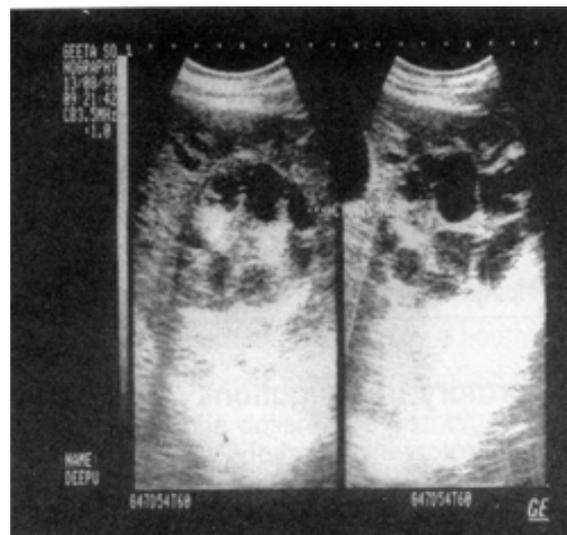
Количество больных	Пол		Возраст
	М	Ж	
18	20	8	18–45

У больных эхинококкозом печени исследовали сыворотку крови и суточную мочу до и после операции по методике Т. С. Пасхиной для определения содержания сво-

бодных аминокислот. В диагностике применяли комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ) [2].



А



Б

Рис. 2. А — Томограмма печени с эхинококковой кистой;

Б — Ультрасонограмма печени с эхинококковой кистой и сколексами в просвете

Всем пациентам выполнены следующие хирургические вмешательства:

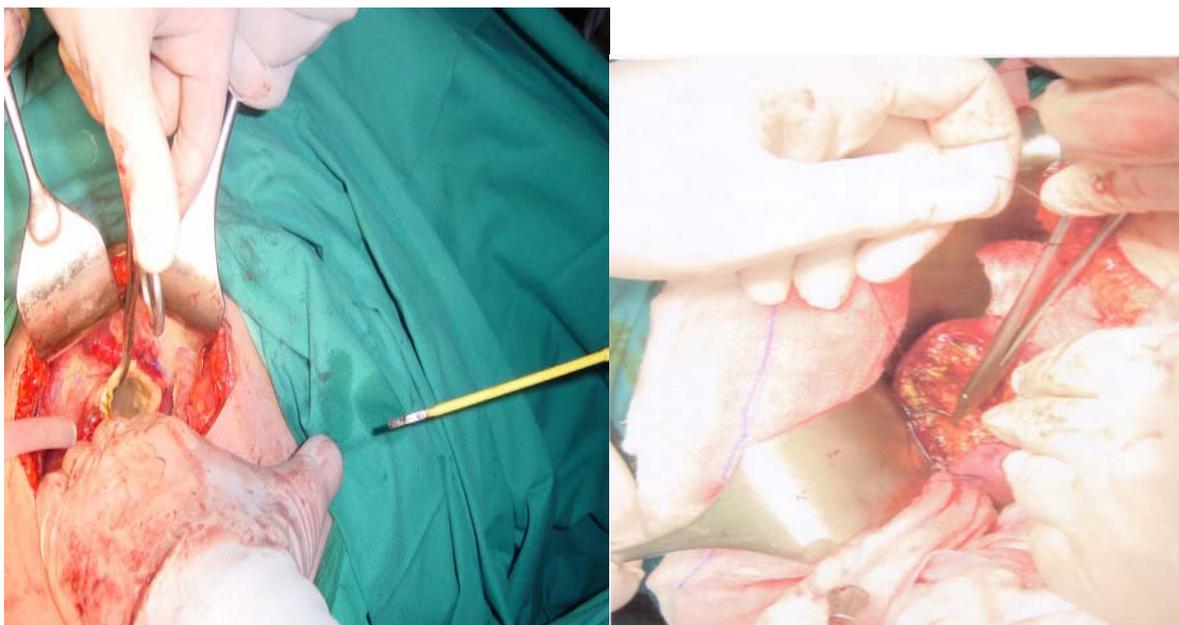
— перицистэктомия (полное удаление кисты с неповрежденной хитиновой оболочкой) — у 3 больных преимущественно с небольшими размерами (до 8 см) паразитарных кист;

— закрытая эхинококкэктомия с ушиванием остаточной полости или частичным

ее дренированием либо тампонированием сальника на ножке (полузакрытая эхинококкэктомия) — у 10 пациентов;

— открытая эхинококкэктомия с частичным иссечением фиброзной капсулы и марсупиализацией кисты — в 4 случаях;

— одному пациенту с гигантской паразитарной кистой, занимающей всю левую долю печени, произвели ее анатомическую резекцию [3].



А

Б

Рис. 3. А — выделение кисты при эхинококкэктомии;
Б — ушивание остаточной полости в печени после удаление кисты

В послеоперационном периоде всем больным независимо от типа выполненной операции проводили курс общей химиотерапии противопаразитарным препаратом альбендазолом в дозировке 15 мг/кг в течение 5 дней. Разработанную нами жидкую лекарственную форму препарата применяли во время операции и в послеоперационном периоде при открытых эхинококкэктомиях для обработки внутренней поверхности паразитарных кист и остаточных полостей перед их ушиванием [4].

Результаты и обсуждения

По данным литературы (Б.В. Петровский и соавт., 1985), летальность при хирургическом лечении эхинококкоза печени достигает 6%, а рецидив заболевания возникает в 3,6–8,0% случаев.

В наблюдаемой группе больных послеоперационные осложнения и летальность отсутствовали, а в сроки от 6 месяцев до 3 лет рецидивов заболевания не было, что связано с сочетанным применением хирургического и химиотерапевтического методов лечения. Таким образом, дополнение хирургического вмешательства курсом химиотерапии эффективным противопаразитарным препаратом и его местным применением в виде разработанной нами жидкой

лекарственной формы при лечении эхинококкоза печени позволяет предупредить развитие послеоперационных осложнений и рецидивов заболеваний.

Заключение

Дополнение хирургического вмешательства курсом общей химиотерапии альбендазолом в сочетании с интра- и послеоперационным применением разработанной нами жидкой лекарственной формы этого противопаразитарного препарата при лечении эхинококкоза печени является высокоэффективной комбинацией хирургического и химиотерапевтического методов лечения, которая обеспечивает полное излечение больных и позволяет предупредить развитие послеоперационных осложнений и рецидивов заболеваний.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Дейнека, И. Я. Эхинококкоз человека / И. Я. Дейнека. — М. : Медицина, 1968. — 226 с.
2. Коваленко, Ф. П. Эхинококкозы: методы исследования, лечения, профилактики / Ф. П. Коваленко, Ш. А. Разаков. — М. : Медицина, 1990. — 127 с.
3. Петровский, Б. В. Хирургия эхинококкоза / Б. В. Петровский, О. Б. Милонов — М. : Медицина, 1985. — 38 с.
4. Akin, M. L. Liver ehinococcosiss // S. R Army med. corp. — 1998. — Vol. 144, № 3. — P. 139–143.

Поступила 18.10.2006