RESEARCH JOURNAL OF TRAUMA AND DISABILITY STUDIES

Volume: 3 Issue: 7 | July–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Меры Профилактики Рецидива После Хирургического Лечения Эхинококкоза Печени

Рахманов Косим Эрданович, Раджабов Жасур Пардабаевич
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Давлатов Салим Сулаймонович, Усмонов Амирбек Усмонович
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

Резюме: По данным Всемирной организации здравоохранения, «в мире эхинококкозом поражено более 1 млн человек, при этом среди различных органов и тканей в 44-84% случаев процесс локализуется в печени». Клиническое исследование составили 371 больных с эхинококкозом печени. Оптимизация тактики хирургического лечения эхинококкоза печени, с учетом выбора доступа, способа обработки и ликвидации остаточной полости, а также коррекции курса профилактической химиотерапии позволило улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 12,5% до 4,3% и рецидива заболевания с 11,9% до 2,6%. Клинически обосновано коррекция дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза печени у пациентов с сопутствующей хронической диффузной патологией печени позволившая снизить вероятность развития побочных реакций с 52,7% до 18,3%, и соответственно показателей печеночных аминотрансфераз: АЛТ в группе сравнения с 1,14±0,11 до 0,62±0,05 ммоль/л в основной группе и АСТ с 0,72±0,07 до 0,52±0,04 ммоль/л..

Ключевые слова: Эхинококкоз печени, хирургическое лечение, химиотерапия.

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения, «в мире эхинококкозом поражено более 1 млн человек, при этом среди различных органов и тканей в 44-84% случаев процесс локализуется в печени» [5, 11-18, 30]. В связи с отсутствием тенденции к снижению числа больных и существованием эндемичных регионов, где показатель заболеваемости варьирует от 1,2 до 9,0 на 100.000 населения это паразитарное заболевание продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой [1-3, 15-21, 29-32]. На современном этапе диагностика эхинококкоза печени (ЭП) не представляет значительных трудностей, во многом благодаря появлению методов неинвазивной визуализации, информативность комплексного применения которых достигает 95-100% [7, 22-28]. Однако отсутствие настороженности в отношении эхинококкоза способствует поздней диагностике, а, следовательно, увеличению осложненных форм заболевания [2, 4]. «Однако достаточно высокая частота послеоперационных осложнений (34-50%) и многочисленные случаи послеоперационных рецидивов заболевания (15-64%) свидетельствуют о недостаточной эффективности и надежности распространенной хирургической тактики» [7, 18, 32]. В свете вышеизложенного становится очевидной необходимость усовершенствования известных и разработка новых эффективных мер профилактики и лечения этого грозного заболевания.

Материал и методы. Клиническое исследование составили 371 больных с ЭП. Из 371 больных в 2005-2008 гг. оперировано 145 (39,1%), которые составили 1-подгруппу группы сравнения. Во 2-ю подгруппу группы сравнения включены 111 (29,9%) больных, оперированных в 2009-2012 гг., у которых для обработки остаточной полости

Volume: 3 Issue: 7 | July–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

использовали 80-100% глицерин комнатной температуры. В основную группу вошли 115 (31,0%) больных, оперированных в 2013-2017 гг., у которых остаточная полость при неосложненном эхинококкозе обрабатывалась горячим глицерином, подогретым до 60^0С, а при осложненном – горячим глицерином в сочетании с ультразвуком низкой частоты.

Результаты и обсуждение. Абсолютное большинство выполненных эхинококкэктомий (99,8%) носило органосохраняющий характер, и только у 1 (0,2%) пациента пришлось прибегнуть к резекции левой доли печени. В подходящих ситуациях не упускали возможность выполнения идеальной эхинококкэтомии – 2 (0,3%) паразитарных кист было удалено вылущиванием целой хитиновой оболочки. В наших наблюдениях 412 (77,6%) остаточных полостей обработаны по типу закрытой эхинококкэктомии и только 116 (21,8%) фиброзных капсул было ушито полузакрытым методом на дренаже.

Химиотерапию альбендазолом начинали не позже 1 месяца после оперативного лечения. В группе сравнения послеоперационная химиотерапия проведена 112 (43,8%) больным по традиционной схеме. На фоне лечения отмечено повышение средней концентрации АСТ и АЛТ после первого курса химиотерапии, соответственно до 0,55±0,05 и 0,88±0,08 ммоль/л. Паренхиматозная желтуха наблюдалась у 3 (2,7%) больных, диспептические симптомы отмечались у 41 (36,6%) больного и у 2 (1,8%) больных развилась обратимая аллопеция, при этом в 16 (14,3%) случаев потребовалось отмена профилактического лечения. При этом следует подчеркнуть, что повышение трансаминаз было характерно для больных, страдающих или ранее страдавших заболеваниями печени.

Из 112 у 54 (48,2%) больных выявлено наличие сопутствующей хронической диффузной патологии печени. Учитывая этот факт, в основной группе проводилась коррекция дозы альбендазола с учетом исходного функционального состояния печени. При циррозе печени, а также в случаях с исходным (до операции) повышением печеночных ферментов, альбендазол применялся в дозе 5 мг/кг/сут. В свою очередь, при развитии изменений в биохимических показателях крови или клинических проявлениях токсического эффекта на фоне стандартной дозы альбендазола, пациентам также изменяли схему лечения до 5 мг/кг/сут. В основной группе хронические диффузные заболевания печени выявлены в 51,3% случаев. Исходно сниженные дозы альбендазола были применены у 11 (9,6%) пациентов, а снижение традиционной дозы на фоне биохимических изменений потребовалось еще 21 (18,3%) больному. В целом химиотерапию по предложенной схеме получили 32 (27,8%) пациента основной группы. Коррекция дозы у больных с побочными явлениями способствовала нормализации биохимических показателей и снижению риска токсических проявлений на фоне химиотерапии. Исследования показали, что вероятность развития побочных реакций на фоне химиотерапии альбендазолом по клиническим и лабораторным показателям составила 52,7% (59 больных в группе сравнения), что обусловлено токсическим эффектом препарата и наличием сопутствующей хронической диффузной патологии печени, при этом в 14,3% потребовалась отмечена лечения, в свою очередь возможность коррекции дозы позволила снизить это значение до 18,3% (21 пациент в основной группе) и соответственно обеспечить полноценный курс антипаразитарной терапии (критерий χ^2 = 26.703; p<0,001). Мониторинг печеночных аминтрансфераз также показал достоверное отличие этих показателей в группах сравнения. Так уровень АЛТ в группе сравнения составил 0,88±0,08 ммоль/л против 0,51±0,04 ммоль/л в основной группе (p<0,001), показатели АСТ достоверно не отличались, при этом среди пациентов с сопутствующей хронической патологией печени значени АЛТ составило – 1,14±0,11 против 0,62±0,05 ммоль/л (p<0,001) и АСТ – 0,72±0,07 против 0,52±0,04 ммоль/л (p<0,05). Из 236 больных, обследованных в отдаленные сроки, рецидив эхинококкоза отмечен у 21 (8,9%) больного, при этом в группе пациентов, оперированных в 2005-2008 гг., этот

Volume: 3 Issue: 7 | July–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

показатель достигал 16,3%, что было обусловлено отсутствием профилактической химиотерапии.

Анализ мировой литературы показывает, что в настоящее время нет точных критериев, позволяющих классифицировать вновь выявленные паразитарные кисты как реинвазивные, резидуальные, имплантационные или метастатические. Чтобы приблизительно ориентироваться в природе вновь выявленных в отдаленном периоде кист, мы изучили взаимоотношения локализации рецидивных и первично удаленных кист. Те рецидивные кисты, которые развивались в зоне предыдущего вмешательства, условно можно связать с недостатками апаразитарной и антипаразитарной техники первичного вмешательства. Если рецидив возникает в другой доле оперированного органа или в другом органе, то такие кисты, вероятнее всего, прогрессируют из микроскопических ларвоцист. Благодаря применению мер профилактики заболевания частоту рецидивов заболевания удалось снизить во 2-подгруппе группы сравнения до 5,9%, а в основной группе до 2,6%.

Таким образом, разработанный способа профилактической химиотерапии позволил улучшить качество оказываемой помощи за счет снижения частоты ближайших послеоперационных осложнений с 12,5% (32 пациента в группе сравнения) до 4,3% (5 пациентов в основной группе) (критерий $\chi 2 = 4.954$; Df=1; p=0,027) и рецидива заболевания с 11,9% (19 пациентов в группе сравнения) до 2,6% (у 2 пациентов в основной группе) (критерий $\chi 2 = 4.692$; Df=1; p=0,031).

Выводы. Экспериментальные исследования на 32 овцах показали, что в отдаленных от первичного эхинококковой кисты участках печени выявлено наличие микроскопически идентифицируемых зародышевых микрокист, что может привести к развитию рецидива заболевания после удаления крупных кист.

Стимулирование пролиферативно-продуктивной клеточной реакции вокруг зародышевой кисты паразита с угнетающим воздействием при применении альбендазола в дозе 20 мг/кг происходит в течение 2 недель, тогда как при дозе 10-15 и 5-7 мг/кг эффект наступал к 3-4 неделе наблюдения, что позволяет корректировать рекомендованную дозу альбендазола (10-12 мг/кг) в случаях возможного риска развития токсических реакций (диффузные заболевания печени) с учетом пролонгирования курсового лечения.

Клинически обосновано коррекция дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза печени у пациентов с сопутствующей хронической диффузной патологией печени позволившая снизить вероятность развития побочных реакций с 52,7% до 18,3% ($\chi 2 = 26.703$; $p<0,001$), и соответственно показателей печеночных аминтрансфераз: АЛТ в группе сравнения с 1,14±0,11 до 0,62±0,05 ммоль/л ($p<0,001$) в основной группе и АСТ с 0,72±0,07 до 0,52±0,04 ммоль/л ($p<0,05$).

Литература:

1. Ахмедов Р. и др. К тактике хирургического лечения множественного и рецидивного эхинококкоза //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2012. – №. 1 (68). – С. 24-25.
2. Ахмедов Р. М. и др. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т. 15. – №. 3. – С. 99-104.
3. Ахмедов Р. М. Мирходжаев И. А. Хамдамов Б. З. Осложненный эхинококкоз. – 2006.
4. Ахмедов Р. М. Хамдамов Б. З., Иноятов Х. Х. Эффективность применения Повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии печени //Биология и интегративная медицина. – 2016. – №. 1. – С. 28-39.

Volume: 3 Issue: 7 | July–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

5. Ахмедов Р.М., Хамдамов Б.З., Мирходжаев И.А., Очилов У.Б. Хирургия осложненного эхинококкоза// Бухара 2016 г. “Дурдона” нашриёти. 180 б.
6. Давлатов С.С. Миниинвазивная хирургия и химиотерапия эхинококкоза легких// 1 съезд хирургов Урала (сборник тезисов)- 26-27 ноября- 2015 г. Челябинск. Журнал «Непрерывное медицинское образование и наука» - 2015. - Т.10. - №3. - С. 13-14.
7. Давлатов С.С., Рахманов К.Э., Азимов Р.Р. Исследование морфологических модификаций эхинококкоза печени// Проблемы биологии и медицины. – 2015. - № 4. (85). - С. 43-44.
8. Курбаниязов З. Б. и др. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза легких //Актуальные вопросы современной пульмонологии. Материалы конференции. – 2018. – С. 107.
9. Курбаниязов З. и др. Миниинвазивная хирургия и химиотерапия эхинококкоза легких //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2014. – №. 3 (79). – С. 37-38.
10. Мирходжаев И. А., Абдуллаходжаева М. С., Хамдамов Б. З. Использование липосомальной формы альбендазола в хирургии эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 120а-120.
11. Рахманов К. Современные взгляды на патологию эхинококкоз печени //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 3 (102). – С. 179-182.
12. Рахманов К. и др. Хирургическая тактика у больных эхинококкозом печени //Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 1. – №. 4. – С. 130-136.
13. Рахманов К. Э. и др. Химиотерапия в послеоперационном периоде в профилактике рецидива эхинококкоза печени //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2022. – Т. 3. – №. 1.
14. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза печени// Материалы XXIV Международного конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, Санкт-Петербург, 19-22 сентября - 2017 г. - С. 230.
15. Сафоев Б. и др. Влияние ультрафиолетового облучения на резистентность патогенных микроорганизмов //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2011. – №. 3 (66). – С. 144-145.
16. Тоиров А.С., Хамдамов Б.З., Бабажанов А.С. Инновационный метод обработки остаточных полостей после эхинококкэктомии печени. Биология ва тиббиёт муаммолари 2021, №6.1 (133). –С. 376-380.
17. Умаркулов З. З. и др. Роль диапевтических методов в диагностики и результатов хирургического лечения больных паразитарными и непаразитарными кистами печени //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
18. Умаркулов З. З. и др. Роль диапевтических методов в хирургическом лечении кистозных образований печени //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
19. Умаркулов З. З., Хамидов О. А., Давлатов С. С. Диапевтические методы в хирургическом лечении кистозных образований печени //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 6. – С. 108-112.

Volume: 3 Issue: 7 | July–2024 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

20. Умаркулов З. З., Хамидов О. А., Давлатов С. С. Результаты анализа хирургического лечения больных кистозными образованиями печени //Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2023. – №. 6. – С. 133-137.
21. Хамдамов А. Б., Тоиров А. С., Мирходжаев И. А. Фотодинамик терапиянинг эхинококк натив суюқлигига таъсирининг морфологик жиҳатлари //Биология и интегративная медицина. – 2022. – №. 4 (57). – С. 158-173.
22. Шамсиев А. и др. Современные аспекты морфологии, диагностика рецидивного эхинококкоза печени //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 3 (84). – С. 188-193.
23. Шамсиев А. М. и др. Дифференцированная лечебная тактика в хирургии эхинококкоза печени //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2020. – №. 5 (177). – С. 72-77.
24. Шамсиев А. М. и др. Эхинококкоз печени: частота встречаемости, патогенез, классификация, диагностика и лечение (Обзор литературы) //Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – №. 17,№ 3. – С. 126-133.
25. Шамсиев А., Шамсиев Ж., Рахманов К. Анализ отдаленных результатов хирургического лечения эхинококкоза печени //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2019. – №. 1 (107). – С. 127-130.
26. Шамсиев А.М. и соавт. Совершенствование хирургического лечения эхинококкоза печени // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент. - 2017. - №1. - С. 2-5.
27. Шамсиев А.М. и соавт. Экспериментальное обоснование эффективной терапевтической дозы альбендазола для профилактики рецидива эхинококкоза // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд. - 2018. - №3(102). - С. 151 - 156.
28. Шамсиев Ж. А. и др. Результаты хирургического лечения эхинококкоза печени //European science. – 2017. – №. 7 (29). – С. 49-54.Abdurakhmanov D. S., Rakhmanov Q. E., Davlatov S. S. Surgical tactics in patients with liver echinococcosis // Electronic Innovation Bulletin. – 2021. – №. 4. – С. 15-19.
29. Nazyrov F. G. et al. Шляхи покращення результатів хірургічного лікування ехінококкоза печінки //Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2018. – Т. 8. – №. 3 (29). – С. 39-43.
30. Shamsiev A. M. et al. Differentiated treatment tactics in surgery of liver echinococcosis //Experimental and Clinical Gastroenterology. – 2020. – Т. 174. – №. 5. – С. 72-77.
31. Shamsiev A. M. et al. Эхинококкоз печени: частота встречаемости, патогенез, классификация, диагностика и лечение (обзор литературы) //Клінічна та експериментальна патологія. – 2018. – Т. 17. – №. 3.
32. Zarifovich K. B. et al. Лазерная фотодинамическая терапия как метод обработки остаточной полости после эхинококкэктомии печени //Journal of biomedicine and practice. – 2022. – Т. 7. – №. 4.