доступ, минимальная травматизация, хороший косметический эффект, быстрое восстановление в послеоперационном периоде).

Литература:

1. Доржиев Б.Д. Ранняя антенатальная диагностика и лечение врожденной диафрагмальной грыжи по материалам детского хирургического отделения городской клинической больницы скорой медицинской помощи. / Доржиев Б.Д. // – Бюллетень ВСНЦ СО РАМН №4-2, 2011. – 63-65 с.

2. Исакова Ю.Ф. Детская хирургия: Национальное руководство / Ю.Ф.Исакова, А.Ф.Дронова // – М.:ГЭОТАР-Медия, 2014.-280-287с.

3. Разумовский А.Ю. с соавт. Сравнительный анализ лечения новорожденных с врожденной диафрагмальной грыжей после пластики диафрагмы открытым и эндоскопическим способами. / Разумовский А.Ю. //– Детская хирургия №3, 2012. – 4-8 с.

4. Тарасов А.Ю. с соавт. Эндоскопические операции при диафрагмальных грыжах у детей. / А.Ю. Тарасов // - Детская хирургия N 6, 2012. – 21-23с.

5. Троян В.В. Диафрагмальные грыжи у детей (клиника, диагностика, лечение): / В.В. Троян, Э.М. Колесников, Ю.М. Гриневич // Учебно-методическое пособие. – Мн.: БелМАПО, 2006. – 45 с. 5 ил.

УДК: 616.24-002.951.21 -089.844- 617

К.Э. Рахманов

**ЗНАЧЕНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВА
ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

Кафедра хирургических болезней №1 и онкологии
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

K.E. Rakhmanov

**VALUE CHEMOTHERAPY IN PREVENTING RECURRENCE LIVER
ECHINOCOCCOSIS**

Department of oncology and surgical diseases №1
Samarkand State medical institute
Samarkand, Uzbekistan

Контактный e-mail: sammi-xirurgiya@yandex.ru

Аннотация. Анализу подвергнуты результаты лечения 513 больных, оперированных в отделении хирургии клиники Самаркандского Государственного медицинского института за последние 10 лет. По поводу первичного эхинококкоза печени оперировано 379 больных. Доля первично-множественного эхинококкоза составила 26,9%. Большая доля рецидивных

эхинококковых кист в удаленных от первичного очага сегментах (56,5%) и даже поражение другой доли (17,5%) ставят под сомнение роль фиброзной капсулы первичной кисты как основного фактора рецидива заболевания.

Annotation. Are analyzed results of treatment of 513 patients operated on in the hospital surgery department of the Samarkand State Medical Institute in the past 10 years. With regard to the primary echinococcosis liver operated on 379 patients. The share of primary multiple echinococcosis was 26.9%. A large proportion of recurrent hydatid cysts in remote segments of the primary tumor (56.5%) and even share another lesion (17.5%) have questioned the role of the fibrous capsule of the primary cyst as the main factor for disease recurrence.

Ключевые слова: эхинококкоз, рецидив, профилактика.

Keywords: echinococcus, relapse prevention.

Введение

Современное состояние хирургии эхинококкоза печени нельзя признать удовлетворительным, поскольку после первично выполненных операций наблюдается значительное число рецидивных форм, приводящих к повторным операциям [2, 3]. По данным разных авторов, частота рецидивов после хирургического лечения эхинококкоза различной локализации составляет примерно 10% и колеблется в пределах 3 – 54% [1, 5]. Наиболее сложную проблему представляют повторные и многократные рецидивы эхинококкоза, при которых возможен летальный исход.

Цели исследования – оценить значение химиотерапии в профилактике рецидива эхинококкоза печени

Материал и методы

Аналізу подвергнуты результаты лечения 513 больных, оперированных в отделении хирургии клиники Самаркандского Государственного медицинского института за последние 10 лет (2006-2015 гг.). По поводу первичного эхинококкоза печени оперировано 379 (73,9%) больных. Доля первично-множественного эхинококкоза составила 26,9% (n = 102).

Повторно по поводу эхинококкоза печени и органов брюшной полости оперировано 134 больных: по поводу рецидивного – 74 (55,2%), резидуального – 13 (9,7%), диссеминированного эхинококкоза брюшной полости – 7 (5,2%), по поводу имплантационного эхинококкоза – 39 (29,1%), по поводу реинвазивного эхинококкоза – 1 (0,7%). Из них 19 ранее были оперированы в нашем отделении, т.е. на 379 первичных операций частота рецидива составила 5,0%. Остальные 115 больных, поступивших на повторное оперативное лечение, были ранее оперированы в других хирургических учреждениях.

Всем поступившим больным производился комплекс клинических, лабораторных и инструментальных исследований. Среди инструментальных методов исследования применялись рентгенография, УЗИ и КТ.

В зависимости от размеров эхинококковых кист, их числа и локализации, стадии развития эхинококкового паразита, характера осложнений, состояния фиброзной капсулы, общего состояния больных были использованы различные

способы эхинококкэктомии и методы ликвидации остаточной полости.

Для интраоперационной обработки гидатидных кист наиболее надежным и пригодным для практического применения оказался 80–100% глицерин, подогретый до температуры 70⁰С. Глицерин активен даже при значительном разведении, гарантирует большую его надежность, что экспериментально доказано [4]. Выявлено, что горячий раствор глицерина вызывает гибель 100% протосколексов в течение 1±0,2 мин, а полное истребление ацефалоцист наступает в среднем через 3±0,5 мин экспозиции.

Результаты и их обсуждение

Из всей группы оперированных больных, 207 пациентов ограничены хирургическим вмешательством, им химиотерапия не проводилось (2006 – 2008 гг.). У всех остальных 306 оперированных больных химиотерапия проведена в полноценном объеме (2008 – 2015 гг.). Применяли альбендазол в дозе 10–12 мг/кг/сут, рекомендованной ВОЗ (1983). Препараты назначали прерывистыми курсами (1 мес лечения и 15 дней – перерыв). Число курсов лечения в каждом наблюдении подбирали строго индивидуально в зависимости от размера, числа и характера кист. Во время лечения регулярно (1 раз в 15 дней) проводили клинические, лабораторные исследования.

Контроль за состоянием оперативного участка осуществлялся путем динамического УЗИ и КТ каждые 3 мес в течение 1 года наблюдения и каждые 6 мес в последующие годы.

У больных без химиотерапии частота рецидива, составила 9,7% (n = 20). У больных после профилактической химиотерапии рецидивы отмечены лишь в 3 (0,9%) случаях. В остальных наблюдениях (n=303) после проведенного курса послеоперационной химиотерапии в сроки наблюдения от 1 года до 5 лет рецидива заболевания не отмечено.

Проведен анализ взаимосвязи локализации рецидивных кист с местом первичного поражения у 23 больных повторным эхинококкозом. При этом локализация рецидивной кисты лишь у 26% 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.

Выводы:

1. Первичная операция по поводу эхинококкоза печени без вспомогательной профилактической химиотерапии, проведенная даже в условиях современного высокотехнологичного хирургического учреждения, не гарантирует от рецидива заболевания.

2. Применение противорецидивной химиотерапии в послеоперационном периоде производными бензимидазольных карбаматов (альбендазол) позволяет

свести к минимуму частоту рецидивов заболевания. Показанием к применению лечебной изолированной химиотерапии при эхинококкозе печени как альтернативе хирургическому лечению могут быть эхинококковые кисты до 5 см в диаметре.

3. Рецидивный эхинококкоз печени, строго связанный с областью первичной локализации паразитарной кисты, составил 26,0% от всех рецидивных форм. Большая доля рецидивных эхинококковых кист в удаленных от первичного очага сегментах (56,5%) и даже поражение другой доли (17,5%) ставят под сомнение роль фиброзной капсулы первичной кисты как основного фактора рецидива заболевания.

Литература:

1. Ахмедов И.Г. Рецидив эхинококковой болезни: патогенетические аспекты. Профилактика, ранняя диагностика и лечение // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2006, №4. С. 52-57.

2. 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, том 16. №4. С. 19-24.

3. Шамсиев А.М., Курбаниязов З.Б., Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Современные аспекты морфологии, диагностика рецидивного эхинококкоза печени // Проблемы биологии и медицины, 2015, №3 (84). С. 191-196.

4. Шамсиев Ж.А. «Пути улучшения результатов хирургического лечения и профилактики рецидивов эхинококкоза у детей» Дисс. на соиск. док. мед. наук. Ташкент 2015, С. 286.

5. Teggi A., Di Vico V. Treatment of human cystic echinococcosis with benzimidazole carbamates // XXth International Congress of Hydatilology/ 2001. 4–8 June. Kusadasi (Turkey), 2001. P. 45–46.

УДК 61:615.035.4

Е.Н.Родионов, А.А. Засорин

Периоперационная антибиотикопрофилактика хирургических пациентов

НУЗ «Дорожная клиническая больница»

Уральский государственный медицинский университет

Кафедра хирургических болезней.

г.Екатеринбург, Российская Федерация

E.N. Rodionov, A.A. Zasorin

Perioperative antibiotic prophylaxis of surgical patients

MSH "Road Clinical Hospital"

Ural State Medical University

Ekaterinburg, Russia