Возвращение активности глутатионредуктазы на уровень контрольных величин у больных в группе ААС7+Г не находит отрицательного отражения в концентрации восстановленного глутатиона.

Таким образом, в условиях применения в схеме лечения больных алкоголизмом синтетического аналога глутатиона происходит более ранняя активация естественного механизма рециклирования глутатиона, которая, однако, не сопровождается таким же ранним восстановлением содержания глутатиона, что может свидетельствовать о необходимости проведения дальнейших исследований данного препарата в области коррекции дозы препарата.

1. Couto N, Wood J., Barber J. The role of glutathione reductase and related enzymes on cellular redox homeostasis network. Free Radic. Biol. Med. 2016; 95: 27-42. Doi: 10.1016/j.freeradbiomed.2016.02.028.
2. Li S., Tan H., Wang N., Zhang Z., Lao L., Wong C., Feng Y. The Role of Oxidative Stress and Antioxidants in Liver Diseases. Int. J. Mol. Sci. 2015; 16(11): 26087-26124. Doi: 10.3390/ijms161125942.
3. Lu S. Glutathione synthesis. Biochim Biophys Acta. 2013; 1830 (5): 3143-3153. Doi: 10.1016/j.bbagen.2012.09.008.

Нажмуудинов З.З., Гусейнов А-К.Г.

Наш опыт лечения больных с эхинококкозом печени

*ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава
России
(Россия, Махачкала)*

doi: 10.18411/lj-08-2019-28

idsp: ljjournal-08-2019-28

Аннотация

Цель исследования внедрение в клинику современных- малоинвазивных методов лечения пациентов с эхинококкозом печени.

Материалы и методы. Представлены результаты хирургического лечения 32 больных с эхинококкозом печени по методике PAIR. Все пациенты, поступившие в клинику РКБ ЦСМП за 2016-2018 г. Всем пациентам применены малоинвазивные методы лечения эхинококкоза печени, чрескожная пункция и дренирование эхинококковых кист печени под ультразвуковым наведением. Для технического обеспечения данной процедуры использовали ультразвуковые аппараты экспертного класса: GE, Logik P5 или Hitachi Arietta и стандартные конвексные датчики с частотой 2,5–5,5 МГц, без специальных средств фиксации и наведения устройства для дренирования полостных образований.

Результаты. Методы малоинвазивных вмешательств имеют большое преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, снижение количества послеоперационных осложнений, уменьшение сроков пребывания пациентов в стационаре.

Заключение. Накопленный нами небольшой опыт применения пункционно-аспирационной эхинококкэктомии в лечении пациентом с эхинококковыми кистами печени, позволяет рекомендовать данный метод лечения к более широкому применению, а так же активно внедрять данную методику в Республиканских клиниках. Единственное условие, это наличие инструментального обеспечения экспертного класса и квалификация специалиста.

Ключевые слова: эхинококковые кисты печени, чрескожная пункция, ультразвуковое исследование.

Abstract

The purpose of the study is the introduction in the clinic of modern, minimally invasive methods of treating patients with liver echinococcosis.

Materials and methods. The results of surgical treatment of 32 patients with liver echinococcosis are presented by the PAIR method. All patients admitted to the clinic of the RSC CSCP for 2016-2018. All patients used minimally invasive methods of treatment of liver echinococcosis, percutaneous puncture and drainage of liver zhinokokkovykh cysts under ultrasound guidance. For technical support of this procedure, ultrasound devices of expert class were used: GE, Logik P5 or Hitachi Arietta and standard convex sensors with a frequency of 2.5–5.5 MHz, without special means of fixation and guidance of the device for drainage of abdominal formations.

Results. Methods of minimally invasive interventions have a great advantage over traditional operations: low invasiveness, early activation of patients, reduction in the number of postoperative complications, reduction of patient stay in the hospital.

Conclusion. The accumulated little experience of using puncture-aspiration echinococectomy in the treatment of patients with echinococcal cysts of the liver, allows us to recommend this method of treatment for wider use, as well as actively implement this technique in the Republican clinics. The only condition is the availability of instrumental support of the expert class and the qualification of a specialist.

Key words: hepatic hydatid cysts, percutaneous puncture, ultrasound procedure.

Актуальность.

Эхинококкоз печени – широко распространенное паразитарное антропоозоозное заболевание, частота которого в эндемических регионах не имеет тенденции к уменьшению. Высокая частота послеоперационных осложнений, достигающая до 57 % [1-3], рецидивы заболевания, варьирующие в пределах от 3 до 54 % [2,4] сопровождаются многократными повторными операциями и приводят к стойкой инвалидизации больных. Особое значение эхинококкоз имеет в эндемических регионах, к которым также относится Республика Дагестан, где частота заболевания с каждым годом увеличивается [5].

В настоящее время общепризнано, что основным и наиболее эффективным в лечении больных с эхинококковыми кистами печени остается хирургический метод [2-4]. Вместе с тем в последнее десятилетие традиционному оперативному методу лечения больных с эхинококковыми кистами печени широко применяется альтернативный метод, известный с 1996 года, метод основан на малоинвазивных технологиях, заключается в чрескожной пункционно-аспирационной эхинококкэктомии под УЗ наведением [3-5] PAIR. ВОЗ постоянно работает над разработкой эффективных стратегий борьбы с кистозным эхинококкозом. На сегодня существует четыре варианта лечения кистозного эхинококкоза:

1. чрескожное лечение гидатидных кист с использованием методики PAIR (пункция, аспирация, инъекция, реаспирация);
2. хирургическое вмешательство;
3. терапия противоинфекционными препаратами;
4. наблюдение.

Цель исследования внедрение в клинику малоинвазивных методов лечения пациентов с эхинококкозом печени.

Материалы и методы

До января 2016 года, всем пациентам с эхинококкозом печени мы проводили традиционное (полостное) хирургическое лечение. Эти пациенты у нас составили группу сравнения. Характер проводимых операции следующий; эхинококкэктомия с тампонадой остаточной полости прядью сальника, резекцию пораженной части печени, при краевом расположении кисты, левостороннюю гемигепатэктомию, при

изолированном поражении доли печени. Доступом, как правило, пользовались верхнесрединным.

При операции соблюдали принципы антипаразитарности, для обработки остаточной полости применяли 96% глицерин с экспозицией 8-10 минут или формалин, обязательным условием являлось надежное отграничение эхинококковой кисты марлевыми тампонами от брюшной полости.

После эхинококкэктомии свободные части фиброзной капсулы иссекали, остаточная полость, после тампонады прядью сальника на ножке, дренировалась трубками 12-14 Fr. с боковыми отверстиями, края ложа кисты сводились узловыми швами.

На 7-9 сутки после операции через дренажную трубку проводилась фистулография для контроля динамики облитерации полости. При наличии остаточной полости, пациенты выписаны с дренажными трубками. Они удалялись после полной облитерации остаточной полости, в среднем через 1,5-2 месяца.

По литературным данным и на основании собственного материала результатов хирургического лечения пациентов с эхинококкозом печени, следует отметить, что пока традиционный-инвазивный метод лечения эхинококкоза печени остается преобладающим.

Результаты лечения и наблюдения за основной группой пациентов.

В период с января 2016 г. по апрель 2019 г. в клинике хирургических болезней ФПК ППС на базе отделения абдоминальной хирургии РКБ ЦСЭМП находились на лечении 32 пациента с эхинококкозом печени. Всем пациентам, за этот период, мы проводили чрескожные пункции и дренирование эхинококковых кист печени под УЗ наведением.

Возраст больных от 29 до 72 лет, из них женщин — 29 (90%), мужчин — 3 (10%). Одиночные паразитарные кисты печени наблюдались в 22 случаях (70 %), две и более — в 10 (30 %), размеры варьировали от 2,5 до 12см в диаметре. При солитарном эхинококкозе печени поражение правой доли печени отмечалось у 21 (65,6%) пациента. Первичный эхинококкоз был выявлен у 28 (87%), рецидивный — у 4(13%) пациентов.

Применяемое нами оперативное пособие, пункционно-аспирационный метод дренирование эхинококковых полостей, методика PAIR, рекомендуется при кистах I, II и III клинической группы. Пациенты предварительно должны быть подвергнуты противопаразитарной химиотерапии. При наличии противопоказаний для проведения PAIR альтернативой является традиционное хирургическое лечение. Кисты III клинической группы при не осложненном течении подлежат наблюдению, если же имеется подозрение в отношении жизнеспособности кист или их прорыва в полые структуры, применяют PAIR. Согласно классификации ВОЗ от 2010 года.

С 2016 года в РКБ ЦСЭМП выполняются пункционно-аспирационная эхинококкэктомия под УЗ наведением. Размеры эхинококковых кист в исследуемой группе варьировались от 2,5 до 12 см. На рис.1 показаны УЗИ эхинококковых кист правой доли печени.

Рис.1

У 21 (66,6%) больных было поражение правой доли, у 5 (15,6%) — левой, в 4(12,5%) случаях эхинококковая киста располагалась в обеих долях печени. Рецидивная форма эхинококкоза печени установлена у 2 (6,3%) пациентов. Во всех наблюдениях отмечено интрапаренхиматозная локализация эхинококковой кисты. У 13(40%) пациентов эхинококковые кисты были с признаками нагноения. Показаниями для данного вмешательства были эхинококковые кисты, не менее 30 мм. в диаметре, расположенные в толще паренхимы, особенно у пациентов, воздерживающихся от проведения традиционного хирургического лечения. До операции всем пациентам выполнены стандартные методы обследования, плюс МСКТ печени и иммуноферментный анализ крови.

Оперативные вмешательства под ультразвуковым (УЗ) наведением выполнялись под местной анестезией с внутривенным потенцированием. После проведения обзорного ультразвукового исследования (УЗИ) выбирается траектория движения инструмента, которая может быть линейной или «ломаной». Применялась техника экспертного класса: GE, Logik P5 или Hitachi Arietta и стандартные конвексные датчики с частотой 2,5–5,5 МГц, без специальных средств фиксации и наведения устройства для дренирования полостных образований. Для дренирования кисты использовали метод стилет-катетер. На рис.2 представлен проводник-гильза в просвете трубка, для введения в полость кисты.

Рис. 2

После попадания в полость эхинококковой кисты стилет извлекали, а в полость вводили дренаж, последний фиксировали к коже. Использовали изогнутые дренажные катетеры 12-14 Fr, а также типа «свиной хвост». На рис.3 видны дренажные трубки, выведенные из полости эхинококковых кист печени на переднюю брюшную стенку.

Рис. 3

Через катетер производили максимальную аспирацию содержимого кисты. На рис.4 сонограмме видна трубка в полости кисты печени.

Рис. 4

Далее полость неоднократно промывали раствором глицерина (96%), экспозиция первично-10 мин. По дренажной трубке удаляли хитиновую оболочку. На рис.5 демонстрируются хитиновые оболочки, удаленные по дренажной трубки- 12 Fr. из полости эхинококковой кисты печени.

Рис. 5

В исследуемой группе пациентов интраоперационных осложнений не наблюдалось. Вводить специально для растворения хитиновой оболочки химотрипсин или иные смеси не возникло надобности. При экспозиции 10 мин. 96 % глицерином, хитиновые оболочки легко отторгались и в течении 7-11 суток свободно выводились по дренажу 12 Fr. Перед завершением операции выполняли фистулографию (урографин+натрий хлор 1:1), до полного заполнения полости кисты, цель, проверить герметичность и сообщение с билиарным деревом. С этой целью использовали С-дугу. На рис.6 фистулографии, видны две эхинококковые полости в печени.

Рис. 6

В послеоперационном периоде у одного пациента произошло нагноение остаточной полости. У 7 пациентов с нагноившейся эхинококковой полостью достигнута полная эвакуация хитиновой оболочки во время выполнения манипуляции, на операционном столе. Сроки полной эвакуации хитиновой оболочки при нагноившихся формах кист печени в среднем составили 3-4, а в остальных случаях 15-18 суток. Средний срок пребывания больных в стационаре при чрескожных вмешательствах составил 8-10 койко-дня. В послеоперационном периоде температурной реакции не отмечено, максимальный подъем температуры до 37,0. В анализах крови лейкоцитарный сдвиг до $12 \cdot 10^{12}$, первые 3-4 суток. Летальных исходов в данной группе больных не наблюдалось.

Показанием к удалению дренажных трубок считали, полное очищение полости кисты от остатков хитиновой оболочки, по данным УЗИ, а при необходимости фистулография в динамике.

Рис. 7

На УЗИ печени рис.7 (сонограмма) видна хитиновая оболочка. У 13 (40%) пациентов катетер удален на 10-е сутки после операции в стационаре, перед удалением дренажа обязательно фистулография. Остальные больные были выписаны с дренажными трубками и систематически проходили ультразвуковое обследование. На 30–45-е сутки после пункционно-аспирационной эхинококкэктомии, катетеры удалены у всех пациентов.

Специфическое медикаментозное лечение проводили альбендазолом в дозе 10–13 мг/кг в сутки. Для профилактики рецидива препарат назначали, как правило, одним курсом продолжительностью 28 дней, под прикрытием гепатопротекторов.

При УЗИ, спустя 1 год, у пациентов отмечена полная инволюция кисты.

Заключение

Методы малоинвазивных вмешательств имеют большое преимущество перед традиционными операциями: малая травматичность, ранняя активизация больных, снижение количества послеоперационных осложнений, уменьшение сроков пребывания пациентов в стационаре.

Накопленный нами небольшой опыт применения пункционно-аспирационной эхинококкэктомии -PAIR в лечении пациентов с эхинококковыми кистами печени, позволяет рекомендовать данный метод лечения к более широкому применению, а так же активно внедрять данную методику в Республиканских клиниках. Единственное условие, это наличие инструментального обеспечения экспертного класса и квалификация специалиста.

1. Альперович Б.И. Хирургия печени. М.: ГЭОТАР Медиа. 2010; 352 с.
2. Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А., Шарипов У.Б., Хамдамов Б.З., Муаззамов Б.Б. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени. *Анналы хирургической гепатологии*. 2010; 15(3): 99–104.
3. Гаврилин А.В., Кунцевич Г.И., Вишневский В.А. Пункционный метод лечения эхинококковых кист печени под контролем ультразвукового исследования. *Хирургия. Журнал им.Н.И.Пирогова*. 2002; 8: 39–46.
4. Вафин А.З., Абдоков А.Д., Попов А.В., Хушвактов У.Ш. Клиническая эффективность применения принципа апаразитарности и антипаразитарности в хирургии эхинококкоза. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2010; 2: 10–13.
5. Толстиков А.П., Абдульянов А.В., Бородин М.Я., Имамова А.М. Хирургическое лечение больных с эхинококкозом печени. *Практическая медицина*. 2013; 67 (2): 94–96.