

КРАТКИЕ СТАТЬИ

Ахмедов Р.М.,
Сафоев Б.Б.,
Хамраев У.П.,
Комилов С.О.,
Хомидов Ф.К.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПЕЧЕНИ

Бухарский государственный медицинский институт

Эхинококкоз в Узбекистане относится к распространённому и часто встречающемуся виду патологии (2.) Несмотря на определенные успехи хирургии, частота данного заболевания к сожалению не имеет тенденции к снижению.

В хирургии эхинококкоза печени проблема эффективного лечения остаточных полостей занимает одно из главных мест. Снижение послеоперационной реинвазии и рецидива после эхинококэктомии из печени во многом зависит от эффективности обработки остаточной полости (1,3,4). Известно много различных методов обработки остаточной полости, (лазерное облучение, йод, глицерин, 10% натрий хлоридный раствор, перекись водорода, спирт) однако, объективных критериев их терапевтической эффективности нет и не исключают рецидив заболевания. В литературе имеется информации по эффективности применения из физических методов УЗО остаточной полости, но это также при раздельном применении не могут претендовать на метод выбора, так как не исключается рецидив заболевания (5, 6).

Исходя из этого, нами решено провести поиск нового метода обработки остаточной полости который положительно влияет на исход хирургического лечения эхинококкоза печени. Как была выше отмечено, до сегодняшнего дня, местной обработки остаточной полости растворами глицерина, йода, а также диметилсульфоксид ещё не утратили своей значимости в клинической практике.

На наш взгляд, три последних химических препарата обладают губительным действием к микроорганизмам.

Учитывая всё это, можно сделать вывод о том, что одномоментное сочетанное применение этих трех препаратов улучшает эффективность при обработке остаточной полости. Но, однако, следует отметить, что все эти препараты влияют лишь на поверхность фиброзной капсулы. А их сочетанное применение с физическим методом, таких как УЗО без сомнения должно ещё улучшить результаты лечения больных эхинококкозом печени. Особенно при осложнённых формах с нагноительным осложнением. Так как УЗО влияет на толщину глубины фиброзной оболочки, а также за его пределы.

Таким образом, нами проведённое патентованное исследование в этом направлении позволило провести экспериментальные и клинические научные исследования по поиску и разработке новых оптимальных методов обработки остаточной полости с максимальным положительным эффектом лечения. Целью нашей работы явились: изучение влияния йоддицерина на жизнеспособность протосколексов эхинококковых кист. Для местного применения из химических методов, мы предпочтение отдавали препарату йоддицерина, который в составе содержит йод, диметилсульфоксид и глицерин. Он обладает фунгицидной, противомикробной, противовирусной активностью, проявляет также хорошие противоотёчное, антинекротическое и антиоксидантное действия. Он является относительно новым препаратом разработанным УкраинФарм комитетом. На сегодняшний день препарат уже нашел широкое применение в лечении пациентов с хирургическими заболеваниями, таких как абсцессы любой локализации, плевриты, перитониты, остеомиелиты. Применение йоддицерина при этих и других заболеваниях продолжает изучаться в лечебных учреждениях.

Материал и методы исследования. Нами изучена морфология выводковых капсул и протосколексов под воздействием йоддицерина при различной экспозиции - 1-2-3-4 минуты.

Гидативную жидкость извлекали из полости кисты и помещали в центрифугу (2000 оборотов в минуту в течение 3 мин.). Над осадочную жидкость сливали в пробирку. Наполняли

2 мл раствора йоддицерина и экспонировали в течение 1-2-3-4 минут. Затем раствор осторожно сливали и к перфузату добавляли 2,5% глутарового альдегида на фосфатном буфере. После фиксировали и затем дофиксировали в 1% растворе четырех окиси осмия.

В качестве критериев жизнеспособности зародышевых элементов ларвоцист до и после воздействия на них раствором: йоддицерина использовали морфологические данные, полученные с помощью методики световой и трансмиссионной электронной микроскопии. Жизнеспособность протосколексов проверяли по их подвижности в гидатидной жидкости при 39-42°C, способности эвагинировать после добавления в жидкость собачей желчи.

Для трансмиссионной электронной микроскопии (ТЭМ) материал фиксировали в 2,5% растворе глутарового альдегида на 0,1 м фосфатном: буфере (Рн 7,2) и в 1% растворе четырех окиси осмия. После дегидратации и пропитки заливали в смесь эпон и альдита. Полутонкие и ультратонкие срезы окрашивали метиленовым синим и основным фуксином или уранилацетатом и цитратом свинца. Ультратонкие срезы исследовали в электронном микроскопе Н-600 (Хитаки, Япония). Для сканирующей электронной микроскопии образцы после дегидратации высушивали: методом критической точки в аппарате «НСР - 2» (Хитаки, Япония) и напыляли ионным способом золото в напылителе «ГВ-3» (Е1ко, Япония). Исследовали препараты в электронном микроскопе «-405» (Хитаки, Япония).

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов проведенных экспериментальных исследования *in vitro* показали, что трех минутная экспозиция раствора йоддицерина губительно влияет на протосколексы. На субклеточном уровне это проявляется в виде коагуляции и деструкции мембранных структур клеток. Все это указала обработка зародышевых элементов эхинококка раствором йоддицерина в течение 3 мин. Приводит к нарушению целостности выводковых капсул. Протосколексы округляются, теряют двигательную активность и способность к эвагинации.

Таким образом, морфологические исследования позволяют полагать, что воздействия раствора йоддицерина в течение 3 минут приводит к структурным нарушениям зародышевых элементов, которые свидетельствуют о его гибели. Исходя из выше изложенного можно полагать, что раствор йоддицерина является эффективным антипаразитарным средством, приводящим к деструкции зародышевых элементов эхинококка. Все это, в свою очередь позволяет рекомендовать применение йоддицерина, как эффективное средство для обработки остаточной полости после эхинококэктомии.

Использованная литература

1. Акилов Х.А., Байбеков И.М., Хайитов А.К. Эффективность антипаразитарной обработки остаточной полости перманганатом калия после эхинококэктомии из печени в сравнительном аспекте // Хирургия Узбекистана, 2002.
2. Назыров Ф.Г., Ильхамов Ф.А. Классификация эхинококкоза печени и методов его хирургического лечения // Анналы хирургической гепатологии, 2005.
3. Нишанов Ф.Н., Таджибаев Ш.А., Рахманов Б.Ж., Усаров Н.К., Хожиматов И.Т. Малоинвазивные методы коррекции остаточной полости после эхинококэктомии печени // Хирургия Узбекистана, 2002.
4. Акилов Х.А., Байбеков И.М., Хайитов А.К. Клинико-морфологическое обоснование применения перманганата калия как антипаразитарного средства в хирургии эхинококкоза печени // Бюлл. ассоц. врачей Узбекистана, 2001.
5. Хамидов А.И., Ахмедов И.Г., Хамидов М.А., Меджидов Р.Т., Алиев М.А. Динамика редукции остаточных полостей после эхинококэктомии печени // Анналы хирургии, 2000.
6. Абдримов Е.Г. Применение низкочастотного ультразвука при хирургическом лечении эхинококкоза легких // Дисс. канд. мед. наук. - М., 1987.