

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПЕЧЁНОЧНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПРИ БИЛИАРНОМ ПРОРЫВЕ

Султонзода Низомиддин Дониёр угли

Бухарский государственный медицинский институт, Узбекистан, г. Бухара

<https://doi.org/10.5281/zenodo.18667034>

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность гермицидной обработки остаточной полости при хирургическом лечении печёночного эхинококкоза, осложнённого билиарным прорывом.

Материалы и методы исследования. Проведён клинико-ретроспективный анализ результатов лечения пациентов с эхинококкозом печени, осложнённым прорывом кисты в желчные пути. В исследование включались больные с подтверждённой билиарной коммуникацией эхинококковой кисты, установленной на основании клинических, инструментальных и интраоперационных данных.

В послеоперационном периоде всем пациентам выполняли локальную гермицидную обработку остаточной полости. С этой целью использовали 0,05% раствор хлоргексидина, который вводили через назоцистобилиарный дренаж. Методика предусматривала фракционное контролируемое введение раствора в остаточную полость с экспозицией, достаточной для гермицидного воздействия, с последующей активной эвакуацией содержимого. Процедуры проводились под рентгенологическим и ультразвуковым контролем, что обеспечивало точность позиционирования дренажа, равномерность распределения раствора и безопасность манипуляции.

Эффективность метода оценивали по совокупности клинических и объективных критериев. Анализировали частоту рецидивов эхинококкоза, динамику клинической симптоматики (болевой синдром, признаки холангита, проявления холестаза), изменения лабораторных показателей функции печени и воспалительной активности. Дополнительно учитывали частоту послеоперационных осложнений, необходимость повторных вмешательств и длительность стационарного лечения.

Результаты исследования. Анализ клинических исходов показал, что применение локальной гермицидной санации остаточной полости сопровождалось статистически значимым снижением частоты рецидивов печёночного эхинококкоза — с 22–24% до 8%, что свидетельствует о высокой клинической эффективности предложенной методики. Полученные данные указывают на её выраженный профилактический потенциал в отношении повторного паразитарного роста.

На фоне гермицидной обработки отмечено достоверное уменьшение числа гнойно-воспалительных осложнений, в том числе нагноения остаточной полости и клинических проявлений холангита. Послеоперационный период у данной категории пациентов характеризовался более благоприятным течением: наблюдалась меньшая выраженность интоксикационного синдрома, снижение системной воспалительной реакции и более стабильные показатели общего состояния.

Отмечалась ускоренная регрессия клинической симптоматики, включая купирование болевого синдрома, уменьшение диспепсических проявлений и признаков холестаза. Параллельно фиксировалась более быстрая нормализация биохимических показателей функции печени (билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза), что

отражает восстановление билиарной проходимости и снижение воспалительной активности.

Применение метода также способствовало сокращению сроков стационарного лечения и более ранней реабилитации пациентов. Локальная гермицидная санация обеспечивала эффективную инактивацию сколексов и других паразитарных элементов, снижая риск повторного инфицирования остаточной полости. Это подтверждает выраженную гермицидную направленность метода и его клиническую целесообразность в структуре комплексного лечения.

Заключение. Локальная гермицидная санация остаточной полости с использованием 0,05% раствора хлоргексидина является патогенетически обоснованным и эффективным компонентом комплексного лечения билиарно-осложнённого эхинококкоза печени.

Метод повышает радикальность хирургического вмешательства, достоверно снижает риск рецидива заболевания и уменьшает частоту послеоперационных осложнений. Его включение в стандартный лечебный алгоритм может рассматриваться как клинически оправданная стратегия оптимизации результатов лечения осложнённых форм печёночного эхинококкоза.

Adabiyotlar, References, Литературы:

1. Brunetti E, Kern P, Vuitton DA; WHO Informal Working Group on Echinococcosis. Expert consensus for the diagnosis and treatment of cystic and alveolar echinococcosis. *Acta Trop.* 2010;114(1):1-16.
2. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence? *World J Surg.* 2004;28(8):731-736.
3. Sayek I, Onat D. Diagnosis and treatment of uncomplicated hydatid cyst of the liver. *World J Surg.* 2001;25(1):21-27.
4. Manterola C, Otzen T. The disease burden of echinococcosis. *Parasitol Int.* 2017;66(5):673-680.
5. Kayaalp C, Bostanci B, Yol S, Akoglu M. Distribution of hydatid cysts into the liver with reference to cystobiliary communications. *Am J Surg.* 2003;185(2):175-179.
6. Lygidakis NJ. Diagnosis and treatment of intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. *World J Surg.* 1996;20(7):833-837.
7. Agarwal S, Sikora SS, Kumar A, Saxena R, Kapoor VK. Bile duct communication in hydatid liver disease. *Br J Surg.* 1995;82(3):337-340.
8. Ertem M, Karahasanoglu T, Yavuz N, et al. Endoscopic management of biliary complications after surgery for hepatic hydatid disease. *Surg Endosc.* 1998;12(9):1185-1187.
9. Dolay K, Akbulut S. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in hepatic hydatid disease. *World J Gastroenterol.* 2014;20(41):15253-15261.
10. Smego RA Jr, Sebanego P. Treatment options for hepatic cystic echinococcosis. *Int J Infect Dis.* 2005;9(2):69-76.
11. Khuroo MS. Hydatid disease: current status and recent advances. *Ann Saudi Med.* 2002;22(1-2):56-64.
12. Morris DL. Hydatid disease: current medical and surgical management. *Aust N Z J Surg.* 1992;62(9):653-657.

13. Safioleas M, Misiakos EP, Kakisis J, et al. Surgical treatment for human echinococcosis. Int Surg. 2000;85(4):358–365.