

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ПЛОДОНОСНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ЭХИНОКОККА АНТИСЕПТИКОМ «ДЕКАМЕТОКСИН»

Алиев М.Ж., Мусаев А.И.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ лечения эхинококкоза печени у 40 больных. В одном случае операция произведена лапароскопическим путем. Представлены результаты обеззараживания плодородных элементов эхинококка антисептиком комплексного действия «Декаметоксин» 0,02%, установлена что, для гибели плодородных элементов эхинококка достаточна экспозиция 4-5 минуты.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, обеззараживание, Декаметоксин.

ЭХИНОКОКК МИТЕ КУРТУН ЗЫЯНСЫЗДАНДЫРУУДА «ДЕКАМЕТОКСИН» АНТИСЕПТИГИНИН ТААСИРИ

Алиев М.Ж., Мусаев А.И.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 шаардык клиникалык ооруканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Боор эхинококкоз дарты менен 40 бейтапка дарылоонун анализи жүргүзүлгөн. Анын ичинен 1 лапароскопиялык операция жасалган. Эхинококк мите курттарын «Декаметоксин» 0,02% антисептиги менен зыянсыздандыруу көрсөтүлгөн жана толук зыянсыздандыруу 4-5 мүнөттө болоору аныкталган.

Негизги сөздөр: Боор эхинококкоз оорусу, зыянсыздандыруу, Декаметоксин.

DECAMETOXIN 0,02% ET THE ANTISEPTIC COMPLEX EFFECTS AS REMEDY FOR ELEMENTS OF ECHINOCOCCUS DISENFECTION

Aliev M.J., Musaev A.I.

I.K.Akhunbaev Kyrghyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital # 1

Bishkek, Kyrghyz Republic

Resume: It is analysed the results of disinfecting infection elements of ehinococcus in 40 patients by Decametoksini 0,02% et the antiseptic, complex effects with an exposition 4-5 minutes is sufficient for 100% of destruction scolex. We performs laparoscopic ehinococsectomy in one patient.

Key words: a liver, ehinococcus, disinfecting, Decametoksini.

Эхинококкоз на сегодняшний день является тяжелым паразитарным заболеванием и продолжает оставаться серьезной медицинской и социальной проблемой. Это определяется тем, что среди паразитарных болезней нет другого поражающего организм так тяжело и в таких разнообразных формах как эхинококкоз [8].

Заболевание эхинококкозом и его рецидивы не имеют тенденции к снижению, более того, в последнее время отмечается распространение эхинококкоза не только среди людей, занимающихся животноводством, но и среди городского населения [10].

В хирургии эхинококкоза очень важным этапом операции является полноценное и надежное обеззараживание плодородных

элементов паразита, что обеспечивает профилактику рецидива болезни [4]. В этом отношении в литературе представлено множество методов: это использование горячих растворов фурациллина, гипертонических растворов хлорида натрия, хлористого кальция, глицерина, йода, формалина, физические факторы (лазер, ультразвук и др.). Но по мере накопления материала было установлено, что одни из них малоэффективны, а другие токсичны для организма.

Быстрое развитие эндовидеохирургических технологий позволяет значительно расширить перечень хирургических вмешательств, выполняемых малоинвазивным способом. Интерес к применению лапарос-

копической техники при эхинококкозе печени вызван тем, что традиционные вмешательства сопровождаются тяжелой операционной травмой и длительной реабилитацией пациентов [11,12]

Подобно абластике в онкологии, в хирургии эхинококкоза необходимо соблюдать апаразитарность – проводить во время хирургического вмешательства комплекс мероприятий с целью профилактики диссеминации и имплантации зародышевых элементов материнской кисты [4]

Одним из дискуссионных вопросов в хирургии эхинококкоза является роль резидуальной фиброзной капсулы кисты в развитии рецидивов и гнойных осложнений [1,7].

Фиброзная капсула эхинококковой кисты представляет собой многокомпонентную тканевую структуру, состоящую из нескольких, переходящих друг на друга слоев: Слой некроза, грануляционный и фиброзно-сосудистый. Выраженность каждого из них значительно варьирует при различных состояниях и локализации кисты. Фиброзно-сосудистый слой при неосложненной кисте имеет толщину до 1мм, а при активации барьерно-защитной функции в перикистозной ткани он может увеличиваться до 5мм и более [6].

Как отмечено в ряде публикаций, с течением времени фиброзная капсула может пропитываться зародышевыми элементами паразита [2,5,9] и микробными телами [7], что обуславливает ряд проблем послеоперационного периода.

В Городской клинической больнице №1 с декабря месяца 2011 года в профилактике и лечении гнойно-воспалительных заболеваний используется антисептик комплексного действия «Декаметоксин» 0,02%. Препарат выпускается в удобных для применения флаконах по 100, 200, 400 мл и содержит 0,02% декаметоксина – бисчетвертичное аммониевое производное соединение, высокоактивный и быстродействующий препарат, который состоит из синтетической декаметилоновой части молекулы и ментолового эфира масла мяты перечной, - в изотоническом растворе натрия хлорида. Получен хороший результат. Кроме того, в литературе имеются сообщения о том, что «Декаметоксин» 0,02% обладает многокомпонентным действием, в частности,

бактерицидным и мы в своей работе пытались исследовать его антипаразитарное действие [3].

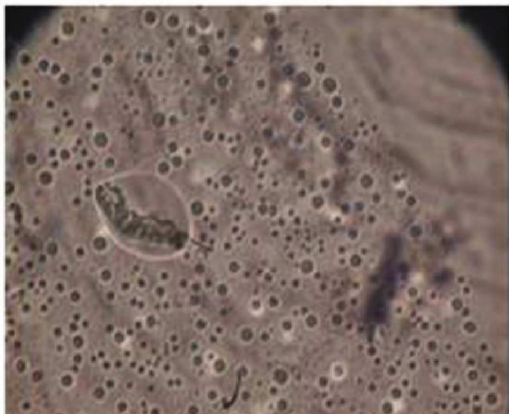
Цель исследования – оценить антипаразитарное действие «Декаметоксина» 0,02% на плодоносные элементы эхинококка.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением было 40 больных прооперированные с неосложненным и осложненным эхинококкозом печени различной локализации. Мужчин было - 23, женщин – 17, Возраст колебался от 22 до 60 лет.

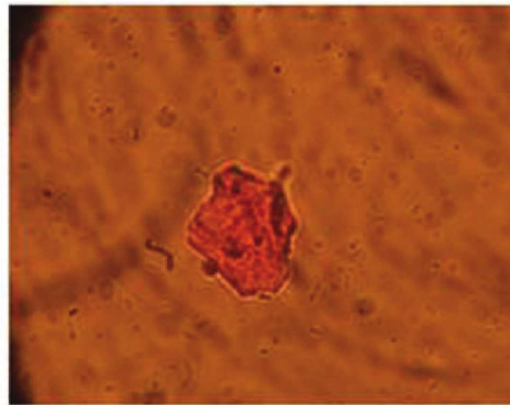
В обследовании больных, помимо общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, рентгенография грудной клетки), использованы и специальные методы – это УЗИ, КТ, реакция Казони.

Для определения влияния «Декаметоксина» 0,02% на плодоносные элементы эхинококка у 40 больных мы выполняли исследование содержимого кист сначала *in vitro*: В пробирки набирали эхинококковую жидкость 3 мл и добавляли 3 мл «Декаметоксина» 0,02% с различной концентрацией и исследовали через 1,3,5,8,10 минут. Морфологические изменения сколексов до и после обработки испытуемыми растворами осуществляли микроскопией для определения жизнеспособности по наличию подвижности сколексов и по их окрашиванию 0,1% раствором эозина (рис 1. А, Б, В, Г, Д).

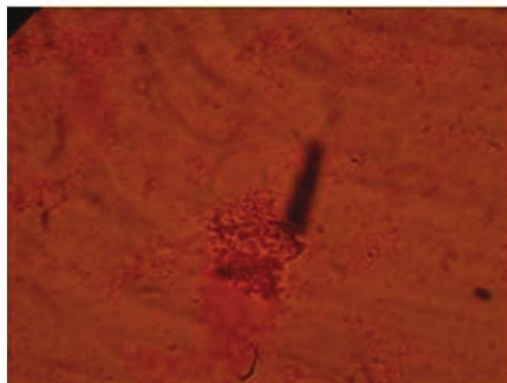
Далее мы продолжили исследование в период обработки кист в момент операции. После пункции кисты с учетом принципов апаразитарности брали содержимое на определение жизнеспособности сколексов. Остаточная полость наполнялась «Декаметоксином» 0,02% в равном объеме с эвакуированной паразитарной жидкостью. После экспозиции раствора и его эвакуации электроотсосом и удаления хитиновой оболочки производили смыв стенок остаточной полости, делали мазки с окрашиванием 0,1% эозином с дальнейшим микроскопированием и оценки жизнеспособности сколексов. Затем дополнительно полость обрабатывали «Декаметоксином» с концентрацией 0,02%. После эвакуации антисептического раствора, заново делали мазок и исследовали жизнеспособность сколексов путем микроскопии. Также делали смывы раны. При обнаружении нарушения целостности хитиновой оболочки, исходя из того мнения, что фиброзная капсула может быть пропитана эхинококковой жидкостью и что



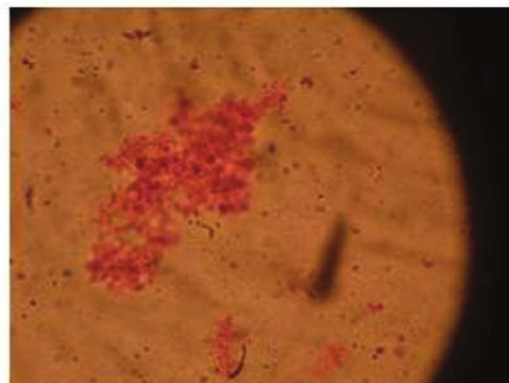
А. Живой сколекс с целой герминативной оболочкой.



Б. Состояние сколекса после экспозиции в одну минуту.



В. Состояние сколекса после экспозиции в три минуты.



Г. Состояние сколекса после экспозиции в четыре минуты.

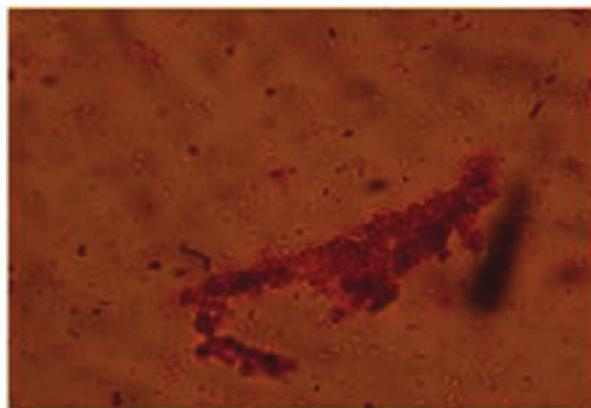


Рис.1.

Д. Состояние сколекса после экспозиции в пять минут.

Таб. 1.

Концентрация «Декаметоксина»	Экспозиция в минутах, % погибших сколексов				
	1мин.	3мин.	5мин.	8мин.	10мин.
0,01%	55	70	90	100	100
0,02%	80	100	100	100	100

сколексы могут пройти в перикапсулярную ткань печени, мы шприцом вводили «Декаметоксин» 0,02% путем впрыскивания в зависимости от оставшейся части фиброзной капсулы после перикистэктомии в количестве от 5 до 15 мл.

Результаты и их обсуждения. При исследовании на жизнеспособность сколексов *in vitro*, установлено, что концентрация «Декаметоксина» 0,02% достаточна с экспозицией 4-5 минут для 100% их гибели. (Табл.1).

При исследовании содержимого кист после 7-8 минутной экспозиции «Декаметоксина» 0,01% установлена 100% гибель сколексов. Что касается концентрации «Декаметоксина» 0,02% то на 3 минуте все плодоносные элементы погибали. А при 4-5 минутной экспозиции появляется возможность пропитывания раствора в фиброзную капсулу и тем самым пагубно влияя на зародышевые элементы эхинококка и микробные тела, что и предупреждает развитие рецидива заболевания. Поэтому считаем, что оптимальное время экспозиции составляет 4-5 минут.

Результаты исследования действия «Декаметоксина» на зародышевые элементы эхинококка (*in vitro*).

Больные оперированные с использованием вышеуказанной методики наблюдались в течение двух лет и наблюдаются. При контрольном обследовании мы не обнаружили случаев рецидива.

Выводы:

1. Препарат «Декаметоксин» обладает высоким сколексоцидным действием.

2. Концентрация «Декаметоксина» 0,02% обеспечивает 100% гибель плодоносного элемента эхинококка с экспозицией 4-5 минут.

Таким образом, наши исследования показали возможность применения препарата «Декаметоксин» для обеззараживания

плодоносных элементов эхинококка. Метод должен найти внедрение в практику. Необходимо дальнейшее накопление материала и динамического наблюдения за больными.

Литература:

1. Агаев Р.М. Преимущества лазерного облучения остаточной полости после эхинококкэктомии печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2002. –Т. 7, №1. –С. 301.
2. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Байбеков И.М., и др. Эхинококкоз печени и его хирургическое лечение // *Хирургия*.- 1999.-№3. –С. 15-17.
3. Ефименко Н. А., Гучев И. А., Сидоренко С. В. *Инфекции в хирургии. Фармакотерапия и профилактика*. – Смоленск, 2004.
4. Вафин А.З. *Апаразитарность хирургических вмешательств и антипаразитарность при эхинококкозе* // *Хирургия*. – 1993. -№4. – С. 70-74.
5. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П. *Хирургическое лечение эхинококкоза печени* // *Хирургия*. – 1977. -№9. –С.23-28.
6. Исламбеков Э.С., Байбеков И.М. *Ультраструктура капсулы паразита и прилегающей к ней ткани при эхинококкозе легких* // *Мед. Паразитология и паразитарные болезни*. -1982. Т. 60, №5. –С.27-30.
7. Кахаров М.А., Кубышкин В.А., Вишневский В.А., и др. *Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени* // *Хирургия*. – 2003. -№1. –С. 31-35.
8. Нишанов Х.Т. *Совершенствование методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза печени*. Дис. д-ра мед. наук, 1992.
9. Шульга Л.Ф., Вдовин Р.П., Ленартович А.К. *Наблюдение эхинококкоза печени у ребенка* // *Клин. хирургия*. – 1990. -№6. – С. 56.
10. Яроцкий Л.С. *Эпидемиолого - эпизоотологические особенности эхинококкозов и методологические основы эпидемиологического надзора за ними* // *Эхинококкозы*. – М., 1990. – С. 5-15.
11. Massoud W. *Lapascopic excision of single hepatic hydatid cyst*. *Int Surg* 1996; 81:1: 9-13.
12. Khamidov M.A., Medjidov R.T., Isaev M.N. *Lapascopic treatment of liver cysts. Joint Evro-Asian Congress of Endoscopic Surgery (Istanbul-Turkey, 17-21.06.97). Istanbul 1997;69.*