

onkologii [Structure of postoperative complications in the department of thoracic oncology]. *Integratsiya nauk – Integration of science*, 2016, No. 2 (2), pp. 31-32.

7. Ekkert N. V., Bondarev V. A. Otsenka informirovannosti patsientov mnogoprofilnogo statsionara o probleme vnutribolnichnykh infektsiy [Assessment of patients awareness about the problem of nosocomial infections in a multidisciplinary hospital]. *V mire nauchnykh otkrytiy – In the world of scientific discoveries*, 2015, No. 12 (72), pp. 579-591.

8. Dulce M., Taxonera C., Giner M. Update on pathogenesis and clinical management of acute pancreatitis. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*, 2012, Vol. 3, No. 3, pp. 60-70.

**Д.А. Абдуллоев, Д.Э. Маджитов,
М.К. Билолов, Ш.Ш. Сайфудинов**

ПЕШГИРИИ ИЛТИХОБИ ПАСАЗЧАРРОҲИИ ШУШ ЗИМНИ ЧАРРОҲИИ ТАЪХИРНОПАЗИРИ АБДОМИНАЛӢ

Кафедра чарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Билолов Муҳаммад Қандилович – н.и.т., ассистенти кафедраи чарроҳии умумии №2-и ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино; тел.: +992 93 459 09 09

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши сабабҳои асосии инкишофи илтиҳоби пасазамалиётҳои шуш дар чарроҳии абдоминалӣ ва таҳия намудани усулҳои пешгириву муолиҷаи он.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Таҳлил намудани натиҷаи таҳхиси комплексӣ ва муолиҷаи чарроҳии 310 бемори гирифтори илтиҳоби пасазамалиётҳои

шуш, ки ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд: дар гурӯҳи I – санҷишӣ 120 (38,7%) бемор шомил буд, ки дар мавриди онҳо усулҳои анъанавии муолиҷа ба қор бурда шуд; дар гурӯҳи II – асосӣ бошад, 190 (61,3%) бемор шомил буд ва таҳхису муолиҷаи гурӯҳи мазкур бо усулҳои муосир анҷом дода шуд.

Натиҷаи тадқиқот ва муҳокимаи онҳо. Дар мавриди 132 бемор муоинаи комплексии рентгенологӣ истифода шуд ва зимнан дар 78%-и беморон бронхопневмония, дар 22%-и беморон бошад, манзараи бронхити музмин ба мушоҳида расид. Дар 42 бемори гирифтори дараҷаи вазнин ҷараёни нисбатан вазнини илтиҳоби шуш мушоҳида шуд; зимнан ВБД зиёда аз 20мм.сут.сим буд. ВБД, дар 32 бемори дараҷаи вазниниаш миёна, 12мм.сут.сим ва сершавӣ аз оксиген бошад, $92 \pm 2,2\%$ -ро таъкил меод.

Омилҳои хатар, дар афзоиши илтиҳоби пасазамалиётҳои шуш, давомнокии амалиёт, муодамати ҲСШ ($n=23$) ва мавҷуд будани сирояти беморхонагӣ ба ҳисоб мерафт.

Барои пешгирии афзоиши илтиҳоби пасамалиётҳои шуш, усули таҳиягардидаи интубатсияи интегрии рӯдаи борик ($n=11$) ба қор бурда шуд, ки таваҷҷути аппендикостома амалӣ карда мешуд. Дар марҳилаи пасазчарроҳӣ дар як шабонарӯз ду маротиба илова бар системаи муолиҷаи зиддибактериявӣ ингалиятсия ба амал оварда мешавад.

Хулоса. Таҳхис ва пешгирии барвақтии илтиҳоби пасазамалиётҳои шуш, зимни патологияи таъхирнопазирӣ абдоминалӣ, ба дараҷаи муайян натиҷаи мустақими муолиҷаи беморони категорияи мазкурро беҳтар мегардонад.

Калимаҳои калидӣ: патологияи таъхирнопазирӣ абдоминалӣ, илтиҳоби пасазамалиётҳои шуш, пешгирӣ.

УДК 616.36-006;616.36-008.64

З.А. Азизов, Н.М. Даминова, К.М. Курбонов

СКРЫТАЯ ПЕЧЁНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОБЪЁМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”

Азизов Зубайдулло Абдуллоевич – научный сотрудник ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”, г. Душанбе, ул. Камонгарон – 3; e-mail: azizov-med76@mail.ru; тел.: 2-39-89-49; +992 918-68-73-17

Цель исследования. Ранняя диагностика, прогнозирование и профилактика печеночной недостаточности при хирургическом лечении объёмных образований печени.

Материал и методы исследований. Под наблюдением находилось 64 больных с объёмными образованиями печени. Мужчин было 52 (81,2%), женщин - 12 (18,8%) в возрасте от 26 до 74 лет.

Для ранней диагностики депрессии гепатоцитов при объёмных образованиях печени (ООП) в ткани с помощью гистохимических методик определяли содержание коферментов никотинамидадениндинуклеотида (НАД), никотинамидадениндинуклеотидфосфата (НАДФ) и фермента ксантиноксидазы (КО), а также малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгатов (ДК) по методике Ю.В. Сухопара (1987).

С целью профилактики и лечения скрытой печеночной недостаточности больным основной группы в послеоперационном периоде назначали антигипоксическую и антиоксидантную терапию реамбе-рином в течение 5-6 суток до и после операции, а также препараты, улучшающие метаболизм печени (Гепасол А).

Результаты исследований и их обсуждение. В послеоперационном периоде у больных основной группы осложнения наблюдались в виде желчеистечения (2) и подпеченочного абсцесса (1), требовавших его вскрытия и дренирования. Летальных исходов не было.

У больных контрольной группы отмечались осложнения в виде нарастающей печеночной недостаточности (4), послеоперационных поддиафрагмальных абсцессов (2) и тонкокишечного свища (1) с 4 летальными исходами.

Заключение. Проведение дооперационной патогенетически обоснованной инфузионной терапии с применением реамберина, препаратов, улучшающих метаболизм печени, адекватного обезболивания и выполнение щадящей техники операции при ООП в значительной степени уменьшают частоту развития печеночной недостаточности.

Ключевые слова: объёмные образования печени, печёночная недостаточность, профилактика, лечение.

Z.A. Azizov, N.M. Daminova, K.M. Kurbonov

HIDDEN HEPATIC FAILURE DURING SPACE-OCCUPYING LIVER LESIONS

State Enterprise "Istiklol Medical Complex", dir. D., Abdulloev J.A.

Aziziv Zubaydullo Abduloyevich – researcher in State Institute "Istiklol Health Complex", Dushanbe, Kamongaron str. 3; e-mail: azizov-med76@mail.ru; tel.: 2-39-89-49; +992 918-68-73-17

Aim. Early diagnosis, prognosis and prevention of hepatic failure during surgical treatment of space-occupying liver lesions.

Materials and methods. 64 patients having space-occupying liver lesions were observed. Subjects of research consisted of 52 (81,2%) man and 12 (18,8%) women of the 26-74 age range. To diagnose depression of liver cells during space-occupying liver lesions in a tissue, histochemical methods revealing the content of Nicotinamide adenine dinucleotide (NAD), Nicotinamide adenine dinucleotide phosphate (NADPH), Xanthine oxidase (XO), Malondialdehyde (MDA), Conjugated dienes (CD) with Sukhopar method (1989) were used. To prevent and treat hidden hepatic failure in the early post-operation period, patients of the main group received anti-hypoxic, anti-oxidant therapy with Reamberin 800,0-1,5% solution with liver metabolism inducing drugs during 5-6 days before and after the operation.

Results. In postoperative period 3 patients of the main group had complications in a form of cholestasis (2), subhepatic abscess (1) that required opening and drainage. There were no lethal outcomes.

Patients of the control group in 7 cases had complications like the hepatic failure (4), post operation sub-diaphragmatic abscess (2) and small intestine fistula with 4 lethal outcomes.

Conclusion. Adequate infusion therapy with Reamberin, liver metabolism inducing drugs, adequate anesthesia and careful surgery of space-occupying liver lesions before the operation can significantly reduce hepatic failure.

Keywords: Space-occupying liver lesions, hepatic failure, prevention, treatment.

Актуальность. В настоящее время хирургическое вмешательство остаётся единственным радикальным методом лечения объёмных образований печени (ООП) и сопряжено с удалением части органа, что обуславливает его функциональную недостаточность в послеоперационном периоде [1].

К великому сожалению, до настоящего времени нет объективных способов диагностики, позволяющих получить достаточную информацию о дооперационном состоянии печени при ООП, а после выполнения оперативных вмешательств в ряде случаев в послеоперационном периоде наблюдаются явления печеночной недостаточности [2, 3]. Следует подчеркнуть, что при ООП паренхима печени на значительном ее протяжении поражена патологическим процессом, это сопро-

вождается дефицитом гепатоцитов и нарушением функции печени. Однако, вследствие адаптации организма к хронически протекающим патологическим процессам (эхинококкоз, альвеококкоз, опухоли, гемангиомы и др.) длительное время практически не проявляется какими-либо клиническими и лабораторными признаками [2].

В условиях оперативного вмешательства существуют множество причин, способных привести к нарушению функций нормальной и, тем более, патологически измененной печени. К таким факторам, прежде всего, относятся все ситуации, нарушающие печеночный кровоток, геморрагии, травматизация печеночной ткани, расстройства микроциркуляции и неадекватное обезболивание [1-3].

Патогенез печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде после опера-

тивных вмешательств на печени носит сложный характер, изучен далеко не полностью и требует дополнительных исследований. При ООП клинико-лабораторная диагностика скрытой печеночной недостаточности весьма затруднительна в связи с малой информативностью. Поэтому не биохимические показатели крови, а морфологические и биохимические изменения клеток и тканей печени являются главным и определяющим ориентиром в диагностике скрытой печеночной недостаточности при ООП.

Биопсия печени позволяет подтвердить наличие скрытой печеночной недостаточности,

а в ряде случаев и прогнозировать развитие её острой формы в раннем послеоперационном периоде.

Цель исследования. Ранняя диагностика, прогнозирование и профилактика печеночной недостаточности при хирургическом лечении ООП.

Материал и методы исследований. Под нашим наблюдением находилось 64 больных с ООП. Мужчин было 52 (81,2%), женщин - 12 (18,8%). Возраст составлял от 26 до 74 лет. В зависимости от характера заболеваний больные с ООП распределены следующим образом (табл. №1).

Таблица 1

Характер заболеваний печеней

Заболевание	Количество	%
Большие и гигантские эхинококковые кисты правой доли печени	40	62,5
Большие и гигантские кисты обеих долей печени	12	18,7
Множественные эхинококковые поражение печени	8	12,5
Гемангиома печени	2	3,1
Абсцесс печени	1	1,6
Болезнь Кароли	1	1,6
Всего	64	100

Для диагностики ООП применяли УЗИ, КТ, лапароскопию, пункционную и интраоперационную краевую биопсию печени, обзорную рентгенографию печени и органов брюшной полости. Для ранней диагностики депрессии гепатоцитов при ООП в ткани с помощью гистохимических методик определяли содержание коферментов никотинамидадениндинуклеотида (НАД), никотинамидадениндинуклеотидфосфата (НАДФ) и фермента ксантиноксидазы (КО), а также малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгат (ДК) по методике Ю.В. Сухопара (1987). Для структурной диагностики степени повреждения гепатоцитов

проводили стереометрический анализ относительного объема митохондрий, лизосом, липидов точечного отчета.

Статистическую обработку данных производили по методу Стьюдента с вычислением t-критерия, по программе MS Excel.

Результаты исследований и их обсуждение. Для ранней диагностики депрессии гепатоцитов при ООП, а также для морфологической диагностики использовали пункционную и интраоперационную биопсию печени. В первой группе больных (42) с ООП (одной доли печени) показатели дыхательных коферментов и фермента ксантиноксидазы были снижены (табл. 2).

Таблица 2

Показатели уровня коферментов и продуктов ПОЛ в ткани печени у больных с ООП

Показатели	ООП (одной доли (n=42))	ООП в обеих долях печени (n=24)
НАД отн.ед	0,600±0,018***	0,503±0,020***
НАДФ отн.ед	0,220±0,012	0,111±0,04
КО отн.ед	0,270±0,06	0,178±0,04
МДА иммг	2,8±0,2	3,3±0,3
ДК ед. Е	0,1±0,32**	1,78±0,42**

Примечание: * - P< 0,05; ** - P< 0,01; *** - P< 0,001

Так, содержание НАД и НАДФ составило $0,600 \pm 0,018$ отн.ед и $0,220 \pm 0,012$ отн.ед а КО – $0,270 \pm 0,06$ отн.ед. Одновременно с этим в печеночной ткани наблюдалось повышение содержания МДА до $2,8 \pm 0,2$ нм/мг и ДК – $0,1 \pm 0,32$ ед.Е. Гистологически в ткани печени выявлена зернистая дистрофия с лейкоцитарной инфильтрацией, умеренное расширение порталных трактов, лимфо-гистоцитарная инфильтрация и утолщение глиссоновой капсулы.

Более выраженные глубокое морфологическое изменения и депрессия гепатоцитов наблюдались у больных 2-й группы с ООП в обеих долях печени. Так, показатели коферментов и фермента были следующими: НАД – $0,503 \pm 0,020$ отн.ед, НАДФ – $0,111 \pm 0,4$ отн.ед, КО – $0,178 \pm 0,04$ отн.ед, а содержание МДА составило $3,3 \pm 0,3$ нм/мг, ДК – $1,78 \pm 0,42$ ед.Е. В препаратах печени обнаружена зернистая дистрофия, при которой гепатоциты увеличены в объеме, распространено крупноканальное ожирение, декомпенсация гепатоцитов и участки некроза.

Анализ полученных результатов показал, что количество дыхательных ферментов, кофермента

и продуктов ПОЛ в ткани печени изменяется в зависимости от обширности поражения паренхимы печени и уменьшения массы печеночных клеток. Понижение содержания уровня дыхательных коферментов и увеличение продуктов ПОЛ в ткани печени следует расценивать как гепатоцитоз и начало развития печеночной недостаточности.

В связи с этим с целью профилактики и лечения скрытой печеночной недостаточности 20 больным с ООП и послеоперационном периоде назначали антигипоксическую и антиоксидантную терапию реамберином 800,0-1,5% раствора в течение 5-6 суток до и после операции, а также препараты, улучшающее метаболизм печени (Гепасол А). Во вторую группу включены 18 больных, которым в предоперационном периоде не проводили комплексные мер профилактики печеночной недостаточности. Следует отметить, что все больные (обе группы) по характеру заболевания, возрасту и выполненному им объему оперативных вмешательств были идентичными (табл. 3).

Таблица 3

Показатели уровней коферментов, ферментов и продуктов ПОЛ в ткани печени в раннем послеоперационном периоде (6-7 сутки) ($P < 0,05$)

Название показателей	Основная группа (n=14)	Контрольная группа (n=14)
НАД отн.ед	$0,820 \pm 0,016^{***}$	$0,380 \pm 0,018^{***}$
НАДФ отн.ед	$0,340 \pm 0,014^{***}$	$0,095 \pm 0,04^{***}$
ОК отн.ед	$0,210 \pm 0,08$	$0,160 \pm 0,06$
МД нм/мг	$2,0 \pm 0,2^{***}$	$3,5 \pm 0,1^{***}$
ДК ед.Е	$0,8 \pm 0,24$	$1,82 \pm 0,44$

Примечание: * - $P < 0,05$; ** - $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$

В послеоперационном периоде у больных основной группы наблюдались осложнения в виде желчеистечения (2) и подпеченочного абсцесса (1), потребовавшего его вскрытия и дренирования. Летальных исходов не наблюдали.

Наоборот, у больных контрольной группы, где комплексные методы профилактики депрессии гепатоцитов и развития печеночной недостаточности не были проведены, в 7 наблюдениях отмечались осложнения в виде нарастающей печеночной недостаточности (4), послеоперационных поддиафрагмальных абсцессов (2) и тонкокишечного свища (1) с 4 летальными исходами. Во время выполнения операции в 5 случаях она сопровождалась тяжелыми геморрагиями, которые и явились одним из пусковых моментов перехода скрытой печеночной недостаточности в острую, вызывая выраженные нарушения гемостаза (перераспределение и централизацию кровообращения).

Таким образом, реамберин является весьма эффективным средством инфузионной терапии для профилактики депрессии гепатоцитов и развития печеночной недостаточности у больных, оперированных по поводу ООП. Применение реамберина в значительной степени уменьшает гипоксию и количество продуктов ПОЛ в печени за счет положительного влияния на оксигенацию внутренней среды, стабилизации структур и функциональной активности митохондрий, приводящих к улучшению тканевого метаболизма (клеточное дыхание, ионный транспорт, синтез белка). Подтверждением этому является улучшение и приближение к нормальным цифрам показателей дыхательных коферментов НАД ($0,820 \pm 0,016$ отн.ед), НАДФ ($0,340 \pm 0,014$ отн.ед), фермента КО ($0,210 \pm 0,08$ отн.ед), а также продуктов ПОЛ (МДА- $2,0 \pm 0,2$ нм/мг ДК - $0,8 \pm 0,24$ ед.Е) и отсутствием проявлений печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

Выводы.

1. При ООП наблюдаются глубокие морфологические изменения в ткани печени, которые вызывают депрессию гепатоцитов и являются факторами риска развития печеночной недостаточности в раннем послеоперационном периоде.

2. Исследование функционального состояния печени с помощью определения дыхательных коферментов НАД, НАДФ, фермента КО, а также продуктов ПОЛ (МДА, ДК) в гепатоцитах даёт возможность прогнозировать глубину морфологических изменений в печени, степень гепатодепрессии и провести целенаправленную профилактику печеночной недостаточности в послеоперационном периоде.

3. Выявленные морфологические изменения в биоптатах печени у больных с ООП характеризуются лимфоидной инфильтрацией, жировой и баллонной дистрофией, а также отеком ткани печени с появлением очагов некроза, что является характерным признаком субклинических (скрытой) форм печеночной недостаточности.

4. Проведение дооперационной патогенетически обоснованной инфузионной терапии с применением реамберина, препаратов, улучшающих метаболизм печени, адекватного обезболивания и выполнение щадящей техники операции при ООП в значительной степени уменьшают частоту развития печеночной недостаточности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Махмадов Ф.И. Профилактика и лечение осложнений после оперативных вмешательств на органах гепатопанкреатобилиарной зоны // Здравоохранение Таджикистана. 2010. №2. С.75-80.

2. Олимов Д.М., Усманов Н.У., Рашидов Ф.Ш. и др. Диагностика осложнённого сочетанного эхинококкоза нижней доли правого лёгкого и поддиафрагмальной поверхности печени // Вестник Авиценны. 200. №1-2. С.51-58.

3. Сипливы В.А., Петюнин А.Г., Комель Дж.Х., Эль Машни., Береснев А.В. Оценка функциональных резервов печени и прогнозирование печеночной недостаточности при хирургическом лечении больных циррозом // Харьковская школа. 2005. №11. С. 262-265.

REFERENCES

1. Makhmadov F. I. Profilaktika i lechenie oslozhneniy posle operativnykh vmeshatelstv na organakh gepatopankreatobiliarnoy zony [Prevention and treatment of complications after surgery of hepatopancreaticobiliary area organs]. *Zdravookhranenie Tadjikistana – Healthcare of Tajikistan*, 2010, No. 2, pp. 75-80.

2. Olimov D. M., Usmanov N. U., Rashidov F. Sh. Diagnostika oslozhnyonnogo sochetannogo ekhinokokkoza nizhney doli pravogo lyogkogo i poddiafragmalnoy poverkhnosti pecheni [Diagnosis of a complicated combina-

tion of lower right lung echinococcosis and sub diaphragm surface of the liver]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 200, No. 1-2, pp. 51-58.

3. Siplivyy V. A., Petyunin A. G., Komel Dzh. Kh., El Mashni., Beresnev A. V. Otsenka funktsionalnykh rezervov pecheni i prognozirovaniye pechenochnoy nedostatochnosti pri khirurgicheskom lechenii bolnykh tsirrozm [Assesment of liver reserves and prognosis of liver failure during surgery of patients with cirrhosis]. *Kharkovskaya shkola - Kharkov school*, 2005, No. 11, pp. 262-265.

ХУЛОСА

З.А. Азизов, Н.М. Даминова, К.М. Қурбонов

НОРАСОИИ НИҲОНИИ ЧИГАР ҲАНГОМИ ТАШАККУЛИ ҲАҶМИ ОН

Муҳимият. Дар замони муосир табобати ҷарроҳӣ ягона усули табобати радикалии ташкилаҳои ҳаҷмноки чигар башумор рафта, аксар вақт бо бурида гирифтани қисми чигар анҷом меёбанд, ки боиси норасоии вазифавии он мегардад.

Мақсади таҳқиқот. Таъхиси саривақтӣ ва пешгирии норасоии вазифавии чигар ҳангоми табобати ҷарроҳии ташаккули ҳаҷми он.

Мавод ва услҳои таҳқиқот. Дар зери назорат 64 нафар беморон бо ташкилаҳои ҳаҷмнок мавҷуд буданд. Мардон 52 (81,2%), занон 12 (18,8%) – ро ташкил доданд. Сину соли беморон аз 26 то 74 сола.

Барои таъхиси саривақтии депрессии гепатоситҳо бо истифодаи услубҳои гистокимийӣ миқдори коферментҳои никотиномададенинуклеотид (НАД), никотиномададенинуклеотидфосфат (НАДФ), ферменти ксантин оксидазы (КО), ҳамчунин диалидегиди малонӣ (МДА) ва конъюгатҳои диенӣ (ДК) бо услули Ю.В. Сухопар (1987) муайян карда шуд.

Бо мақсади пешгирӣ ва табобати норасоии вазифавии чигар дар беморони гурӯҳи асосӣ дар марҳилаи баъдичарроҳӣ маҳлули реамберин 800,0-1,5% ва Гепасол А дар муддати 5-6 шабонарӯз пеш ва баъд аз ҷарроҳӣ истифода бурда шуд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Дар марҳилаи баъдазҷарроҳӣ дар байни беморони гурӯҳи асосӣ оризаҳо дар 3 нафар беморон дар шакли ҷоришавии талха (2) ва думмали зеричигарӣ (1), ки қушода аз сар обияткаш карда шуданд, мушоҳида карда шуд. Марговарӣ дар ин гурӯҳ ба қайд гирифта нашуд.

Дар беморони гурӯҳи санҷишӣ дар 7 ҳолат 7 ориза дар шакли норасоии вазифавии чигар (4), думмали баъдазҷарроҳии зеридиафрагмавӣ (2), носури рӯдаи борик (1). 4 нафари беморони ин гурӯҳ ғавтиданд.

Хулоса. Табобати пешгирикунандаи норасоии вазифавии чигар дар давраи пеш- ва баъдазҷарроҳӣ бо истифодаи доругии реамберин ва Гепасол А имкон медиҳад, ки фоизи оризаҳои баъдазҷарроҳӣ ва марговарӣ кам карда шавад.

Калимаҳои калидӣ: ташкилаҳои ҳаҷмноки чигар, норасоии чигар, пешгирӣ, табобат.