

УДК 616.36-002.951.21

З.А. Азиззода^{1,2}

ОСТРЫЙ ПАРАЗИТАРНЫЙ ГНОЙНЫЙ ХОЛАНГИТ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПЕЧЕНИ

¹ ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”

² ГКБ СМП г. Душанбе

Азиззода Зубайдулло Абдулло – научный сотрудник ГУ “Комплекс здоровья Истиклол”, г. Душанбе, ул. Камонгарон – 3, E-mail: azizov-med76@mail.ru, тел: 2-39-89-49, 918-68-73-17

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени, осложненной механической паразитарной желтухой и паразитарным холангитом.

Материал и методы исследования. Приведен опыт лечения 19 больных. С целью диагностики паразитарного холангита применены лабораторные методы исследования крови, показатели эндотоксемии, лучевые методы, а также эндоскопические методы.

Результаты исследования и их обсуждение. Больным было проведено двухэтапный метод лечения: на первом этапе эндоскопическая декомпрессия и санация желчных путей, либо эхоконтролируемая декомпрессия общего желчного протока, на втором этапе выполнены различные варианты операций.

Все 19 больных, после минимально инвазивных вмешательств, оперированы спустя 1,5-2 месяца в безопасном периоде с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Радикальные оперативные вмешательства были выполнены 8 больным, паллиативные – открытая эхинококкэктомия 11 пациентам.

Выводы. При механической паразитарной желтухе, осложненной паразитарным холангитом, патогенетически обоснованным является двухэтапное лечение. На первом этапе выполняются минимально инвазивные декомпрессивные вмешательства с дренированием остаточной полости. На втором – в благоприятных условиях выполняется вмешательство на кисте печени.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, механическая паразитарная желтуха, паразитарный холангит.

Z.A. Azizoda^{1,2}

ACUTE PARASITIC PURULENT CHOLANGITIS IN PATIENTS WITH ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER

¹ SI “Istiqlool Health Complex”, Dushanbe, Tajikistan

² City Clinical Emergency Hospital, Dushanbe, Tajikistan

Azizoda Zubaydullo Abdullo – a researcher at SI “Istiqlool Health Complex”, Kamongaron street, Dushanbe; e-mail: azizov-med76@mail.ru; tel: 2-39-89-49, 918-68-73-17

Aim. To improve treatment result of patients with liver echinococcosis, complicated by mechanical jaundice of parasitic origin and parasitic cholangitis.

Material and methods. The paper observes the treatment outcomes of 19 patients. Laboratory blood tests along with endotoxemia signs, x-ray methods, and endoscopic methods were used to find the diagnosis of parasitic cholangitis.

Results and discussion. Patients received two staged treatment. On a first stage, endoscopic decompression and sanitation of the biliary tract or echo-controlled decompression of the common bile duct were performed. On the second stage, various options of the operation were considered.

All 19 patients were discharged after 1,5-2 months after minimally invasive surgeries in the safe period with positive immediate and long term outcomes. Radical operations were performed in 8 cases and palliative – open echinococcectomy in 11 cases.

Conclusion. Two-stage treatment in the case of mechanical parasitic jaundice complicated by parasitic cholangitis is reasonable according to pathogenesis.

Keywords: liver echinococcosis, mechanical parasitic jaundice, parasitic cholangitis.

Введение. Одной из самых распространенных паразитарных инвазий печени, встречающейся в Республике Таджикистан, является эхинококкоз печени (ЭП), который в 5-14% случаев осложняется механической паразитарной желтухой (МПЖ) [1, 2, 4, 7, 8]. Присоединение инфекций при МПЖ в дальнейшем приводит к развитию септического паразитарного холангита (ПХ), летальность при котором достигает до 30-40% [2, 4, 8, 9].

Необходимо отметить, что МПЖ, осложненной ПХ, как правило развивается на фоне гепатодепрессии и клиническое течение заболевания всегда тяжелое, что требует применения неотложных мероприятий. Особенностью современного развития хирургии МПЖ и ПХ, является стремление использовать миниинвазивные технологии в лечении этой категории больных [1, 3, 6, 10].

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных ЭП, осложненной МПЖ и ПХ.

Материал и методы исследования. В клинике за последние 15 лет получили лечение 72 больных с МПЖ. При этом у 19 (26,3%) пациентов заболевание осложнилось септическим паразитарным холангитом. Женщин было - 11 (57,9%), мужчин – 8 (42,1%). Возраст больных составил от 24 до 83 года. Паразитарный холангит у больных с ЭП развился после различных вариантов эхинококкового поражения желчных путей (табл. 1).

Таблица 1

Характер поражения желчных протоков у больных с паразитарным холангитом

Поражение желчных протоков	Количество	%
Вторичное поражение и обтурация магистральных желчных протоков при прорыве эхинококковых кист	11	57,9
Вторичное поражение и обтурация внутрипеченочных (сегментарных) желчных протоков при прорыве эхинококковых кист	5	26,3
Первичное поражение стенок гепатохоледоха, вследствие прорастания эхинококковой кисты с развитием ее стриктуры	3	15,8
Всего	19	100

Примечание: % от общего количество больных

Паразитарный холангит в 11 (57,9%) случаях развился при первичном ЭП, вследствие прорыва эхинококковой кисты в магистральные желчные протоки с полной ее обструкции элементами па-

разита. В 5 (26,3%) наблюдениях первичный ЭП прорывался в сегментарные внутрипеченочные протоки, при отсутствии элементов паразита – дочерних пузырей, обрывков хитиновой оболочки. У 3 (15,8%) пациентов ПХ развился при первичном поражении стенок общего желчного протока, вследствие прорастания эхинококковой кисты.

У 10 больных эхинококковые кисты локализовались в правой доле печени, у 5 - в левой, и у 4 больных - в обеих долях печени.

С целью диагностики паразитарного холангита, были применены клиничко-лабораторные методы исследования крови, показатели эндотоксемии, лучевые методы – рентгенография брюшной и грудной полости, УЗИ, МРТ, а также эндоскопические методы исследования.

Для обработки полученных данных использован метод вариационной статистики.

Результаты исследования и их обсуждение. Клинически, заболевание в 85% наблюдений протекало с проявлением синдрома эндогенной интоксикации и септического ПХ, а в 15 (78,9%) случаях доминировали признаки МПЖ и эндотоксикоза. По тяжести проявления МПЖ и по уровню эндотоксемии пациенты с ПХ были распределены на 3 группы (Табл. 2).

Показатели лабораторных исследований и уровень эндотоксемии у больных с ПХ зависели от характера морфологических изменений стенок общего желчного протока, степени выраженности обтурации желчных протоков и вирулентности микроорганизмов, что имело корреляционную связь с тяжестью общего состояния больных.

Так, при средней и тяжелой степени тяжести ПХ показатели цитолитических ферментов АлАт составило $0,81 \pm 0,14$ мкмоль/л и $1,21 \pm 0,14$ мкмоль/л, а АсАт – $0,85 \pm 0,10$ мкмоль/л и $1,20 \pm 0,12$ мкмоль/л соответственно, уровень общего белка доходил до $62,4 \pm 2,8$ г/л и $56,7 \pm 3,1$ г/л соответственно. Гематологические показатели эндотоксемии чаще были высокими: лейкоцитоз при ПХ средней и тяжелой степени составил $11,5 \pm 0,68$ и $12,8 \pm 1,47 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) $4,11 \pm 1,12$ ед и $6,25 \pm 1,8$ ед, а молекулы средних масс (МСМ) составили $0,54 \pm 0,07$ ед и $0,73 \pm 0,06$ ед соответственно.

Во всех 19 наблюдениях, для диагностики МПЖ и ПХ, больным проводили УЗИ, в результате, у всех больных были выявлены наличие эхинококковых кист печени, а в 37% наблюдений позволило определить деформацию контуров эхинококковой кисты за счет снижения напряжения

Таблица 2

Распределение больных по тяжести проявления МПЖ и эндотоксемии

Показатели	Норма (n = 20)	Тяжесть ПХ		
		Легкая (n = 6)	Средне тяжелая (n = 9)	Тяжелая (n = 4)
Общий билирубин мкмоль/л	16,3 ± 2,1	98,7 ± 16,6 ^x	148,9 ± 12,5 ^x	165,2 ± 25,7 ^x
АлАт, мкмоль/л	0,32 ± 0,09	0,52 ± 0,11	0,81 ± 0,14 ^{xx}	1,21 ± 0,14 ^{xx}
АсАт, мкмоль/л	0,42 ± 0,04	0,61 ± 0,12 ^x	0,85 ± 0,10 ^{xx}	1,20 ± 0,12 ^{xx}
Общий белок, г/л	68,4 ± 3,7	65,2 ± 2,2	62,4 ± 2,8 ^x	56,7 ± 3,1 ^{xx}
Альбумин г/л	43,6 ± 2,9	41,2 ± 1,21	37,4 ± 1,29	32,5 ± 1,6 ^{xx}
Мочевина, ммоль/л	4,67 ± 2,11	6,28 ± 2,36	9,7 ± 3,1	12,1 ± 0,07
Лейкоциты × 10 ⁹ /л	6,48 ± 0,55	9,2 ± 0,52 ^{xx}	11,5 ± 0,68	12,8 ± 1,47
ЛИИ, ед	1,01 ± 0,2	2,96 ± 0,18	4,11 ± 1,12	6,25 ± 1,8 ^x
МСМ, ед	0,24 ± 0,03	0,35 ± 0,04 ^x	0,54 ± 0,07 ^{xx}	0,73 ± 0,06 ^{xx}

Примечание:

^x – разница достоверна по сравнению с нормой, при P < 0,05;^{xx} – различия достоверности по сравнению с легкой степенью при P < 0,05.

кисты и отслойки хитиновой оболочки ясно различимую при эхографии (рис. 1.)

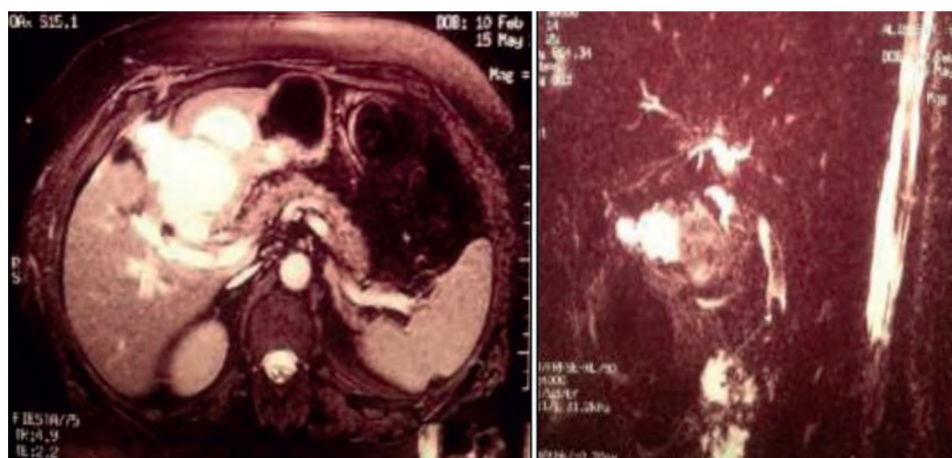


Рис. 1. УЗИ. Отслойка хитиновой оболочки кисты печени

В 42% наблюдений у пациентов с ПХ были выявлены характерные признаки поражения внепеченочных желчных протоков: наличие в просвете неоднородного содержимого или расширение желчных протоков. Выявленные изменения в большинстве наблюдений находили свои подтверждение при последующих исследованиях (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)) или во время оперативного вмешательства.

В 5 наблюдениях для дифференциальной диагностики ПХ больным проводили МРТ, которое позволило диагностировать наличие зародышевых элементов эхинококковой кисты в просвете общего желчного протока (рис. 2 А и Б).

Основным показанием к проведению ЭРХПГ у 16 больных с ПХ служили клинико-биохимиче-



А

Б

Рис. 2. МРТ гепатобилиарной системы: А. Эхинококковая киста; Б. Расширенный холедох с зародышевыми элементами эхинококковой кисты.

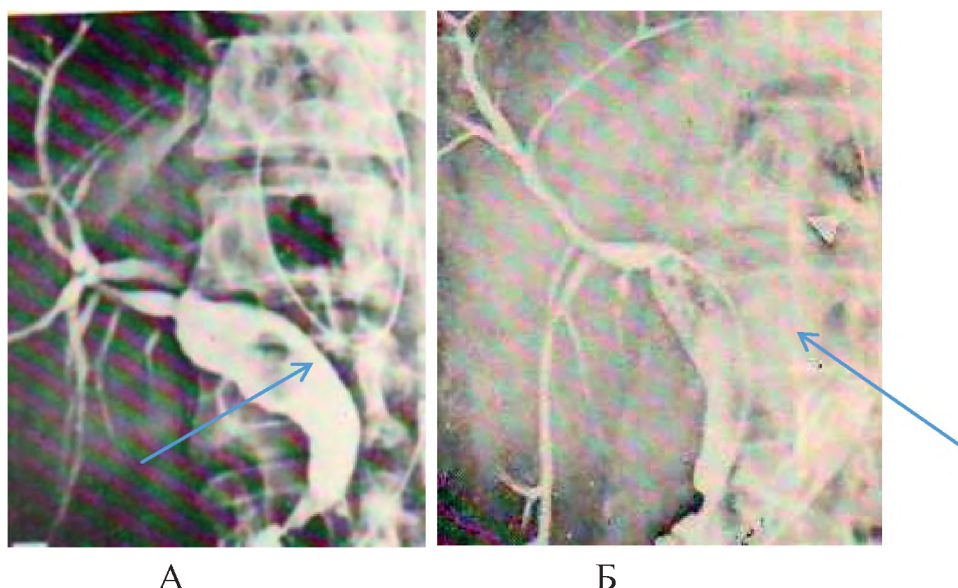


Рис. 3. А. ЭРХПГ. В просвете расширенного гепатикохоледоха округлое образование. В. ЭРХПГ. Аэробилия.

ские признаки ПХ, холестаза и результаты УЗИ, указывающие на изменения в желчевыводящих протоках. Установить причину МПЖ и ПХ при ЭРХПГ удалось у 14 больных, у 10 из них выявлены прямые признаки перфорации эхинококковой кисты в желчные протоки с дочерними кистами и обрывки хитиновой оболочки в просвете общего желчного протока (рис. 3 А и Б).

Известно, что хирургическое лечение, является основным методом лечения ПХ при ЭП. Однако тяжесть общего состояния больных, выраженность гипербилирубинемии и эндотоксемии, а также наличие тяжелых сопутствующих заболеваний сдерживали нас от выполнения традиционных открытых вмешательств на общем желчном протоке и печени. В связи с этим для лечения ПХ 19 больным выполняли двухэтапный метод лечения. На первом этапе выполняли эндоскопическую декомпрессию и санацию желчных путей, либо эхоконтролируемую декомпрессию общего желчного протока, а оперативное вмешательство на кисте проводили в безопасном периоде.

Целью миниинвазивных декомпрессивных вмешательств у больных с ПХ при ЭП являлось:

- Декомпрессия желчных путей, снижение эндотоксемии и желчной гипертензии, устранение холангита и восстановление проходимости желчных протоков;

- Декомпрессия эхинококковой кисты и уменьшение поступления содержимого эхинококковой кисты в желчные протоки;

- Обеспечение благоприятных условий для выполнения радикального оперативного вмешательства на эхинококковой кисте.

Миниинвазивные вмешательства на общем желчном протоке и эхинококковой кисте были выполнены в различных вариантах (табл. 3)

Таблица 3

Характер миниинвазивных вмешательств при паразитарном холангите у больных ЭП (n = 19)

Характер миниинвазивных вмешательств	Количество	%
ЭПСТ с транспапиллярным удалением элементов паразита, назобилиарное дренирование (НБД) остаточной полости + открытая эхинококкэктомия	9	47,4
ЭПСТ с транспапиллярным удалением элементов паразита НБД остаточной полости + атипичная резекция печени	4	21,1
ЭПСТ. Транспапиллярное назобилиарное дренирование зоны паразитарной стриктуры + Гепатикоеюноанастомоз по Ру	2	10,5
Видеолапароскопическая холедохотомия с удалением элементов паразита и трансхоледохиальным дренированием остаточной полости + перицистэктомия	2	10,5
Пункция и дренирование общего желчного протока под эндоскопической ультрасонографией (ЭУС) + открытая эхинококкэктомия	2	10,5
Всего	19	100,0

Примечание: % от общего количество больных

13 (68,4%) пациентам при ПХ выполнили ЭПСТ с острой тампонадой магистральных желчных протоков и большого дуоденального сосочка фрагментами эхинококковой кисты, с последующим удалением фрагментов хитиновой оболочки и дочерних кист (рис. 5) с назобилиарным дренированием остаточной полости.

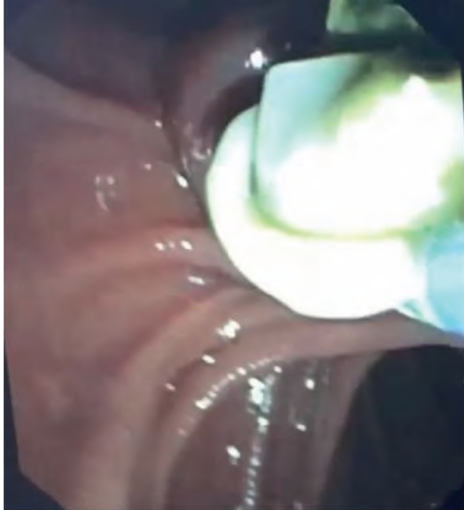


Рис. 5. Эндоскопия. Транспапиллярное удаление хитиновой оболочки эхинококковой кисты.

Транспапиллярное назобилиарное дренирование остаточной полости проводили по схеме, указанной на рис 6.

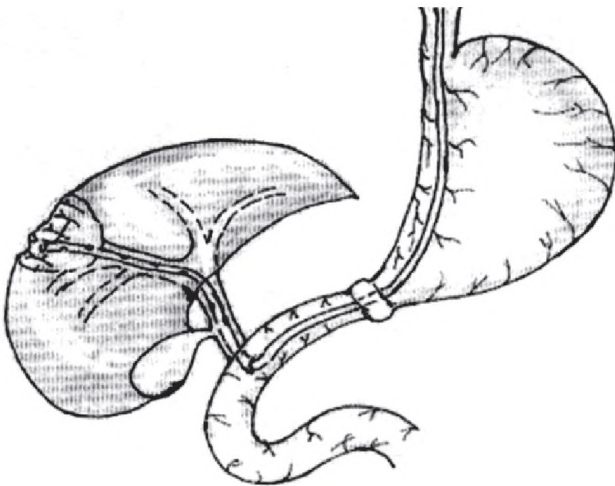


Рис. 6. Транспапиллярное НБД остаточной полости эхинококковой кисты

Осложнение в послеоперационном периоде наблюдалось только у одного пациента в виде острого панкреатита, который лечили консервативно.

В 2 наблюдениях при стриктуре гепатикохоледоха, обусловленное первичным эхинококкозом общего желчного протока, выполнено транспапил-

лярное дренирование зоны паразитарной стриктуры. После операций осложнения не наблюдались.

В 2 случаях при ПХ произведена видеолaparоскопическая холедохотомия с удалением элементов паразита, также была проведена холедохостомия и взятие биопсии стенок общего желчного протока с последующим трансхоледохиальным дренированием остаточной полости эхинококковой кисты. Отмечалось одно осложнение в виде нагноения остаточной полости. Еще в 2-х наблюдениях, при прорыве эхинококковой кисты в магистральный желчный проток с полной обтурацией ее просвета и развитие ПХ, под контролем эндоскопической ультрасонографии (ЭУС), выбрана оптимальная точка для пункции расширенного общего желчного протока иглой Echo Tip Pro Core 19 St. Под контролем ЭУС произведена пункция общего желчного протока (рис. 7) с удалением элементов паразита и застойной гнойной желчи с последующим выполнением холангиографии (рис. 8).



Рис. 7. ЭУС – пункция общего желчного протока. Белые стрелки – пункционная игла.

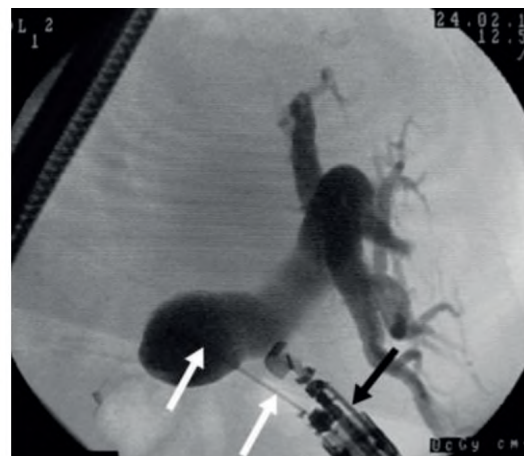


Рис. 8. ЭУС – контролируемая холангиография под ЭУС. Белые стрелки – пункционная игла. Черная стрелка дистальный конец эхоэндоскопа.

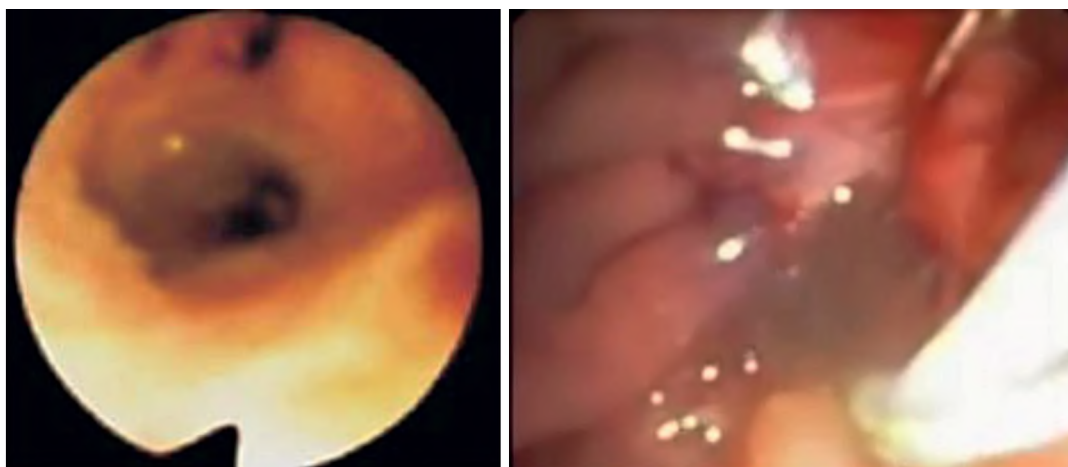


Рис. 9 и 10. Видеохоледохоскопия. Острый катаральный (9) и фибринозно-гнойный холангит (10)ы

При видеохоледохоскопии были выявлены различные формы паразитарного холангита (рис. 9 и 10)

Операцию завершили дренированием общего желчного протока и остаточной полости трансхоледохиальным дренажом. Осложнений и летальных исходов не отмечено.

В биоптатах общего желчного протока и печени у больных ПХ гистологически определилась пролиферация и микробное обсеменение в портальной системе (рис. 11).

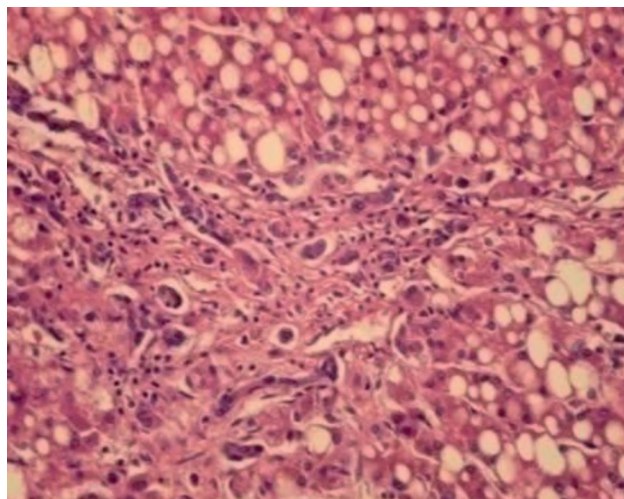


Рис. 11. Микрофото. Острый ПХ. Обсеменение портальной системы микрофлорой. Окраска гематоксилином и эозином. Увеличение x 400

Во всех случаях, после миниинвазивных декомпрессивных вмешательств, просвет общего желчного протока и остаточная полость эхинококковой кисты неоднократно обрабатывалась сколецидными препаратами и антибиотиками.

Следует отметить, что практически во всех случаях, при выполнении миниинвазивных вме-

шательств, операция сопровождалась взятием содержимого общего желчного протока на микробиологическое исследование и чувствительность к антибиотикам. При бактериологических посевах содержимого общего желчного протока, рост грамотрицательной микрофлоры был отмечен у 12 (63,1%) больных, несколько реже, у 7 (36,9%) больных, отмечался рост грамположительной микрофлоры. Среди грамотрицательной микрофлоры преобладала анаэробная флора, имеющая место у 8 (66,7%) пациентов из 12, и аэробная флора у 4 (33,3%) больных (табл. 4).

Таблица 4

Результаты посева микрофлоры содержимого общего желчного протока у больных с ПХ

Характер микрофлоры	Количество (n=12)	%
Анаэробная флора	8	
Bacterilides	3	37,5
Fusobacterium	2	25,0
Veillonella	3	37,5
Аэробная флора	4	
E.Coli	1	25,0
Enterococcus	1	25,0
Klebsiella	1	25,0
Streptococcus	1	25,0

Примечание: % от общего количество больных

В содержимом общего желчного протока среди анаэробов, чаще других видов микроорганизмов встречалось Bacterilides (37,5%), Fusobacterium (25,0%) и Veillonella (37,5%).

Среди аэробов причиной бактериохолии были E. Coli, Enterococcus и Klebsiella. В биоптатах стенки общего желчного протока встречались E.

Coli, Enterococcus и Streptococcus.

Таким образом, результаты микробиологических исследований показывают, что этиологическими факторами бактериохолрии являются смешанные грамотрицательные бактерии с преобладанием анаэробной микрофлоры. После того, как была получена бактериограмма содержимого общего желчного протока, определяли чувствительность микрофлоры к антибиотикам.

При определении чувствительности к антибиотикам, грамотрицательная флора в 85% была чувствительна к ципрофлоксацину, в 84% к цефтазидиму и в 84% к цефалотину. Высокочувствительной, грамотрицательная флора, была к цефамеду, чувствительность к которой составило 97%. 100% Грамположительной флоры желчи была чувствительна к цефамеду, в 79% - к цефперабелу и 82% - к цефалотину.

Всех 19 больных с ПХ, после миниинвазивных вмешательств, оперировали спустя 1,5-2 месяца в безопасном периоде с хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Радикальные оперативные вмешательства были выполнены 8 больным, паллиативные, открытая эхинококкэктомия, 11 пациентам.

Заключение. При МПЖ и ПХ патогенетически обоснованным является двухэтапное хирургическое лечение. На первом этапе нужно выполнять миниинвазивные декомпрессивные вмешательства с дренированием остаточной полости. На втором этапе, после купирования гипербилирубинемии, эндотоксемии и явления холангита в благополучных условиях выполняется вмешательства на кисте печени.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-10 см. в REFERENCES)

1. Амонов Ш.Ш., Прудков М.И., Кацадзе М.А., Орлов О.Г. Минимально инвазивная интраоперационная диагностика и лечение внутренних желчных свищей у пациентов с эхинококкозом печени // Новости хирургии. 2014. №5. С. 615-620.
2. Аничкин В.В., Мартынюк В.В. Лечение осложненных форм эхинококкоза печени в экстренной абдоминальной хирургии // Экстренная медицина. 2014. Т.9, №1. С. 62-70.
3. Ахмедов Р.М., Мирходжаев И.А., Шарипов У.Б. и др. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени // Анналы хирургической гепатологии. 2010. Т.15, №3. С. 99-104.
4. Джабраилов Д.А., Мусаев Г.Х., Харнас С.С. Эхинококкоз печени, осложненный цистобилиарными свищами: диагностика и тактика лечения // Анналы

хирургии. 2008. №4. С.5-9.

5. Курачева Н.А., Ярошкина Т.Н., Толкаева М.В. и др. Дифференциальная ультразвуковая диагностика механических желтух при паразитарных поражениях печени // Бюллетень сибирской медицины. 2012. №6. С.135- 144.

6. Кутовой А.Б., Баринов И.В., Пелех В.А., Родинская Г.А., Носачевская Л.И., Рыбкина Т.Н. Миниинвазивная хирургия в лечении абдоминального эхинококкоза // Вестник Неотложной и восстановительной медицины. 2013. Т.14, №3. С. 355-356.

7. Сангов Д.С., Назаров Ф.Н., Гульмурадов Т.Г. Видеоэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени // Здравоохранение Таджикистана. 2013. №3. С.53-57.

8. Тодуа Ф.И., Лашхи К.С., Гургенидзе М.З., Кахадзе С.Дж., Цицкишвили Л.Р. Паразитарные заболевания билиарных протоков: диагностика и лечение // Медицинская визуализация. 2011. №1. С.69-74.

REFERENCES

1. Amonov Sh.Sh., Prudkov M.I., Katsadze M.A., Orlov O.G. Minimal'no invazivnaya intraoperatsionnaya diagnostika i lechenie vnutrennikh zhelchnykh svishchei u patsientov s ekhinokokkozom pecheni [Minimally invasive intraoperative diagnosis and treatment of internal biliary fistulas in patients with liver echinococcosis]. *Novosti khirurgii - Surgery News*, 2014, No. 5, pp. 615-620.
2. Anichkin V.V., Martynyuk V.V. Lechenie oslozhnennykh form ekhinokokkoza pecheni v ekstretnoi abdominal'noi khirurgii [Treatment of complicated forms of liver echinococcosis in emergency abdominal surgery] *Ekstrennaia meditsina - Emergency medicine*, 2014, Vol. 9, No. 1, pp. 62-70.
3. Akhmedov R.M., Mirkhodzhaev I.A., Sharipov U.B. i dr. Miniinvazivnye vmeshatel'stva pri ekhinokokkoze pecheni [Minimally invasive interventions for liver echinococcosis] *Annaly khirurgicheskoi gepatologii - Annals of Surgical Hepatology*, 2010, Vol. 15, No. 3, pp. 99-104.
4. Dzhabrailov D.A., Musaev G.Kh., Kharnas S.S. Ekhinokokkoz pecheni, oslozhnennyi tsistobiliarnymi svishchami: diagnostika i taktika lecheniya [Echinococcosis of the liver, complicated by cystobiliary fistula: diagnosis and treatment tactics]. *Annaly khirurgii - Annals of Surgery*, 2008, No. 4, pp. 5-9.
5. Kuracheva N.A., Yaroshkina T.N., Tolkaeva M.V. i dr. Differentsial'naya ul'trazvukovaya diagnostika mekhanicheskikh zheltukh pri parazitarnykh porazheniyakh pecheni [Differential ultrasound diagnosis of obstructive jaundice with parasitic liver damage] *Biulleten sibirskoi meditsiny - Bulletin of Siberian medicine*, 2012, No. 6, pp. 135- 144.
6. Kutovoi A.B., Barinov I.V., Pelekh V.A., Rodinskaya G.A., Nosachevskaya L.I., Rybkina T.N. Miniinvazivnaya khirurgiya v lechenii abdominal'nogo ekhinokokkoza [Minimally invasive surgery in the treatment of abdominal echinococcosis]. *Vestnik Neotlozhnoi i vossta-*

novitelnoi meditsiny - Bulletin of Emergency and Recovery Medicine, 2013, Vol. 14, No. 3, pp. 355-356.

7. Sangov D.S., Nazarov F.N., Gul'muradov T.G. Videoendoskopicheskaya khirurgiya ekhinokokkoza pecheni [Video endoscopic surgery of liver echinococcosis]. Zdravookhranenie Tadjikistana - Tajikistan Health, 2013, No. 3, pp. 53-57.

8. Todua F.I., Lashkhi K.S., Gurgenidze M.Z., Kakhadze S.Dzh., Tsitskishvili L.R. Parazitarnye zaboлевaniya biliarnykh protokov: diagnostika i lechenie [Parasitic diseases of biliary ducts: diagnosis and treatment]. Meditsinskaya vizualizatsiya - Medical imaging, 2011, No. 1, pp. 69-74.

9. Akkucuk S., Aydogan A., Ugur M., Yetim I., Davran R., Oruc C., Kilic E., Temiz M. Comparison of surgical procedures and percutaneous drainage in the treatment of liver hydatid cysts: a retrospective study in an endemic area // International journal of clinical and experimental medicine. 2014. Vol. 7, №8. P. 2280-2285.

10. Liody J.B., Koep L.J., Yu E., Jensen L.A. Hepatic cystic echinococcosis // The Journal of the American Osteopathic Association. 2014. Vol. 114, №6. P. 505.

Хулоса

З.А. Азиззода

ХОЛАНГИТИ ШАДИДИ ТУФАЙЛӢ ДАР БЕМОРОНИ ЭХИНОКОККОЗИ ЧИГАР

Мақсади таҳқиқот. Беҳтарсозии натиҷаи табобати бемори эхинококкози чигардошта, ки

бо зардпарвини механикии туфайлӣ ва холангити туфайлӣ ориздор шудааст.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Натиҷаи табобати 19 нафар беморони эхинококкози чигар, ки бо зардпарвини механикии туфайлӣ ва холангити туфайлӣ ориздор шудааст оварда шудааст. Барои муоина ва табобати беморон услубҳои ташхиси лабораторӣ, нишондодҳои эндотоксемия, усулҳои шифой ва эндоскопӣ истифода шудаанд.

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи онҳо. Беморон дар ду марҳила табобат гирифтаанд: дар марҳилаи якум декомпрессияи эндоскопӣ ва тозақунонии роҳҳои талаҳагузар ё декомпрессия ба воситаи сӯзанзанӣ дар зерӣ назорати ултрасадо ва дар марҳилаи дуюм усулҳои гуногуни ҷарроҳии кистаи эхинококкозӣ гузаронида шудааст.

Ҳамаи 19 нафар беморон баъди 1,5-2 моҳи муҳолиаҳои миниинвазивӣ ҷарроҳӣ шудаанд. Ҷарроҳиҳои радикалӣ дар 8 нафар бемор ва паллиативӣ – эхинококкэктомияи кушода дар 11 нафар бемор гузаронида шудааст.

Хулоса. Хангоми зардпарвини механикии туфайлӣ, ки бо холангити туфайлӣ ориздор шудааст табобат дар ду марҳила асоснок мебошад. Дар марҳилаи якум усулҳои декомпрессияи миниинвазивӣ ва дар марҳилаи дуюм, ҷарроҳӣ дар кистаи чигар гузаронида мешавад.

УДК 612.821

А.П. Астащенко¹, Е.В. Дорохов¹, Н.Ш. Абдурахманов²

ОСОБЕННОСТИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИИ ФРОНТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ МОЗГА ЧЕЛОВЕКА ПРИ НЕОСОЗНАВАЕМОМ СМЕЩЕНИИ ВНИМАНИЯ К ЗРИТЕЛЬНЫМ СТИМУЛАМ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ

¹ ФГБОУВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко»

² Таджикский национальный университет, Душанбе, Таджикистан

Астащенко Анжела Павловна – к.б.н., доцент кафедры нормальной физиологии ВГМУ им. Н.Н. Бурденко; email: cerceal@rambler.ru

Цель исследования. Выявить особенности фронтальной асимметрии альфа диапазона ЭЭГ, при неосознаваемом смещении внимания к зрительным стимулам, содержащим сцены агрессивного и гуманного поведения.

Материалы и методы исследования. В наблюдении участвовало 25 человек (11 человек мужского пола и 14 – женского), студентов медицинского университета, в возрасте 21±2 года, с правой ведущей рукой, с нормальным зрением или скорректированным до нормального. Все студенты дали добровольное согласие на участие в обследовании в обычные учебные дни. Когнитивное задание представляло собой dot-probetest (проба с точкой). Регистрация ЭЭГ осуществлялась на аппаратно-программном комплексе «Медиком-МТД».