

УДК 616.36-002.951.21-053.2-08

Р.Х. ШАНГАРЕЕВА

Башкирский государственный медицинский университет, 450000, г. Уфа, ул. Ленина, д. 3

Эхинококкоз печени у детей. Роль консервативной терапии

Шангареева Роза Хурматовна — кандидат медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии, ортопедии и анестезиологии, тел. +7-917-365-32-26, e-mail: shanrosa@mail.ru

В статье отражена роль противопаразитарной химиотерапии в лечении эхинококкоза у детей. При эхинококковых кистах малых размеров у 19 детей (у 12 — изолированный эхинококкоз печени и у 7 — сочетанное поражение) проведено консервативное лечение. Послеоперационная профилактическая химиотерапия, проведенная у 146 пациентов, позволила до минимума снизить риск рецидива заболевания. У 73% детей с эхинококкозом выявлена лямблиозная инвазия, у 28,4% пациентов до операции и во время диспансерного наблюдения сохраняется высокий титр антител к токсокарозу. Албендозол является активным антигельминтным средством широкого спектра действия, в том числе к вышеуказанным паразитам.

Ключевые слова: дети, эхинококкоз, лямблиоз, токсокароз, албендозол.

R.KH. SHANGAREYEVA

Bashkir State Medical University, 3 Lenin St., Ufa, Russian Federation, 450000

Rationale for antiparasitic chemotherapy of echinococcosis in children

Shangareyeva R.Kh. — Cand. Med. Sc., Associate Professor of Children's Surgery, Orthopedics and Anesthesiology Department, tel. +7-917-365-32-26, e-mail: shanrosa@mail.ru

The article reflects the role of antiparasitic chemotherapy in the treatment of echinococcosis in children. Conservative treatment was conducted in 19 children with small-size cysts: 12 children with isolated echinococcosis of the liver and 7 children with combined lesion. Postoperative prophylactic chemotherapy, performed in 146 patients, allowed to minimize the risk of the disease recurrence. In addition, the antiparasitic chemotherapy was justified due to the fact that 73% of children with echinococcosis had lamblia, and 28,4% of patients showed a high titer of antibodies to toxocarosis before surgery and during the further medical observation. Albendazole is an active medication against a wide range of helminthes, including the above-mentioned parasites.

Key words: children, echinococcosis, lamblia, toxocara, albendazole.

Снижение паразитарной заболеваемости, прежде всего среди детей, является существенным резервом уменьшения бремени болезней и увеличением продолжительности жизни [1]. Наиболее пораженной паразитами частью населения являются дети, при этом могут паразитировать одновременно несколько видов гельминтов, которые сожительство, многократно увеличивая ущерб наносимый организму ребенка [2-4]. Эхинококкоз является одним из наиболее тяжелых паразитарных заболеваний, вопросы своевременной диагностики, выбора оптимального метода лечения не теряют своей актуальности. Основным методом лечения остается хирургический. В случаях, когда размеры кист слишком малы и имеется высокий операционный риск хирургами, проводится динамическое наблюдение [5]. Хотя доказана эффективность консервативного лечения албендазолом и по рекомендации ВОЗ она может применяться как самостоятельный

метод [6-9]. Сдерживающим фактором в проведении консервативного лечения является то, что препарат в 10-20% наблюдений оказывает гематотоксическое и выраженное гепатотоксическое действие, проявляющееся резким повышением уровня трансаминаз [7, 10]. В то же время многие авторы едины во мнении о необходимости послеоперационной противопаразитарной химиотерапии, особенно при осложненных формах [6, 11]. Исследований в области, касающейся методов консервативного лечения эхинококкоза у детей, недостаточно [12]. В научной литературе мы не нашли данных о сочетании эхинококкоза с другими паразитозами.

Цель работы — анализ результатов применения противопаразитарной химиотерапии в лечении детей с эхинококкозом печени.

Материал и методы

В клинике детской хирургии Башкирского государственного медицинского университета на ста-



ционарном лечении находилось 290 детей с эхинококкозом печени (ЭП) в возрасте от 2 до 15 лет. Из них изолированное поражение печени выявлено у 232 (80%), сочетанное с легкими — у 41 (14,1%), с другими органами — у 17 (5,9%) детей. Осложненный ЭП наблюдался у 47 (16,2%) детей: в 34 случаях — нагноение, в 13 — прорыв эхинококковой кисты в брюшную полость. У 161 (55,5%) пациента встречались одиночные эхинококковые кисты (ЭК) малых и средних размеров: $50,5 \pm 4,5$ мм, у 56 (19,3%) — больших и гигантских размеров: $140,8 \pm 40,7$ мм. Множественные ЭК наблюдались у 73 (25,2%) детей.

Диагноз устанавливали на основании клинико-лабораторных данных и результатов ультразвукового исследования, рентгенографии грудной клетки. В связи с тем, что у детей нередко встречается сочетанное поражение нескольких органов, всем пациентам проводили эхокардиографию, при наличии неврологического статуса — компьютерную томографию (КТ) головного мозга. КТ проводилась также при множественном поражении органа. Стадию жизнедеятельности паразита определяли согласно ультразвуковой классификации Н. Gharbi et al. (1981) и ВОЗ-IWGE (2003) [13, 14].

Иммуноферментный анализ (ИФА) выполнялся с использованием набора реагентов «Эхинококк-IgG-ИФА-БЕСТ» ЗАО «Вектор-Бест. Копроскопическое исследование (макроскопия кала, окрашенного раствором Люголя) проводилось трехкратно, с промежутками в 8-14 дней.

Выбор тактики лечения определялся в зависимости от размеров паразитарных кист и стадии заболевания. При эхинококковых кистах малых размеров проводилось консервативное лечение.

Эндовидеохирургические вмешательства являлись приоритетными при единичных паразитарных кистах малых и средних размеров (до 100 мм), расположенных поверхностно. Доля эндоскопических операций составила 40,5% от числа всех прооперированных детей, с эхинококкозом печени, выявленных со дня внедрения метода. При эхинококковых кистах больших и гигантских размеров, при множественном поражении органа и при локализации паразитарной кисты в глубине паренхимы проводилась традиционная эхинококкэктомия с ликвидацией остаточной полости. Проведен сравнительный анализ результатов консервативного и хирургического лечения эхинококкоза у детей. 1-ю группу (n=19) составили пациенты, которым проводилась консервативная терапия. Сравнительную, ретроспективную группу (n=9) составили дети, которым до внедрения консервативного метода лечения при выявлении ЭК малых размеров проводилось динамическое наблюдение, затем при достижении 40 мм и более выполнялось хирургическое вмешательство. Результаты консервативного лечения оценивались согласно критериям ВОЗ по данным УЗИ: — успешное лечение (исчезновение или значительное уменьшение размеров кист); благоприятный эффект (заметное уменьшение размера кист или исчезновение некоторых кист при множественном поражении); безуспешное лечение (отсутствие видимых изменений размеров, формы и структуры кисты). Статистическая обработка результатов исследования проведена на IBM PC Pentium 166 MMX специализированным пакетом STATISTICA. Для показателей по каждой группе определены средние значения параметров, достоверность различия между группами оценена критерием Манна – Уитни.

Результаты и обсуждение

По данным нашего материала, у 57 (19,7%) детей наблюдалась первая стадия ЭП. Особенностью клиники в начальной стадии являлось отсутствие локальных признаков, но при этом имелись симптомы умеренно выраженного токсикоза, проявляющегося в виде слабости, быстрой утомляемости, отсутствия аппетита. ЭП в ранней стадии выявлен у 27 детей в результате обследования по поводу вышеперечисленных жалоб, у 21 детей в результате профилактического осмотра с выполнением УЗИ, у 9 обследование проведено в связи с тем, что у одного из членов семьи выявлен эхинококкоз. Нарушений лабораторных показателей функции печени у пациентов с первой стадией заболевания не выявлено.

Большинство больных, 186 (64,1%), поступили в клинику в период разгара заболевания (II стадия), который характеризовался признаками хронического токсикоза и различными местными симптомами. Дети отставали в физическом развитии, отмечали жалобы на периодические боли в животе, особенно при физической нагрузке. Гепатомегалия отмечена у 104 больных, у 68 ЭК пальпировалась как опуховидное образование тугоэластической консистенции. Гипохромная анемия наблюдалась у 106, лейкоцитоз — у 29, эозинофилия — у 62 пациентов. Гипопротеинемия выявлена у 10 (5,4%), диспротеинемия за счет увеличения глобулинов — у 47 (25,3%) пациентов. Гипербилирубинемия $41,5 \pm 1,4$ мкмоль/л отмечена у 23 пациентов: за счет прямой фракции — у 6, непрямой — у 17. Повышение уровня ферментов наблюдалось у 39 больных.

III стадия заболевания (стадия осложнений) имела место у 47 (16,2%) пациентов. Перфорация ЭК в брюшную полость наблюдалась у 13 детей. Первыми симптомами данного осложнения являлись резкие боли в животе, слабость, заторможенность, падение артериального давления, аллергическая сыпь по типу «крапивницы». При объективном обследовании выявлены болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины. Нагноение ЭК наблюдали у 34 детей. Клиническая картина при этом осложнении характеризовалась выраженными признаками токсикоза и сенсбилизации организма из-за усиленного всасывания паразитарной жидкости. Больные жаловались на боли в животе, рвоту, кожный зуд, субфебрильную и фебрильную температуру. В анализах крови отмечались лейкоцитоз — до $(12 \pm 3,5) \times 10^9$ /л, эозинофилия — до $(36 \pm 14)\%$, повышение СОЭ — до $26 \pm 4,0$ мм/час и тимоловой пробы до 7 ед.

Сочетанное поражение эхинококкозом печени и других органов мы наблюдали у 58 (20%) детей, из них у 41 отмечалось поражение печени и легкого. Характерной особенностью сочетанного эхинококкоза нескольких органов являлось разнообразие локальной симптоматики. Надо отметить, что при сочетанном поражении данных органов клинические проявления со стороны легких были более выраженными, у 6 детей наблюдались осложнения со стороны ЭК легкого в виде нагноения и прорыва в бронх.

УЗИ является основным методом диагностики эхинококкоза печени, позволяет высокоинформативно, неинвазивно определить количество кист, их локализацию, размеры и осложнения. Чувствительность метода в выявлении ЭП составила 98,2%, специфичность — 99%, точность — 97,6%.



ИФА, выполненный до операции у 79 детей с эхинококкозом печени, выявил значительное количество ложноотрицательных ответов. Точность метода составила 91%, чувствительность — 86%. Однако ИФА при диспансерном наблюдении — ценный метод для выявления рецидива эхинококкоза. Высокий титр антител, выявленный через 3 года после операции, свидетельствовал о наличии рецидива заболевания.

Эволюционно сложившееся сходство в прохождении части жизненного цикла простейших и гельминтов во внешней среде, а также общность факторов передачи способствуют частому образованию смешанных паразитоценологических инвазий. Особенно лямблии и лямблиозное цистонительство образуют смешанную инвазию практически со всеми гельминтами, что свидетельствует об отсутствии взаимоогнетающего воздействия между ним [2]. Обследование детей с эхинококкозом на наличие лямблиозной инвазии нами было вызвано в связи с тем, что 4 пациента с эхинококковыми кистами больших размеров (в одном из них осложненная киста), до установления диагноза длительно лечились у педиатра по поводу лямблиоза. ИФА, проведенный у 56 детей с эхинококкозом, показал, что в сыворотке крови у 21 (37,5%) ребенка имеются антитела на антигена лямблии. У 13 пациентов титр антител составил 1:100, у 7 — 1:200 и у 1 — 1:400. Копроскопическое исследование, которое является наиболее достоверным методом для выявления лямблий, показало наличие цист лямблий в 41 (73,2%) случае. Основные распространители эхинококкоза, собаки, являются проводниками не менее тяжелого паразитарного заболевания — токсокароза. Обнаружить мигрирующие личинки практически невозможно, поэтому ведущими в диагностике токсокароза являются иммунологические методы [6]. Титр специфической реакции 1:800 и выше свидетельствует о наличии заболевания с высокой долей вероятности, титр 1:200, 1:400 о носительстве токсокар или глазном токсокарозе [6, 8]. В наших исследованиях из 116 пациентов у 33 (28,4%) выявлен положительный результат реакции. У 23 (19,8%) детей титр антител составил 1:200, 1:400. Высокий титр антител выявлен у 10 (8,6%) обследованных: у 4 — 1:800; у 6 — в интервале от 1:1600 до 1:6400. Учитывая диагностические характеристики набора «Эхинококк-IgG-ИФА-БЕСТ» возможен перекрест иммунологических реакций с токсокарозом, что может быть связано, с взаимодействием антител с гетерологичным антигеном за счет иммунологических перекрестов между антигенами. Однако после эхинококкэктомии титр антител на токсокароз сохранялся на прежнем уровне, в то время как титр антител на эхинококк отмечал тенденцию к росту, затем к постепенному снижению. После химиотерапии албендазолом отмечено значительное снижение титра антител на токсокароз. Указанные данные скорее свидетельствуют о наличии совместной инвазии токсокароза и эхинококкоза, чем о результатах перекрестной реакции двух паразитарных заболеваний.

Лечебная тактика при ЭП в современных условиях стала избирательной в связи с разработкой различных методов лечения. Выбор тактики лечения нами определялся в зависимости от размеров паразитарных кист и стадии заболевания, при этом предпочтение отдавали щадящим и малотравматичным методам. Консервативная терапия как самостоятельный метод лечения успешно использована

в 19 случаях: у 12 при изолированном, у 7 при сочетанном эхинококкозе печени.

Показанием для консервативной терапии являлись:

- ранняя стадия заболевания, ЭК небольших размеров ($30 \pm 5,7$ мм);

- интрапаренхиматозная локализация кисты.

Стадия жизнедеятельности паразита согласно ультразвуковой классификации Н. Gharbi et. al. (1981) и ВОЗ-IWGE (2003):

- кистозная форма ацефалоцисты (CL);

- моновезикулярная киста (CE1);

- множественные моновезикулярные кисты (CE1);

- моновезикулярная киста с отслойкой хитиновой оболочки (CE3).

ЭК в стадии CL представлялась анэхогенным образованием округлой или несколько овальной формы, с четкими ровными контурами (рис. 1). Двойной контур за счет хитиновой и фиброзной оболочек — эхографический признак, характерный только для ЭК, в этой фазе не определяется. Это обуславливал необходимость дифференцирования эхинококка с непаразитарными кистами, которые чаще имеют неправильную форму. У 3 больных нами проводилось динамическое наблюдение в течение 1-2 мес., за этот период отмечено увеличение размеров кисты, что характерно для эхинококка.

Рисунок 1.

Эхограмма печени девочки Р. 3 лет, на которой определяется анэхогенное образование овальной формы, с четкими ровными контурами (ЭК в стадии CL)



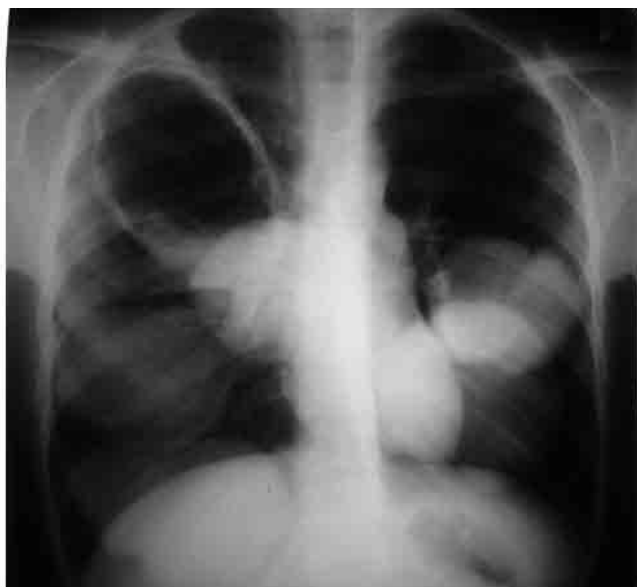
Препарат «Немозол» (албендазол) назначался из расчета 10 мг/кг в сутки на 28 дней с перерывом 14 дней, $5,9 \pm 1,6$ курса. После каждого курса терапии проводился контрольный осмотр, с клинико-лабораторным исследованием и УЗИ. С целью оценки функционального состояния печени исследовали маркеры повреждения гепатоцитов, холестаза и показатели синтетической функции печени. В 5 случаях выявлено умеренное повышение показателей трансаминаз. У наблюдаемых нами детей признаков гематологической токсичности не отмечено. Консервативное лечение эхинококкоза являлось комплексным, проводилось с учетом аллергических проявлений и умеренной гепатотоксичности. В период аллергических проявлений назначались десенсибилизирующие препараты, после первого курса — гепатопротекторы, после третьего курса — энзимотерапия (вобензим

по схеме) и пробиотики, т.к. проведенные нами исследования показали, что у детей с эхинококкозом имеются значительные нарушения микрофлоры кишечника. Достаточно характерной являлась динамика эхографической картины: изменялась форма паразитарной кисты, появлялся двойной, неровный внутренний контур за счет отслойки хитиновой оболочки. Через 3-6 мес. отмечалось уменьшение размеров кисты до $24,5 \pm 6,1$ мм. Отчетливо определялись дегенеративные изменения, характеризующиеся неоднородностью структуры, за счет уменьшения жидкостного содержимого. Через 8-10 мес. после лечения на месте бывшей ЭК определялся участок неоднородности паренхимы без четких контуров, размером $20,9 \pm 5,3$ мм. У 8 (47%) детей через 12-18 мес. на месте бывшей эхинококковой кисты изменений паренхимы печени не выявлены, у остальных определялся гиперэхогенный участок размером $11,4 \pm 4,2$ мм.

Консервативное лечение проведено 7 пациентам с сочетанным эхинококкозом. На рис. 2 и 3 представлены рентгенограмма и компьютерная томограмма мальчика А. 12 лет с сочетанным множественным эхинококкозом обеих легких и печени. По поводу множественных кист правого легкого (5 кист, одна из них осложненная прорывом в бронх) и левого легкого (3 кисты), проведены этапные операции с перерывом 10 суток. По поводу множественных (20) мелких эхинококковых кист локализованных в разных сегментах печени (рис. 3) проведена консервативная терапия. Таким образом, у 7 детей при сочетанном эхинококкозе химиотерапия позволила сократить количество хирургических вмешательств и одновременно являлась профилактикой рецидива заболевания.

Рисунок 2.

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больного А., 12 л., на которой 4 ЭК правого и 3 левого легкого представлены гомогенными затемнениями округлой формы с четкими ровными контурами. ЭК правого легкого, осложненная прорывом в бронх, представлена воздушной кистой, у которой по нижнему контуру имеется интенсивная тень, обусловленная спадением хитиновой оболочки



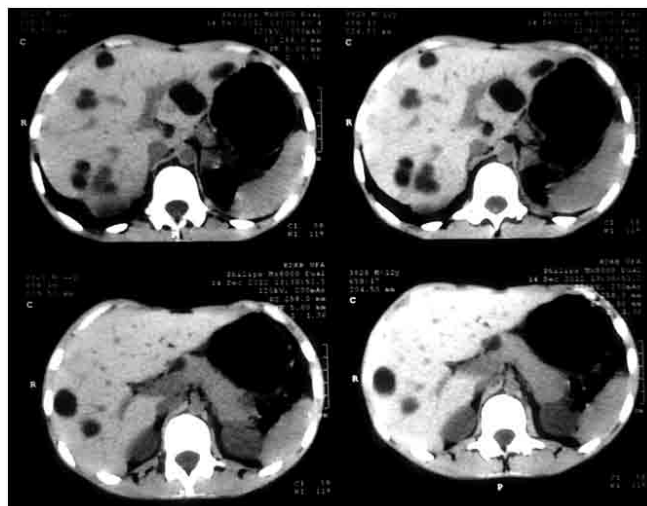
Консервативное лечение проводилось в амбулаторных условиях, дети жили в привычном режиме, посещали детский сад, школу, не испытывали психоэмоционального стресса, связанного с предстоящей операцией. За аналогичный период во второй группе наблюдался рост кисты и через 12-18 мес. дети подвергались хирургическому вмешательству (табл. 1). Виделапароскопическая эхинококкэктомия являлась методом выбора при поверхностно расположенных эхинококковых кистах. Традиционная эхинококкэктомия проводилась при локализации кисты в глубине паренхимы и VII-VIII сегментах печени.

В сравнительном аспекте нами проведена оценка экономической эффективности лечения детей с эхинококкозом печени (табл. 2). Сумма затрат при консервативном лечении в 1,7 раза меньше, чем при эндовидеохирургическом, и в 2,3 раза, чем при традиционном хирургическом вмешательстве.

Таким образом, сравнение результатов лечения детей 1-й и 2-й групп с эхинококкозом печени показал, что динамическое наблюдение при выявлении эхинококковой кисты малых размеров, затем хирургическое вмешательство через 12-18 мес. приводит к удлинению течения заболевания и соответственно сроков лечения и реабилитации. Поэтому при выявлении у ребенка ЭК малых размеров целесообразно проведение консервативного лечения. Она должна проводиться под врачебным контролем и с целью своевременной коррекции лечения необходимо регулярно выполнять клинко-лабораторные исследования, оценивать функциональное состояние печени. Наличие эффекта от проводимой консервативной

Рисунок 3.

Серии компьютерных томограмм печени больного А., 12 л. В паренхиме печени определяются множественные мелкие эхинококковые кисты



терапии определялся на основании данных динамической эхографии. Изменение формы, контуров, размеров, и структуры кисты, за счет уменьшения жидкостного компонента являются признаками дегенеративных процессов в паразитарной кисте. Результаты консервативного лечения согласно критериям ВОЗ оценены как успешное у 15 и благоприятный эффект у 4 пациентов. Про-



Таблица 1.
Динамика показателей ЭК печени по исследуемым группам

Этап исследования	Характеристика ЭК печени					
	I группа			II группа		
	Форма	Размер	Структура	Форма	Размер	Структура
При первом УЗИ	Округло-овальная, четкие, ровные контуры	30±5,7 мм	Однородно-жидкостное содержимое	Округло-овальная, четкие, ровные контуры	30±5,7 мм	Однородно-жидкостное содержимое
Через 3-6 мес.	Неправильно-овальная форма, неровные контуры	24,5±4,8 мм	Неоднородно-жидкостная	Округло-овальная, четкие контуры	35±3,2 мм	Однородно-жидкостное содержимое
Через 8-10 мес.	Неправильной формы	20,9±3,2 мм	Неоднородное, незначительное жидкостное содержимое	Округло-овальная, четкие контуры	42±3,6 мм	Однородно-жидкостное содержимое
Через 12-18 мес.	Без четких контуров	11,4±2,8 мм	Участок гиперэхогенности, либо не определяется	Округло-овальная, четкие контуры	51±3,4 мм	Однородно-жидкостное содержимое

Таблица 2.
Сравнительный анализ параметров лечения по группам исследования

Основные параметры	По группам исследования	
	I группа	II группа
Результат	Выздоровление через 18 мес.	Хирургическое вмешательство через 18-24 мес.
Стоимость лечения	18373,7±3148 руб.	31414,5±1559 руб. (ВЛЭП) 40848±1926 руб. (традиционное)
Период диспансерного наблюдения	2 года	5 лет
Прогноз	Благоприятный	Возможен рецидив (без профилактической химиотерапии)

филактика рецидива заболевания чрезвычайно важна в связи тем, что ретроспективный анализ данных нашей клиники при эхинококкозе печени показал возникновение рецидива у 11 (4,6%) больных. Рецидив выявлялся в сроки от 1 года до 3 лет. Кроме того, у 12 пациентов во время диспансерного наблюдения обнаружен эхинококк других органов. Это еще раз свидетельствует о том, что у детей нередко сочетанные поражения и эхинококк может находиться на разных стадиях развития.

Послеоперационная профилактическая химиотерапия проведена у 146 пациентов при поражении печени (74), легкого (47), при сочетанном поражении печени и легкого (21) и при редких локализациях паразита (4). С начала внедрения химиотерапии, т.е. за последние 5 лет, рецидива эхинококкоза печени у наблюдаемых детей нет.

Проведение противопаразитарной химиотерапии оправдано еще тем, что у 73% детей с эхинококкозом имеется лямблиозная инвазия, у 28,4%

пациентов до операции и во время диспансерного наблюдения сохраняется высокий титр антител к токсокарозу. Албендозол является активным антигельминтным средством широкого спектра действия, в том числе к вышеуказанным паразитам.

Выводы

Широкое применение УЗИ скрининга в эндемичных очагах является основным условием для ранней диагностики ЭП. При выявлении у ребенка эхинококковой кисты малых размеров консервативная терапия является методом выбора. Профилактическая химиотерапия в послеоперационном периоде позволяет снизить до минимума вероятность развития рецидива заболевания и кроме того, провести эрадикацию других паразитов, например возбудителя токсокароза. Комплексное использование ранней диагностики, щадящих методов лечения и профилактической химиотерапии позволяет существенно повысить эффективность лечения детей с ЭП.



ЛИТЕРАТУРА

1. Гузеева Т.М. Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации и задачи в условиях реорганизации службы. — Медицинская паразитология и паразитарные болезни. — 2008. — № 1. — С. 3-11.
2. Абдулазизов А.И., Абдулпатахова С.Б. Паразитозы у амбулаторных и стационарных больных детей // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. — 2007. — № 1. — С. 14-16.
3. Поляков В.Е., Лысенко А.Я. Гельминтозы у детей и подростков. — М., 2003. — 250 с.
4. Тимченко В.Н., Леванович В.В., Абдукаева Н.С. и др. Паразитарные инвазии в практике детского врача. — Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб, 2005. — 288 с.
5. Пантелеев В.С., Заварухин В.А., Мамоян И.Н. и др. Фотодинамическое лечение «фотодитазином®» в сочетании с углекислотным лазером осложненного эхинококкоза печени // Медицинский вестник Башкортостана. — 2009. — № 4. — С. 32-34.
6. Ветшев П.С., Мусаев Г.Х. Эхинококкоз: современный взгляд на состояние проблемы // Анналы хирургической гепатологии. — 2006. — № 11 (1). — С. 111-117.
7. Шевченко Ю.Л., Харнас С.С., Мусаев Г.Х. Химиотерапия эхинококкоза // Анналы хирургии. — 2005. — № 2. — С. 15-20.
8. Chai J., Menghebat. Wei J., Deyu S. et al. Observations on clinical efficacy of albendazole emulsion in 264 cases of hepatic cystic echinococcosis // Parasitol Int. — 2004. — Vol. 53, № 1. — С. 3-10: 230.
9. Stankovic N., Ignjatovic M., Nozic D. et al. Liver hydatid disease morphological changes of protoscolecex after albendazole therapy // Vojnosanit Pregl. — 2005. — Vol. 62, № 3. — С. 175-179: 101.
10. De Rose F., Teggi L. Treatment of echinococcus granulosus hydatid disease with albendazole // Ann Trop Mod Parasitol. — 1990. — Vol. 84. — P. 831-836.
11. Manterola C., Mansilla J.A, Fonseca. F. Preoperative albendazole and scolices viability in patients with hepatic echinococcosis // World J Surg. — 2005. — Vol. 29, № 6. — P. 750 -753.
12. Мусаев Г.Х., Лигоньков Ю.А., Харнас С.С. и др. Химиотерапия в лечении больных эхинококкозом // Анналы хирургической гепатологии. — 2002. — № 7: I. — С. 322-323.
13. Gharbi H.A., Hassine W., Brauner M.W., Dupuch K. Ultrasound examination of the hydatid liver // Radiology. — 1981. — Vol. 139. — P. 459-463.
14. WHO. Informal Working Group. International classification of ultrasound images in cystic echinococcosis for application in clinical and field epidemiological settings // Acta. Tropica. — 2003. — Vol. 85, № 2. — P. 253-261.

НОВОЕ В МЕДИЦИНЕ. ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ГОРМОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Заместительная гормональная терапия связана с повышенным риском возникновения острого панкреатита, установили ученые. Результаты новейшего исследования были опубликованы в журнале Canadian Medical Association Journal. Несмотря на применение методик консервативного и оперативного лечения, общая летальность составляет от 7 до 15%, при деструктивных формах — от 40 до 70%.

В ходе новейшего исследования, которое проходило с 1997 по 2010 год, специалисты проанализировали состояние 31 494 шведских женщин в постменопаузе в возрасте 48 лет. На момент исследования 13 113 (42%) женщин проходили лечение, 3660 (12%) испытуемых уже прошли терапию. При этом 6795 (52%) проходили терапию от приливов при менопаузе, 4148 (32%) — местную терапию от вагинальной сухости и 2170 (16%) женщин — обе терапии.

В результате анализа было установлено, что заместительная гормональная терапия увеличивает риск возникновения острого панкреатита в 1,5 раза. Ученые полагают, что причиной возникновения острого панкреатита является экзогенный эстроген, который вводится в организм при заместительной гормонотерапии.

Источник: Medlinks.ru