



Диагностика и лечение детей с эхинококковым поражением печени

А. М. ШАМСИЕВ, Ж. А. ШАМСИЕВ, Д. О. АТАКУЛОВ, И. Ч. ГИМАДДИНОВ, И. У. ТОГАЕВ
Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд.

УДК 616.36-053.2

Из 182 детей эхинококкоз печени отмечен у 111 (61%), причем изолированные кисты печени выявлены у 81 (73%) пациентов, а сочетанные формы — в 30 (27%) случаях. Обращает на себя внимание тот факт, что при эхинококкозе печени чаще встречались одиночные кисты — 64 (57,7%) случая, однако следует отметить, что удельный вес множественного поражения печени был выше — 47 (42,3%). Только у 11 (10%) детей отмечались осложнения. Прорыв эхинококковой кисты в брюшную полость встречался лишь в одном случае, что составило 0,9%.

Ультразвуковая сонография выполнена всем 182 пациентам с эхинококкозом, у которых эхинококковые кисты обнаружены в 215 случаях (с учетом сочетанных локализаций в органах). При исследовании методом УЗС у 106 детей (95,5%) кисты обнаружены в печени, у 40 (43%) — в легких. В 80 (52,3%) случаях по данным УЗС было получено положительное заключение об эхинококкозе печени. Интраоперационное подтверждение получено у 78 (51%) из этих детей. Ложноположительные ответы получены у 2 (1,3%) пациентов, так как в дальнейшем поставленный диагноз не подтвердился. Отрицательный диагноз по поводу эхинококковой кисты печени получен у 73 (47,7%) детей. Из этого количества пациентов у 3 (2,0%) заключение УЗС оказалось ложноотрицательным. Интраоперационно в последующем диагноз эхинококкоза печени подтвержден у всех этих больных. Следовательно, в 70 (45,8%) случаях имело место истинноотрицательное заключение по диагнозу эхинококкоза печени. Диагностическая ошибка УЗС по поводу эхинококкоза печени в наших наблюдениях допущена в 5 (3,3%) случаях. Таким образом, чувствительность ультразвукового исследования в распознавании эхинококкоза печени составила 96,3%, специфичность — 97,3%, диагностическая точность — 96,7%.

Результаты исследования иммунологических показателей у обследованных детей показали, что Т-лимфоциты, имеют статистически достоверную тенденцию к снижению. Анализ субпопуляций Т-лимфоцитов также свидетельствует о снижении их уровня у больных эхинококкозом. Содержание иммуноглобулинов крови является интегральным показателем функционирования В-системы лимфоцитов. Так, при эхинококкозе уровень IgA возрос с $1,19 \pm 0,05$ до $2,03 \pm 0,17$ ($p < 0,001$). Такая же картина наблюдается при анализе динамики IgM. При эхинококкозе показатель, равный в норме $1,01 \pm 0,03$ возрастает до $1,75 \pm 0,29$ ($p < 0,001$). Содержание

IgG было несколько повышенным. Также отмечается повышение содержания ЦИК у больных с эхинококкозом по сравнению с нормой ($p < 0,001$). Наблюдения обнаружили, что у практически здоровых детей в крови содержится в среднем $58,44 \pm 1,17\%$ фагоцитирующих нейтрофилов относительно общего числа нейтрофильных клеток. При эхинококкозе этот показатель снижался до $55,81 \pm 0,91\%$ ($p < 0,001$).

Нами проведено определение реакции непрямой гемагглютинации и антигенсвязывающих лейкоцитов с целью диагностики эхинококкоза различной локализации у 158 больных эхинококкозом. Положительные показатели АСЛ при эхинококкозе имели место в 82,9% случаев, РНГА была положительной в 74,1% случаев. Отрицательные показатели выявлены при изучении реакции АСЛ у 17,1% больных, а РНГА была отрицательной в 25,9% случаях. Содержание АСЛ в крови у больных с множественным и сочетанным эхинококкозом достоверно выше составило $5,9 \pm 0,5\%$, тогда как при солитарных кистах печени и легких этот показатель достигает $5,1 \pm 0,4\%$ и $4,6 \pm 0,4\%$ соответственно.

Основным доступом при эхинококкэктомии печени является разрез в правом подреберье по Федорову — 103 (47,9%), при расположении эхинококковой кисты в левой доле печени и селезенке прибегали к срединной лапаротомии — у 10 (4,7%) пациентов. Закрытую и полужакрытую эхинококкэктомию печени производили методом клиники, который заключается в иссечении фиброзной капсулы с частью прилегающей паренхимы с вворачиванием тканей внутрь остаточной полости при краевом расположении кисты. В последующем при помощи кетгутовых вворачивающих швов по возможности ликвидируется остаточная полость, а при соприкосновении краев ввернутой паренхимы стимулируется размножение гепатоцитов.

Наиболее часто до операции встречалось нагноение эхинококковой кисты — 29 (15,9%). У 1 (0,6%) детей выявлен прорыв эхинококковой кисты в брюшную полость.

В ближайшем послеоперационном периоде из 111 операций осложнения возникли в 21 (18,9%) случае. Нагноение остаточной полости диагностировано в 16 (14,4%) случаях, из них в 3 (2,7%) — в сочетании с желчным свищем и 4 (3,6%) — нагноением послеоперационной раны. Поддиафрагмальный абсцесс после эхинококкэктомии печени вскрыт у 1 (2,3%) больного.