

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

В.А. Дударев, А.Г. Стрельников
Красноярский государственный медицинский университет,
Красноярск, Российская Федерация

Целью работы явилось изучение сочетания химио- и иммунотерапии эхинококкоза с использованием для этого албендазола (Немозол) и иммуномодулятора имунофан.

Материал и методы. В клинике детской хирургии Красноярского медицинского университета наблюдались 37 детей в возрасте от 5 до 15 лет, которым проводили химиотерапию тяжелых форм эхинококкоза. У больных были множественные мелкие ЭК (2-3 и более) размером от 1 до 3 см обоих легких и печени, сочетание мелких ЭК со средними и большими ЭК легких и печени.

Результаты и обсуждение: у всех наблюдавшихся нами детей с эхинококкозом отмечались явления хронического эндотоксикоза, анемии, гипо- и диспротеинемии, вторичного иммунодефицита, отставание в физическом развитии с дефицитом массы тела на 20—30% и др. Для терапевтического лечения использовали албендазол (Немозол), который является препаратом выбора и назначали больным из расчета 20 мг/кг массы тела 2 раза в день. Максимальная суточная доза – 800 мг. Проводили 3-4 цикла лечения по 28 дней с 14 дневным перерывом между циклами. Наряду с химиотерапией больным назначали имунофан, препараты общеукрепляющего действия – пентоксил, витамины В, С, Е, калия оротат, иммуноглобулины. Между курсами антипаразитарного лечения вводили имунофан, подкожно или внутримышечно, курсами в дозе по 1,0 мл 0,005% раствора, 1 инъекция в сутки. При вторичном иммунодефицитном состоянии – 1 раз через 3 суток, курс лечения 8 – 10 инъекций, для предотвращения рецидива следует проводить повторные курсы через 4 – 6 месяцев.

Изменения эхинококковой кисты в динамике контролировали с помощью рентгенологических ультразвуковых исследований, компьютерной томографии. Проведение 2-3 курсов химиотерапии способствовало выраженным в различной степени нарушениям жизнедеятельности паразитов. Мелкие ЭК исчезали, на их месте при лучевом и ультразвуковом исследовании выявлялись уплотненные, рубцово-измененные ткани. Средние и большие ЭК внешне оставались примерно такими же, поэтому их приходилось удалять хирургическим путем. Во время операции отмечалось помутнение хитиновой оболочки и жидкостной среды средних по размерам ЭК. Осложнений от химиотерапии не наблюдали. Рецидивов эхинококкоза не было.

Таким образом, химиотерапия эхинококкоза в сочетании с иммуномодуляторами и другими препаратами общеукрепляющего действия является важным средством для санации организма детей от эхинококка. Химиотерапия может применяться как в качестве самостоятельного метода лечения, так и в качестве эффективного метода предоперационной подготовки больных к хирургической ликвидации паразитарной кисты.

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОЛИПАМИ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.Г. Ермолова, С.Н. Гисак, С.А. Петросян, Н.Н. Цырульникова, П.А. Трунова
Воронежская медицинская академия, Диагностический центр,
Воронеж, Российская Федерация

Для удаления новообразований из пищевода, желудка и 12 - перстной кишки – мелких папиллом использовали механическую полипэктомию, а более крупные полипы удаляли электрохирургическим способом – с помощью электроножа.

Проведено 49 полипэктомий с помощью электроножа с последующим извлечением и гистологическим исследованием полипов. Полипэктомия выполнена у 27 детей с полипами пищевода и желудка, у 22 пациентов с полипами толстой кишки, в том числе: у 18 мальчиков и 11 девочек, возраста 5 - 10 лет – у 3 больных, у других 24-возраста 10 - 15 лет. Полипы располагались в пищеводе и желудке у 27 детей (пищевод - 2, кардия - 22, антрум - 3). Самая частая локализация полипов (55%) в желудке у детей – кардиальный отдел пищевода и антральный отдел желудка. При обнаружении полипов кардии, в зависимости от размеров проводилась механическая полипэктомия под основание полипа, кровотечение останавливалось с помощью орошения аминокaproновой кислотой, холода на живот. При повторной фиброгастроскопии через 2 часа обнаруживался полный гемостаз. Полипы кардии размером более 0,6 см удалялись с помощью электропетли, осложнений полипэктомии не отмечалось. За 3 года наблюдения за больными после операции зафиксировано 3 рецидива. Была проведена повторная полипэктомия с помощью электропетли. Все полипы подвергались гистологическому исследованию, установлена их доброкачественная структура. В желудке мелкие полипы до 0,4 см удалялись механическим способом. У одного ребенка 14 лет была проведена диатермическая полипэктомия в условиях хирургического стационара (размер полипа 1,8 см, без признаков воспаления). Последующее трехгодичное наблюдение рецидива не выявило.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ ПИЩЕВОДА, ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

А.Г. Ермолова, С.Н. Гисак, С.А. Петросян, Н.Н. Цырульникова, П.А. Трунова
Воронежская государственная медицинская академия,
Диагностический центр, Воронеж, Российская Федерация

При проведении 5455 эндоскопических исследований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки у 141 (2,6%) больного ребенка выявлены полиповидные образования в этом отделе пищеварительного тракта, одинаково часто у мальчиков и девочек. Они обнаруживались преимущественно у детей возраста 10 - 15 лет - 116