

Литература

1. Анципури Н.Е., Ганковская Л.В., Шуйкина Э.Е. и др. Генерация активных форм кислорода макрофагами мышей: влияние генотипа, иммуноцитоклинов и инфицирования // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии*. 1994. № 2. С. 84–89.
2. Иванова В.В., Родионова О.В., Малиновская В.В. и др. Эффективность виферона в комплексном лечении инфекционных болезней у детей // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 2000. № 2. С. 49–54.
3. Кетлинский С.А. Современные аспекты изучения цитокинов // *Russian Journal of Immunology*. 1999. Т. 4, прил. 1. С. 46–52.
4. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В. Новые возможности лечения цитокинами: иммуноцитоклины в локальной иммунорекоррекции // *Intern. J. Immunorehabilitation*. 1997. № 6. С. 57–60.
5. Малиновская В.В. Новый отечественный комплексный препарат виферон и его применение в перинатологии и педиатрии при инфекционной патологии // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. 1999. № 3. С. 36–43.

Поступила в редакцию 08.02.2008.

JUSTIFICATION FOR IMMUNOTROPIC THERAPY DURING CONGENITAL PNEUMONIA DIAGNOSED IN NEWBORN CHILDREN

S.N. Beniova¹, M.S. Polyakova², M.G. Shegeda¹, N.P. Blokhina¹, A.G. Korolev³, E.S. Abdullaeva¹

¹ Vladivostok State Medical University (2 Ostryakov Av.

Vladivostok 690950), ² Municipal Clinical Maternity Hospital

(32 Cheremukhovaya St. Vladivostok 690000), ³ Children's

Municipal Clinical Hospital (27 Ostryakov Av. Vladivostok 690002)

Summary – The paper describes results of studies of system of cytokines and a1-acid glycoprotein carried out for 60 new-born children suffered from congenital pneumonia, within the first 3 days of their lives. It has been revealed that imbalance of immunologic mechanisms of new-born children having congenital pneumonia is accompanied by decrease in neutrophil inflammatory responses, manifests in low level of interleukin-8 and ineffectiveness of protective and adaptive cell functions. Applying of *Viferon-1* as a part of complex therapy allowed the survival rate for new-born children having severe manifestations of disease to increase as well as the intensive care to be optimised, the periods of treatment to shorten and the detected immunologic imbalance to be resolved in due time.

Key words: new-born children, pneumonia, cytokines, *Viferon*.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 4, p. 28–31.

УДК 616.36-002.9+616.411-006]-053.2-073.48-089

И.Н. Боролис, В.В. Шапкин

Владивостокский государственный медицинский университет (690950 г. Владивосток, пр-т Острякова, 2)

ОЧАГОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ У ДЕТЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Ключевые слова: кальцинаты печени, кисты печени и селезенки, абсцесс печени, опухоли печени и селезенки.

На материале хирургической клиники проанализировано 41 наблюдение очагового поражения печени и селезенки у детей в возрасте от 1 мес. до 17 лет. Чаще всего регистрировались кальцинаты и кисты (паразитарные и непаразитарные). Делается вывод, что описанная патология распространена гораздо шире, чем предполагалось ранее. Авторы предлагают всех детей с диагнозом «очаговое поражение печени (селезенки)» госпитализировать в хирургическое отделение для обследования и решения вопроса о тактике лечения.

В последнее время в Приморье у детей чаще стали регистрироваться очаговые изменения паренхимы печени и селезенки, что обусловлено улучшением диагностики, а также увеличением числа мигрантов из Средней и Юго-Восточной Азии, Кавказа и Закавказья. Под «очаговым поражением» мы подразумеваем довольно обширную группу заболеваний, проявляющихся локальными нарушениями морфологической структуры органа: гранулематозное воспаление, абсцессы, опухоли, паразитарные и непаразитарные кисты и кальцинаты различной этиологии [1–5].

Материал и методы. С 2003 по 2008 г. в ДГКБ Владивостока по поводу очаговых поражений печени и селезенки находился 41 ребенок (30 мальчиков и 11 девочек) в возрасте от 1 месяца до 17 лет. Нозологии распределились следующим образом: кальцинаты печени (18 случаев), врожденные (6 случаев) и посттравматические (3 случая) кисты селезенки, паразитарные

(4 случая) и непаразитарные (4 случая) кисты печени, абсцесс печени (1 случай), опухоли печени и селезенки (5 случаев). Диагноз устанавливался после ультразвукового исследования. Для определения причин возникновения кальцинатов выполняли иммуноферментный серологический анализ крови для выявления антител к различным инфекционным антигенам.

Результаты исследования и обсуждение полученных данных. Наиболее многочисленная группа наблюдений была представлена кальцинатами печени. Поводом для обследования в 13 случаях послужили боли в животе и правом подреберье (в т.ч. у 3 детей с подозрением на острый аппендицит и 2 – с подозрением на дискинезию желчевыводящих путей). Остальным 5 пациентам сонография брюшной полости проводилась в связи с другими заболеваниями, и кальцинаты печени явились случайной находкой: двое детей обследовались по поводу идиопатического мегаколона, один ребенок – по поводу мультикистоза почки, один – по поводу тромбоцитопатии, и еще одному ребенку ультразвуковое исследование выполняли для оценки состояния печени в связи с длительным приемом противосудорожных препаратов. Серологически в 2 случаях выявлены антитела к цитомегаловирусу, в 2 – к лямблиям и в 2 – к токсокарам. У 1 ребенка кальцинаты печени сочетались с субтотальным эхинококковым поражением правой доли органа, и при иммуноферментном анализе были найдены антитела к эхинококку. В 11 наблюдениях этиологию заболевания выяснить не удалось (в 7 случаях в связи с отказом

родителей от обследования). При выявлении возбудителя дети получали соответствующую терапию. Год спустя повторно обследованы 6 пациентов: у 2 тени уменьшились, у 2 кальцинаты не обнаружены и у 2 динамики не отмечалось.

Вторую по численности группу составили пациенты с врожденными кистами селезенки. У 4 из них отмечались периодические боли в левом подреберье, у 1 — боли в эпигастрии, и у 1 заболевание протекало бессимптомно. Поводом для обследования в 3 случаях послужили боли в животе, в 1 случае — дефицит массы тела, и еще в 2 наблюдениях киста была выявлена случайно. Прооперированы 4 ребенка: резекция полюса селезенки с кистой (3) и резекция 4/5 органа с оставлением нижнего полюса (1 наблюдение при кисте больших размеров). Еще в 1 случае выполнена пункция кисты, и родители 1 ребенка отказались от лечения. Рецидивов заболевания не отмечено.

У всех 4 детей с эхинококковыми кистами печени ведущим являлся болевой синдром, послуживший поводом для обращения к врачу. Во всех случаях отмечались неспецифические симптомы: субфебрилитет, слабость, снижение аппетита, ухудшение самочувствия. Проведено комбинированное лечение — хирургическое в сочетании с антипаразитарной химиотерапией. Выполнялась эхинококкэктомия с обработкой остаточной полости 2% раствором формалина. Рецидивов заболевания не зарегистрировано.

Поводом для обследования детей с непаразитарными кистами в 1 случае послужила травма и в 2 случаях — гепатомегалия, выявленная во время профосмотра. Еще у 1 ребенка киста печени была диагностирована случайно при ультразвуковом исследовании брюшной полости. Хирургическое удаление кисты проведено в 1 наблюдении. В 1 случае выполнена пункция кисты, 2 детям операции не проводились (кисты располагались глубоко в ткани органа и имели малые размеры). В 2 наблюдениях посттравматических кист селезенки в анамнезе удалось выявить травму — падение с высоты, удар о руль велосипеда. Еще 1 ребенок обследовался в отделении гематологии по поводу дезагрегационной тромбоцитопатии, где и была диагностирована киста селезенки (травму в анамнезе отрицал). Во всех случаях проведены операции: резекция полюса селезенки с кистой (2) и лапароскопическое удаление кисты (1). Во всех наблюдениях диагноз посттравматической кисты был подтвержден морфологически.

Множественные абсцессы печени на нашем материале были следствием пилефлебита и пупочного сепсиса. Ребенку проводилось дренирование абсцессов, антибактериальная терапия. Результатом лечения явилось выздоровление.

В 1 случае операция проведена по поводу солидно-кистозной опухоли поджелудочной железы с прорастанием селезенки. Выполнены удаление опухоли и спленэктомия. Гистологически опухоль была верифицирована как местнодеструктурирующая. 2 детей наблюдали по поводу гемангиом печени, обнаруженных

случайно при сонографии брюшной полости, но отказ родителей от биопсии не позволил подтвердить диагноз. Динамическое наблюдение не выявило склонности гемангиомы к росту. Еще в 2 случаях очаговые образования печени оказались метастазами опухоли яичка и опухоли забрюшинного пространства. У 1 ребенка гранулемы в печени возникли на фоне лимфогранулематоза. Детям было назначено лечение в соответствии с морфологией новообразований.

Таким образом, очаговые поражения печени и селезенки у детей являются более распространенной патологией, чем это ранее предполагалось. Локальные изменения паренхимы печени и селезенки зачастую протекают бессимптомно, и обнаружение их бывает случайным при обследовании по поводу другой патологии органов брюшной полости. Зачастую такие дети наблюдаются и лечатся педиатрами, гастроэнтерологами, инфекционистами, не попадая в поле зрения хирурга, нуждаясь, однако, в хирургическом лечении. При проведении иммуноферментного анализа детям с очаговыми поражениями печени и селезенки зачастую не удается выявить этиологию заболевания, что предполагает необходимость внедрения более активной тактики — биопсии печени и последующим гистохимическим и иммуногистохимическим исследованиями. Мы предлагаем всех детей с диагнозом «очаговое поражение печени (селезенки)» обязательно госпитализировать в плановое хирургическое отделение для обследования и решения вопроса о тактике лечения.

Литература

1. Дронов А.Ф., Поддубный И.В., Котловский В.И., Залихин Д.В. Лапароскопическая хирургия при патологии селезенки у детей // *Эндоскоп. хирургия*. 1998. № 4. С. 18–22.
2. Зубарев П.Н., Иванов С.А., Игнатович И.Г. Новые методы хирургического лечения кист печени // *Вестн. хирургии*. 2001. Т. 160, № 6. С. 75–78.
3. Киссин А.Г. Эхинококкоз однокамерный // *Педиатрия*. 2006. № 5. С. 11–15.
4. Малиновский Н.Н., Мовчун А.А., Абдулаев А.Г. и др. Диагностика и хирургическая тактика при доброкачественных объемных образованиях печени // *Хирургия*. 1997. № 2. С. 21–23.
5. Khuroo M.S., Dar M.Y., Yattoo G.N. et al. Percutaneous drainage versus albendazole therapy in hepatic hydatidosis: a prospective, randomized study // *Gastroenterology*. 1993. Vol. 104, No. 5. P. 1452–1459.

Поступила в редакцию 02.04.2009.

FOCAL AFFECTION OF CHILDREN'S LIVERS AND SPLEENS. DIAGNOSTICS AND TREATMENT

I.N. Borolis, V.V. Shapkin

Vladivostok State Medical University (2 Ostryakov Av. Vladivostok 690950 Russia)

Summary — Based upon surgical clinical pictures, the authors have analysed 41 observations of focal affections of livers and spleens diagnosed in children aged 1 month to 17 years old. Most often they registered calcified focuses and cysts (parasitogenic and nonparasitic). The result is that the pathology described is much more widespread than expected before. The authors suggest hospitalising all the children having a diagnosis named “focal affection of liver (spleen)” to department of surgery for examination and deciding what therapeutic approach to use.

Key words: liver calcified focuses, liver and spleen cysts, liver abscess, liver and spleen tumours.

Pacific Medical Journal, 2009, No. 4, p. 31–32.